

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud**



*Una Institución Adventista*

**Efectividad del Programa Educativo “Proceso enfermero e identidad profesional” en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín, Colombia, 2018**

Tesis para optar el Grado Académico de Maestro(a) en Enfermería, con  
mención en Administración y Gestión

**Autor:**

Olga Liliana Mejía Arango

**Asesora:**

Dra. María Ángela Paredes Aguirre de Beltrán

Lima, marzo 2021

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

Yo María Ángela Paredes Aguirre de Beltrán, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *Efectividad del Programa Educativo “Proceso enfermero e identidad profesional” en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín, Colombia, 2018*” constituye la memoria que presenta la enfermera Olga Liliana Mejía Arango, para aspirar al título de maestro(a) en enfermería con mención en Administración y Gestión, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de esta tesis son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 15 días del mes de marzo de 2021.



Dra. María Ángela Paredes Aguirre de Beltrán

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE MAESTRO(A)

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a los 15 días del mes de marzo del año 2021, siendo las 11:00 a.m, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado: Dra. María Teresa Cabanillas Chávez, el secretario: Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales y los demás miembros: Mg. Delia Luz León Castro; Mg. Mary Luz Solórzano Aparicio y el asesor: Dra. Mg. María Ángela Paredes Aguirre de Beltrán, con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de Tesis de Maestro(a) titulada: Efectividad del Programa Educativo "Proceso enfermero e identidad profesional" en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín, Colombia, 201.. del Bachiller/Licenciado(a) Olga Liliana Mejía Arango

Conducente a la obtención del Grado Académico de Maestro(a) en: Enfermería con Mención en Administración y Gestión; El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al candidato hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por el candidato. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado.


Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller/Licenciado (a): Olga Liliana Mejía Arango

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
APROBADO	19	A	Excelente	Excelencia

(\*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del Jurado invitó al candidato a ponerse de pie, para recibir la evaluación final. Además, el Presidente del Jurado concluyó el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

_____ Presidente	Esta sustentación fue realizada de manera virtual, conforme al reglamento general de grados y títulos	 _____ Secretario
_____ Asesor	_____ Miembro	_____ Miembro
_____ Bachiller/Licenciado(a)		

**Dedicatoria**

A mi esposo y a mis hijas por ser mi mayor  
inspiración en el cumplimiento de este sueño,  
con su voz de aliento se hicieron presentes,  
especialmente en los momentos de mayor  
adversidad a fin de no desmayar en mi meta.

## **Agradecimientos**

Dios padre por ser la razón de mi existencia, a su hijo Jesucristo quien con su vida llena de amor y sacrificio se ha convertido en el motor que me mueve a ser mejor cada día y al Espíritu Santo quien me inspira y me da sabiduría para seguir adelante. A mi familia, por su tolerancia, paciencia y consolación en momentos de desesperación. Así mismo, doy gracias a la Universidad Peruana Unión y a cada uno de los docentes que con amor compartieron sus conocimientos y sus experiencias, las cuales aportaron en todo mi proceso formativo de posgrado. Especialmente quiero agradecer a la doctora María Ángela Paredes Aguirre que pacientemente me guio de su mano hasta obtener esta victoria.

## Índice

Índice .....	vi
Resumen .....	10
Capítulo I.....	12
El Problema .....	12
Planteamiento del problema .....	12
Formulación del problema.....	17
Problema general.....	17
Problemas específicos .....	17
Objetivos de la investigación.....	18
Objetivo general .....	18
Objetivos específicos Programa.....	18
Justificación .....	19
Justificación teórica disciplinar.....	19
Justificación metodológica.....	20
Justificación práctica y social.....	20
Presuposición filosófica .....	21
Capítulo II.....	23
Desarrollo de las perspectivas teóricas .....	23
Antecedentes de la investigación.....	23
Marco conceptual .....	36

Proceso de Atención de Enfermería.....	36
Gestión del cuidado.....	45
Programa educativo.....	47
Bases teóricas .....	49
Modelo teórico .....	49
Marco legal.....	51
Capítulo III .....	52
Metodología.....	52
Descripción del lugar de ejecución.....	52
Población y muestra.....	52
Población.....	52
Muestra.....	52
Criterios de inclusión y exclusión .....	54
Tipo y diseño de investigación .....	54
Formulación de hipótesis.....	55
Identificación de Variables .....	57
Operacionalización de variables .....	58
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	63
Cuestionario .....	63
Proceso de recolección de los datos .....	65
Procesamiento y análisis de datos .....	65

Consideraciones éticas.....	66
Capítulo IV .....	69
Resultados y discusión.....	69
Descripción de los resultados .....	69
Discusión .....	80
Capítulo V.....	107
Conclusiones y recomendaciones .....	107
Conclusiones.....	107
Recomendaciones .....	110
Referencias .....	112
Apéndice .....	126
Apéndice A.....	126
Instrumento de recolección de los datos .....	126
Apéndice B.....	129
Validación de contenido de la encuesta por parte de experto .....	129
Apéndice C.....	139
Estimación de fiabilidad la encuesta mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach .....	139
Apéndice D.....	140
Estimación de Validez de contenido para la encuesta, mediante el coeficiente de relación entre las dimensiones Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.....	140

Apéndice E.....	141
Consentimiento informado.....	141
Apéndice F.....	142
Aprobación institucional.....	142
Apéndice G.....	144
Contrastación de hipótesis.....	144
Apéndice H.....	144
Programa de intervención educativo.....	144

## Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la efectividad del Programa Educativo “Proceso enfermero e identidad profesional” en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería en una clínica en Medellín, Colombia. 2018”. El enfoque de este trabajo investigativo es de tipo cuantitativo, cuasiexperimental con pretest y posttest, en una población de 70 profesionales de enfermería que laboran en una clínica en la ciudad de Medellín y cuya muestra probabilística constó de 40 enfermeras, divididas por conveniencia en dos grupos. Un grupo de estudio formado por 20 profesionales de enfermería a quienes se les realizó un test antes y después de participar de un programa educativo llamado “Proceso enfermero e identidad profesional” y un grupo control de 20 profesionales de enfermería a quienes se les hizo un pretest y posttest sin intervención. Los datos se recolectaron a través de un instrumento que se denominó “Encuesta de Gestión del Cuidado” (EGC). Se aplicó antes y después de realizar el programa educativo. Además, se verificó la aplicación de las fases del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) por parte de las enfermeras a través de una lista de chequeo. En el estudio se halló que existen diferencias significativas entre las mediciones del pretest y posttest, en la gestión del cuidado que realizan los profesionales de enfermería, después de haberse aplicado la intervención educativa “Proceso enfermero e identidad profesional”. Esto quiere decir que fue efectiva la propuesta educativa en la medida que se dieron cambios positivos en la gestión del cuidado especialmente los momentos de valoración, diagnóstico y planeación, durante la atención de los pacientes.

**Palabras clave:** Gestión del cuidado, Proceso Enfermero, Proceso de Atención de enfermería, programa educativo



## **Capítulo I**

### **El Problema**

#### **Planteamiento del problema**

Una de las características que define una disciplina profesional, es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. Enfermería como cualquier otra profesión debe cumplir esta condición entre otras si pretende ser reconocida como miembro de la comunidad científica. En ese sentido, cuando se quiere resolver un problema o responder una pregunta en cualquier disciplina, esta utiliza su metodología científica, que en el contexto de enfermería recibe el nombre de Proceso de Atención de Enfermería (PAE), Proceso Enfermero o proceso de Enfermería (PE). Refiriéndose a él, Alfaro (2014) expresa que “(...) es una forma dinámica y sistemática de brindar cuidados enfermeros (...) humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) eficaces” (p. 4), y en el que se incluyen las fases de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Gutiérrez, Torrez y Lobo (2018) afirman que la aplicación del PAE en la práctica de enfermería, adquirió una mayor legitimidad cuando las fases del mismo se incluyeron en las normas de práctica clínica de la American Nurses Association (ANA) de Estados Unidos en los años 70, desde entonces la comunidad de enfermería no solo lo ha aceptado, sino que lo aplica como instrumento o método para la práctica, como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia, convirtiéndose así en un modelo predominante en la gestión del cuidado por más de 40 años, garantizando confiabilidad y calidad en la atención de enfermería, aplicando el pensamiento crítico, la investigación y el desarrollo de conocimientos propios de la disciplina.

El hecho de que el PAE haya sido aceptado por la comunidad científica de enfermería como su método científico, hace necesario que este se encuentre incorporado no solo al sistema conceptual de las organizaciones de estudio de enfermería, sino que también se incluya en las leyes que rigen la profesión y que sea aplicado por las enfermeras en su práctica, ya que les permite prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática, llegando a ser una herramienta útil para la gestión del cuidado con calidad.

Ayala, Avila y Lazo (2018) afirman que, para lograr la gestión de cuidado, el profesional de enfermería debe apoyarse en el PAE. A través de él, se valora al paciente, el entorno y los recursos con los que se cuenta a fin de obtener el mejor cuidado de enfermería posible, apoyado en la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Ahora bien, aunque el PAE ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio, y exista una búsqueda para establecer el proceso de enfermería en la práctica de cuidados de salud en los hospitales y en la comunidad de cada institución, en la actualidad, muchos profesionales de enfermería brindan los cuidados motivados por la resolución de problemas, que han sido identificados bajo un criterio o diagnóstico médico; y pocos, lo realizan aplicando el PAE basado en las necesidades reales de las personas que demandan el cuidado.

Al respecto Duque (2014) indica que en la realidad de la práctica muchos enfermeros no tienen en cuenta todas las fases del proceso para brindar el cuidado, o si lo hacen, no lo aplican sistemáticamente. Entre los factores que influyen está el

hecho de que la cotidianidad hace del cuidado en un proceso rutinario y desactualizado, basado un sistema rígido, que no se adapta a las necesidades de cada paciente, y que conduce al profesional de enfermería a enfocarse en los diagnósticos médicos y por consecuencia a establecer un plan de cuidados centrado en dichos diagnósticos, perdiendo de esta forma relevancia y la visión disciplinar.

Un aspecto importante como lo mencionan Hernández, Fernández, Henríquez y Lorenzo (2018), es que durante la formación al estudiante de enfermería se les dan las herramientas de enseñanza-aprendizaje, que le permiten apropiarse de las habilidades relacionadas con la aplicación del PAE para la solución de los problemas profesionales presentes en el contexto, de manera creativa e innovadora y se le facilitan los conocimientos teórico-prácticos para la aplicación del método científico trascendental para la gestión del cuidado. Por tanto, se espera que cuando sean profesionales lo implementen en la asistencia de manera continua, pero esto no siempre se lleva a cabo. En Colombia, por ejemplo, las investigaciones han demostrado que 4% de los profesionales de enfermería no consideran importante la aplicación del PAE para el desempeño laboral, un 45 % cree que este con todas sus fases (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) limita su labor durante el turno y solo el 59 % lo utiliza para brindar el cuidado a los pacientes. Entre las razones expuestas para que esto se presente están: tiempo insuficiente en el turno (98%), la aplicación del PAE no hace parte de sus funciones laborales (14 %), la preparación recibida en la universidad fue insuficiente (6%) y el conocimiento del PAE es insuficiente (2%) (Gutiérrez et al., 2018).

En las clínicas y hospitales de la ciudad de Medellín la situación es similar, los enfermeros que han recibido formación desde la universidad sobre el PAE, terminan

realizando la gestión del cuidado enfocado sobre todo en actividades de colaboración con otra disciplinas (mayormente medicina), pero poco o nada en las actividades propias e independientes del cuidado de enfermería fundamentadas en su método científico y mucho menos fundamentadas en un modelo teórico de enfermería, desfavoreciendo con esto la identidad y crecimiento de enfermería como disciplina profesional, la calidad en el cuidado y dejando en evidencia la existencia de una gran brecha docente asistencial (Duque 2014).

Se hace necesario entonces la existencia de un puente que logre cerrar esta brecha y para ello, Barbera et al., (2015) sugieren que la formación de los profesionales se debería contemplar como un continuo, que se inicia con la formación básica y que debería seguir de forma constante a lo largo de la vida profesional. En ese orden de ideas es pertinente permanecer en constante actualización, aproximándose a teorías de cuidado que enriquezcan el PAE, que sean aplicables a las características del país y a la cotidiana atención del paciente, al identificar la demanda de las necesidades o problemas para llegar a los Diagnósticos de Enfermería (DE), y lograr que diariamente y en forma oportuna se pueda garantizar una adecuada gestión del cuidado.

A la problemática antes planteada, se suma que hoy día la práctica de cuidado y la gestión del mismo enfrentan grandes desafíos generados por los numerosos cambios que ocurren en los escenarios político, económico, social, cultural y que influyen de forma directa en la salud individual y colectiva de la población y en el entorno en que se otorgan los cuidados (Jara Concha, 2019). Entre estos cambios se encuentra: los procesos de reforma en el sector que hacen que las instituciones de salud sean más complejas (Gómez Arias & Nieto, 2014), las restricciones financieras,

el déficit de profesionales de enfermería y de insumos para la atención en salud, los altos costos, las condiciones de la práctica, la normatividad excesiva, la legislación, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, y los cambios demográficos y epidemiológicos en salud.

Una de las instituciones de salud del departamento de Antioquia, es la Clínica Medellín. Esta cuenta con 70 profesionales de enfermería que participan de la gestión del cuidado y del recurso necesario para tal fin en diferentes servicios de atención. En una visita realizada al lugar y a través de la observación, se evidencia que estos profesionales en su práctica y gestión de cuidado limitan el PAE solo a la aplicación de algunas de sus fases. Así mismo, se observa que el soporte teórico disciplinar para realizarlo es limitado. A pesar de que cuentan con una herramienta como la historia clínica electrónica que los orienta a hacer la valoración desde el modelo teórico de Virginia Henderson, esta herramienta no les permite describir los diagnósticos de enfermería y hacer una planeación consecuente con estos. Las actividades del profesional, se centran en la administración del servicio, en la realización de procedimientos de cuidado complejos, en la delegación de otros al personal auxiliar y en la realización de actividades no específicas de su profesión como: pedido de insumos, control de stock, diligenciamiento de documentos no relacionados con el cuidado de enfermería, entre otros.

Al indagar los motivos por los cuales los profesionales de enfermería no realizan el cuidado utilizando el método científico, Miranda (2019) presenta entre otras: las muchas actividades administrativas, asistenciales, normas, procedimientos y la falta de tiempo. Estas causas se asemejan a las presentadas en un estudio previo realizado en la ciudad de Medellín por Rojas y Pastor (2010) y a la que se adhieren

otras causas como: el gran número de pacientes que se les asigna para el cuidado, desconocimiento de la metodología, carencia de registros, asignación de labores administrativas, la actitud y el nivel de apropiación que los profesionales de enfermería tienen en cuanto al PAE. Esto podría indicar que posiblemente los profesionales de enfermería limitan su gestión del cuidado basados en un modelo biomédico, sin incorporar conscientemente el PAE, o alguna parte de este para brindar cuidado a los pacientes.

Ante esta situación problemática, la investigadora plantea el siguiente interrogante:

### **Formulación del problema**

#### **Problema general**

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*” en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín Colombia 2018?

#### **Problemas específicos**

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*” en la valoración que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín Colombia 2018?

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*” en el diagnóstico que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín Colombia 2018?

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*” en la planeación que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín Colombia 2018?

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*” en la ejecución que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín Colombia 2018?

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*” en la evaluación que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín Colombia 2018?

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Determinar la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

### **Objetivos específicos Programa**

Determinar la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, en la valoración que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

Determinar la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, en el diagnóstico que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

Determinar la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, en la planeación que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

Determinar la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, en la ejecución que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

Determinar la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, en la evaluación que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

## **Justificación**

### **Justificación teórica disciplinar**

El estudio, busca evidenciar la necesidad de aplicar el PAE como el método científico, basado en un modelo teórico de enfermería, dirigido a brindar cuidado a las personas mediante acciones que contribuyan a solucionar de forma satisfactoria los problemas de salud. Además, respaldará a la enfermería como una disciplina profesional que crece con el conocimiento y a los programas de formación que han incorporado el PAE al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio.

Así mismo es importante teóricamente ya que pretende disponer un amplio y sólido marco con respecto a las variables, cumpliendo el objetivo de generar reflexión y debate académico confrontando teorías relacionadas con la gestión del cuidado y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), aportando de esta manera al cuidado de enfermería.

### **Justificación metodológica**

Los resultados obtenidos servirán como marco de referencia para futuras investigaciones relacionadas con el tema tratado y pondrá a disposición de la comunidad científica el uso del instrumento desarrollado y utilizado por la investigadora en este estudio, para que pueda ser aplicado en realidades diferentes, de tal manera que se permita el incremento del acervo de conocimientos en la profesión de enfermería.

### **Justificación práctica y social**

Capacitar al profesional de enfermería gestor del cuidado, permitirá que se asegure un cuidado humanizado y de calidad, optimizando los recursos disponibles, fundamentando sus acciones en la aplicación de un método propio de la disciplina, capaz de transformar en toda su gama las tareas que realiza junto con el paciente y la familia. Además, permitirá que el profesional de enfermería dé evidencia del cuidado que brinda al paciente, a la familia y a la comunidad. Por otro lado, beneficiará a administradores de la clínica en la ejecución de programas de formación para sus colaboradores profesionales de enfermería, anclados a las políticas de calidad y seguridad del paciente.

A nivel social, dará al profesional de enfermería desde un punto de vista pedagógico, las herramientas que le permitirán gestionar el cuidado utilizando el PAE como un instrumento útil que le ayudará a identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, establecer planes de cuidado individualizados y hará que su trabajo sea visible en términos de calidad y satisfacción tanto de la persona cuidada como del cuidador. Permitirá al enfermero

brindar una atención en salud científica, independiente y organizada, que influirá en la pronta recuperación y bienestar del paciente, disminuirá el tiempo de estadía, los costos y demostrará tanto el alto compromiso asistencial como el liderazgo del enfermero en la atención directa al paciente. Por último, demostrará cómo el proceso enfermero complementa a otras disciplinas y no solo se reduce al cumplimiento de órdenes médicas.

### **Presuposición filosófica**

Desde el inicio de la historia de este mundo el relato bíblico revela a un Dios que se manifiesta como un gestor de la vida y de cuidado (Génesis 1:1). Determinado por su carácter de amor (1 Juan 4:8), y aplicando un método sistemático para la creación y cuidado de todo lo que existe a partir de materia inexistente, decide crear la vida de cada uno de los seres del planeta tierra (Génesis 1:3-25) y da aliento de vida a un ser llamado hombre (Génesis 1:26-27). A partir de allí, Él observa y hace un diagnóstico declarando que todo es bueno en gran manera (Génesis 1:31), realiza un plan de que le permite a todo ser creado tener una vida plena y feliz (Jeremías 29:11), ejecuta con especial cuidado cada una de sus obras para bienestar y satisfacción del hombre y para el de su entorno (Génesis 1:28-29). Después de planear y ejecutar todo lo que existe, Dios no decide irse y dejar a la deriva lo creado, por el contrario, como cuidador mayor dejó claras instrucciones orales, visuales y escritas para que el estado de bienestar se prolongara de generación en generación (Éxodo 20: 1-17), (Deuteronomio 6:3-9) y (Lucas 1:50), y en su etapa de cuidado más profundo por la contravención del mismo hombre, decide hacerse hombre (Juan 3:16) (Filipenses 2:5-8) para permitir a través de su propio ejemplo y de su vida misma, que el ser humano

y todo el territorio en que él habita, pudiera experimentar una vida completamente plena (Romanos 5:9). Este plan de cuidado es eterno, pero solo podrá tener un efecto positivo si el hombre lo entiende, lo acepta y lo vive (Jeremías 31:3).

White (1991) refiere que el ser humano solo tiene una vida para para ser vivida, y en medio de toda dificultad, Dios se convierte en apoyo continuo; además, afirma que por los méritos de Cristo el hombre no tiene que temer al futuro aunque el presente no sea favorable, porque Él tiene cuidado de cada a ser humano, convirtiéndose así en fuente de esperanza, valor y gracia. Este cuidado es tan seguro que el hombre puede confiar para que Dios en su plan, le ayude en la fatiga, en el desaliento, en la incertidumbre y en el abandono.

## Capítulo II

### Desarrollo de las perspectivas teóricas

#### Antecedentes de la investigación

En la revisión realizada en las diferentes bases de datos, no se encontraron investigaciones con las mismas características al trabajo planteado, pero algunos de los estudios tempranos relacionados con el PAE y la gestión del cuidado son abordados de manera similar o presentan ambos tópicos de manera independiente.

Mororó, et al., (2020) realizaron una investigación llamada “Enfermeiro como integrador na gestão do cuidado à criança com condição crônica” con el objetivo de comprender la práctica del enfermero en la gestión del cuidado en el contexto hospitalario, a través de un estudio analítico de abordaje cualitativo, con referencia teórico y metodológico de la etnografía institucional y desarrollado en la unidad pediátrica de un hospital universitario, en un municipio del Nordeste brasileño. Se utilizaron técnicas de recolección de datos, como observación participante, análisis documental y entrevista semiestructurada. Participaron del estudio un total de veinte profesionales y las categorías de análisis fueron “la enfermería como mediadora de la gestión del cuidado”; “El proceso de enfermería como mecanismo de gestión del cuidado”.

Los resultados de la investigación señalaron que la enfermera tiene un papel fundamental para gestionar la atención a los niños con enfermedades crónicas, actuando como mediadora en la relación entre el médico, los demás miembros del equipo de salud, el niño y su familia. Se identificó a un enfermero con perfil de cuidado que reconoce y utiliza el PAE como mecanismo de gestión del cuidado, pero que aún necesita herramientas teóricas para apoyar su práctica en esta gestión.

Además, a pesar de los avances en la institucionalización de la PAE en la unidad, se vislumbran oportunidades de mejora en su práctica, especialmente en lo que respecta a la valoración del cuidado. De la misma manera se evidencia dificultades para articular las dimensiones de gestión y cuidado, ya que el desempeño del enfermero está bajo la expectativa del equipo y la dinámica de la unidad que asigna responsabilidades más allá de la gestión del cuidado, acreditando la función “administrador” de todo lo que involucra al paciente. Los autores concluyen reconociendo la importancia del conocimiento construido por el estudio para propiciar cambios en la formación del enfermero, con el fin de instrumentalizarlo para la gestión del cuidado, basado en la promoción de una visión ampliada del cuidado y la incorporación de habilidades y competencias de gestión basadas en la cooperación, articulación e interdisciplinariedad.

Vigo (2020) en su estudio titulado “La gestión del cuidado enfermero en unidades hospitalarias”, quiso identificar la gestión del cuidado de 45 profesionales de enfermería de algunas unidades hospitalarias (neumología, neurología, gastroenterología, geriatría y medicina interna) basándose en las actividades, reportes, anotaciones de enfermería y el PE que ellos realizaban. Para tal fin se basó en la aplicación del diseño observacional descriptivo y analítico, de corte transversal. Los resultados revelaron que el registro de asistencia y permanencia, la verificación del material y equipo, revisión del kárdex, preparación de equipo y material para el tratamiento, administración de la terapia oral y parenteral, atención directa según el grado de dependencia, las anotaciones de enfermería, el reporte de enfermería al inicio y final del turno, son actividades realizadas por la totalidad del personal en estudio. Las actividades menos realizadas son la ronda de enfermería y la

participación en la ronda médica. Con relación al reporte de enfermería, el 94 % de enfermeros lo realiza sin emplear diagnósticos enfermero y frente al proceso de enfermería, la totalidad de los profesionales realiza la valoración y el registro de las acciones de acuerdo al diagnóstico de las respuestas humanas. En conclusión, se demostró que la gestión del cuidado enfermero se desarrolla mediante determinadas actividades, las que se programan y cumplen en forma individual o grupal, total o parcial dependiendo del conocimiento, experiencia, actitud del enfermero y cultura institucional.

Almeida et al., (2019) en su investigación “Atitude dos enfermeiros de um hospital público de ensino quanto ao processo de enfermagem” plantearon como objetivo medir las actitudes de las enfermeras sobre el PE en un hospital universitario público. En este estudio transversal y analítico en donde participaron 226 enfermeras de un hospital terciario, se encontró que los enfermeros manifestaron estar a favor del PE, aunque su grado de contacto con el proceso a través de la investigación, clases, eventos y estudio mostró promedios bajos. En consecuencia, se aprecia una falta de actualización en relación a este tema. Por otro lado, la mayoría de estos profesionales reportaron conocimientos moderados en relación al PAE y sus fases, datos que llamaron la atención por tratarse de enfermeras que laboran en un hospital universitario. Un punto destacado fue el contacto que se tiene con el PAE a través de la práctica clínica, debido a la presencia frecuente de formularios específicos para su registro en casi todas las unidades. La mayoría de las enfermeras informaron utilizar clasificaciones de enfermería, siendo la de diagnóstico de la NANDA la más utilizada. Las autoras encontraron necesaria la implementación de medidas para que haya una actualización constante de los profesionales en la temática, buscando una mejor base

científica y la consecuente mejora de la atención al paciente considerando la complejidad e importancia del PAE en la práctica de enfermería. De la misma manera manifiestan que la falta de implicación con la formación continua y la investigación, limita el papel del enfermero como protagonista para el enriquecimiento y fortalecimiento del PE en su práctica clínica. Es fundamental que el enfermero reconozca el potencial que tiene este instrumento para la calificación del cuidado de enfermería. Las instituciones educativas y los servicios de salud tienen un papel fundamental en este proceso de empoderamiento del enfermero.

Gutiérrez, Torres y Lobo (2018) en el estudio “Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Colombia” tenían como propósito describir la aplicación del PAE de los profesionales de enfermería del área hospitalaria en la Orinoquia colombiana al momento de brindar cuidado. Para tal fin realizaron una investigación descriptiva transversal, en 100 enfermeros del área hospitalaria de centros de atención de alta complejidad. Los resultados permitieron establecer que el 59% de los enfermeros refirieron aplicar el PAE. Frente a los factores intervinientes para la aplicación del PAE, se evidenciaron: la falta de tiempo 98%, su aplicación no hace parte de las funciones laborales 14%, la preparación recibida en la universidad le es insuficiente 6%, y conocimiento insuficiente 2%. Entre los factores asociados a una mayor aplicación del PAE se encontraron: considerar que facilita brindar cuidado al paciente y encontrar aplicación y relación con la teoría recibida en la universidad, considerar que aplicar el PAE es importante para el desempeño profesional. Con relación a los efectos sobre las actividades del profesional de enfermería y beneficios para el paciente cuando se aplica el PAE; hallaron: aumento en la elaboración de DE para los pacientes, mejoras

en la realización de acciones de cuidado directo. En conclusión, la percepción del PAE se dirige hacia el recibir cuidado basado en el proceso y al desarrollo de autonomía por parte de enfermería como disciplina. La falta de tiempo es la razón más argumentada para no lograr aplicarlo. Fue claro que los profesionales que tuvieron una mejor percepción del PAE lo aplican con más regularidad y trae beneficios de salud para el paciente.

Ponti et al., (2017) en su trabajo de investigación titulado “Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica”, quisieron indagar los conocimientos y dificultades del PAE en la práctica. Determinar cuál es la etapa más lábil, abordar el análisis de frecuencia en la realización y la utilización, indagar las dificultades en la ejecución según las etapas del proceso de atención de enfermería en distintos servicios, realizando un estudio multicéntrico, cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal aplicado a 167 enfermeros, entre los cuales se encuentran estudiantes de enfermería. Los investigadores encontraron según la frecuencia de realización del PAE en relación al servicio de asistencia que: El servicio de clínica realiza la valoración diagnóstica 81 %, planifica en su plan de cuidados en un 67 %, ejecuta de esos cuidados un 37 % y evalúa en un 74 %. El servicio de cardiología realiza la valoración diagnóstica 66 %, planifica en su plan de cuidados en un 61 %, ejecuta de esos cuidados un 33 % y evalúa en un 66 %. El servicio de neonatología realiza la valoración diagnóstica 81 %, planifica en su plan de cuidados en un 62 %, ejecuta de esos cuidados un 37 % y evalúa en un 65 % el servicio de terapia intensiva realiza la valoración diagnóstica 72 %, planifica en su plan de cuidados en un 50 %, ejecuta de esos cuidados un 39 % y evalúa en un 83 %. El estudiante realiza la valoración diagnóstica 94 %, planifica en su plan de cuidados en

un 77 %, ejecuta de esos cuidados un 50 % y evalúa en un 50 %. Sumado a eso los investigadores declaran que, en función de la frecuencia en los distintos servicios, el PAE implica una herramienta necesaria y útil en la práctica. Hay conocimiento del mismo y todas las etapas se cumplen. Están fortalecidas la valoración y la evaluación, la fractura se encuentra en la etapa de planificación y ejecución.

Pérez et al., (2016) en su estudio “Nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara”. Cuba, quisieron evaluar el nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en 122 profesionales de enfermería, a través de un estudio descriptivo de corte transversal. El estudio permitió identificar que el 51,6 % de las enfermeras percibió utilidad al proceso de atención de enfermería y 48,3 % refirieron que no tiene utilidad. La vía que aportó más información sobre el PAE a las enfermeras fue a través del personal docente (71,1 %), siendo la autopreparación la que menos información aportó para un (15,57 %). El 64,7 % de las enfermeras que participaron en el estudio obtuvieron un nivel de conocimiento regular y solo el 24,5% poseía un buen nivel de conocimientos. Como conclusión se estableció que el nivel de conocimientos sobre PAE en profesionales de enfermería del municipio Yara es adecuado, pero mejorable, principalmente en la identificación de las necesidades que afectan a los pacientes y la formulación de los diagnósticos de enfermería.

Barrios et al., (2016) realizaron el estudio “Resultados del proceso de atención en enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados” en México, con el objetivo implementar un proceso de atención en enfermería sistematizado y exclusivo de la Escuela Militar de Enfermeras (EME), constituido por una estructura que cubra las necesidades y permita alcanzar resultados óptimos hacia la efectividad de los

cuidados. Para lograrlo aplicaron un estudio transversal prospectivo mixto y descriptivo en el que participaron 31 cadetes. Los hallazgos permitieron identificar que las participantes antes de participar en la actividad educativa, no aplicaban el PAE, solo interactuaban de manera limitada con el paciente, aunque sí realizaban actividades de valoración con base en el diagnóstico médico. Después de participar en la capacitación las 31 cadetes formularon los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y la evaluación con base en las taxonomías NANDA, NOC, NIC siguiendo el manual educativo para la aplicación del PAE. De igual forma, después de recibir la capacitación se clasificaron algunas actividades de enfermería habituales independientes o interdependientes que realizaban las enfermeras, mostrando en relación con las actividades independientes, el 100% de las cadetes valoran al paciente, 96.7% tienen en cuenta estos hallazgos para la elaboración del plan de cuidados y 93.54% planea intervenciones al inicio de la jornada. En cuanto a las actividades dependientes, 96.7% de las profesionales cumple las órdenes médicas como forma de brindar cuidado de enfermería y 100% orienta sus acciones de cuidado con base en los protocolos de la institución. Las cadetes manifestaron tener una actitud favorable respecto del proceso y las taxonomías, lo consideran útil porque le imprime carácter científico a la práctica profesional, permite tener una visión integral de los pacientes, ayudan a su recuperación y permiten evaluar la calidad del cuidado. Como conclusión los investigadores reseñan la importancia de prestar atención a la formación profesional y al fortalecimiento de un proceso educativo estructurado con los argumentos propios junto con otras disciplinas para entender la realidad humana y promover actitudes de cuidado, como el que se implementó con la capacitación. Así

mismo plantean que puede esperarse que exista correlación entre tener actitud positiva, según la metodología, y aplicarla en el desempeño cotidiano.

Benedet et al., (2016) en el estudio “Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização da Assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros” se propusieron identificar la percepción de enfermeros sobre la contribución del PAE a la Sistematización de la Atención de Enfermería realizada en un Hospital Docente del Sur de Brasil, a través de un estudio cualitativo descriptivo y exploratorio aplicado con 38 profesionales de enfermería. Luego del análisis se observó que es común la división de los pasos del PE entre las enfermeras. La realización de las etapas, no siempre siguen la secuencia y existe una división del trabajo que no siempre siguen el orden predeterminado. Los registros de enfermería se realizan en su mayoría en los turnos de tarde y noche, debido a la gran cantidad de atención de salud que se dan en las mañanas. Esta práctica da lugar a inconsistencias entre la valoración de la situación de salud del sujeto de cuidados y las prescripciones de enfermería. Las acciones de cuidado rutinario por parte del enfermero se representan en actividades que requieren resolución inmediata, prioridad en relación a las condiciones pendientes o de riesgo, existiendo poco tiempo para la escucha atenta y cercana con los sujetos de cuidado. Otro aspecto es que en algunas unidades el PE se realiza de acuerdo con la demanda y la gravedad de la situación asistencial debido a las excesivas actividades realizadas por la enfermera. Pocas enfermeras informatizan el PE, justificado por fallas del software, que provocan dificultades en el uso diario y desalienta su uso por parte de enfermeras. Dentro de las dificultades reportadas para implementar el PE se resalta: exceso de trabajo, falta de tiempo, falta de conocimiento, inadecuada utilización de marco teórico, no informatización de la

historia de enfermería, falta de computadoras, incumplimiento de los requisitos de enfermería, no utilizar taxonomía diagnóstica, pasos del PE incompletos, así como dificultades relacionada con falta de recursos institucionales, gerenciales, humanos y materiales<sup>1</sup>. Sin embargo, no se identificó en este estudio la falta de interés y motivación de las enfermeras para realizar el PE. Sobre las facilidades que informaron relacionadas con la implementación del PE este estudio encontró: agilidad en la evaluación del paciente, organización de la atención de enfermería, registro de las acciones de enfermería, modelo adoptado para facilitar el transporte, promoción de la individualización del cuidado. Las autoras concluyen afirmando que el PAE mejora la sistematización del cuidado de enfermería. Por otro lado, declaran que el uso del PE como herramienta metodológica puede mejorar la atención; pero la filosofía de la institución y el servicio de enfermería deben alinearse con una política de educación permanente relacionada con la sistematización de los cuidados de enfermería, así como con la reflexión sobre su concepto actual y su correlación con el PAE. Además, es necesario mejorar la documentación de los cuidados de enfermería, lo que permitirá el rescate de datos para sustentar estudios de investigación, proyectos de extensión y control de gestión del cuidado.

Jaraba y Lizano (2016) en el estudio llamado “Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida”, tenían como propósito determinar el sentido que le otorgan los estudiantes de enfermería de la Universidad de Costa Rica a la aplicación del método (PAE), así como distinguir la manera cómo lo empleaban. En los resultados encontraron que en la fase de valoración los datos más frecuentes presentados eran los que indicaban la situación actual de salud de la persona, la historia patológica y el tratamiento farmacológico

(presentes en los 23 documentos) y los menos expuestos eran los datos psicológicos (solo en 10 de 23). Aspectos que evidencian diferencias en los modos de conducir esta fase, el tipo de información recolectada y la forma de presentar los hallazgos. Con relación a la fase de diagnóstico, en promedio cada estudiante incluyó 5 diagnósticos por plan, los cuales eran mezclas de lenguajes estandarizados con descripciones fisiopatológicas, lo que manifiesta desorientación y falta de habilidades para plasmar juicios que notifiquen efectivamente una apreciación profesional. En lo correspondiente a la planificación, las acciones en su mayoría, no estaban ligadas a la declaración diagnóstica, tenían escaso o nulo respaldo bibliográfico o equivalían a rutinas hospitalarias. En la fase de evaluación, algunos estudiantes anotaron lo que esperaban efectuar durante la fase de ejecución. Hecho que destaca la falta de criterios formales en los participantes para orientar el cuidado proporcionado y lo que esperan de él, así como la escasa evidencia en la que basan sus prácticas y el incumplimiento de las fases y sus respectivos registros. En las notas auto evaluativas, algunos participantes tuvieron una apreciación positiva de PAE, no obstante, otros afirmaron aplazar o prescindir de objetivos o acciones programadas, por limitaciones de tiempo y altas cargas de trabajo, los recursos hospitalarios, el interés del usuario en participar en su cuidado, la condición de salud que presentaba y el nivel de interacción con la familia. Además, el ambiente laboral y la motivación personal fueron otros elementos influyentes. Esta investigación permitió determinar que el sentido que le otorgaron los estudiantes a la aplicación del PAE se centró en los conocimientos, las experiencias y la enseñanza que adquirieron a lo largo de la carrera. Por otro lado, se esclareció la forma cómo lo empleaban y las dificultades que encontraron al hacerlo, a su vez se

distinguieron limitantes de carácter conceptual, docente y laboral; y una variabilidad en las propuestas de intervención.

Aguayo y Mella (2015) en su estudio “Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud”, se plantearon como objetivo develar el significado del concepto de gestión del cuidado de las/os enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en los departamentos de salud municipal de la Novena Región, de Chile. Basadas en la teoría fundamentada del método cualitativo, a través de entrevistas a seis enfermeras que se desempeñan en los establecimientos mencionados. Los resultados permitieron analizar 10 categorías emergentes agrupadas en categorías descriptivas codificadas en función al significado del concepto de Gestión del Cuidado que expresan las enfermeras que se desempeñan en Atención Primaria. Entre ellas están: gestión del cuidado, función asistencial, función administrativa, responsabilidades asumidas, postura frente a la gestión del cuidado, importancia de la gestión de cuidado, institución y organización, ética profesional, experiencia laboral y año de egreso. Frente a la gestión definida como concepto, las enfermeras que hicieron parte del estudio lo señalan como competencia profesional relacionada con la experiencia laboral y que adhiere componentes como la ética y la atención integral al paciente y su familia. Con relación a la presencia de la gestión del cuidado, señalan que es menor del 40%, lo que está relacionado con la despreocupación y falta de capacitación en gestión del Cuidado. Al indagar por los factores obstaculizadores de la gestión del cuidado, señalan como principal factor la falta de capacitación en el tema de estudio, los años de egreso y la experiencia laboral. Y frente a los factores facilitadores de la gestión del cuidado, en primer lugar, emerge la experiencia laboral, relacionada con

las competencias adquiridas por las entrevistadas a través del ejercicio de la profesión, el compromiso adquirido con los pacientes y sus familias, relacionado con el componente ético e integral que le asignan a la Gestión del Cuidado. En conclusión, las enfermeras reconocen el concepto, pero no lo asumen como propio de la enfermería comunitaria, más bien como una actividad realizada por enfermeras/os que se desempeñan en atención cerrada, en tanto que a la función asistencial le otorgan un significado relacionado con su quehacer diario centrado en el paciente y comunidad. Surge la gestión del cuidado como la aplicación del juicio profesional a las actividades derivadas de la gestión y administración de los programas ministeriales con un enfoque familiar y comunitario.

Valdebenito, Baquero y Carreño (2015) realizaron el estudio “Gestión del cuidado: valoración y conocimiento de enfermeros(as) de un hospital de la región metropolitana, Chile” con el propósito de describir la valoración y conocimiento que los profesionales de enfermería le otorgan a la Unidad de Gestión del Cuidado. Para ello realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal, con 52 participantes a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado, cuyas variables respondieron a las concepciones más significativas de la reglamentación actual de la UGC. Los resultados evidenciaron que se valoró positivamente la unidad, específicamente la relación comunicacional entre ésta y la actividad clínica. Como necesidad se distinguió el reconocimiento de la institución a la UGC, y la formación en gestión del cuidado como parte fundamental en las competencias de los profesionales. Por otro lado, se observó que los individuos con menor experiencia laboral y de cargos de atención clínica corresponden a sujetos menos empoderados con las concepciones de la reglamentación de las UGC. Por último, las UGC en Chile son consideradas en

mayor proporción como un ámbito de desarrollo gerencial, sin embargo, surgieron opiniones respecto a la ampliación de la visión de estas unidades considerándolas de manera más global, otorgándole un sentido y valor propio en la atención de enfermería. Finalmente concluyen los investigadores que la valoración de la UGC aún se distingue como una unidad mayoritariamente gerencial y administrativa, enmarcada en la definición del proceso administrativo, donde la participación fue considerada útil por todos los participantes del estudio y no solo el gestor. Como un punto a favor de la UGC fue identificar que la retroalimentación de la información clínica es clave en la puesta en marcha de esta unidad. Por el contrario, se visualizó que el grupo con menos años de trabajo y de menor edad cronológica fue el que se manifestó negativamente a la cultura y éxito de la unidad, como, por ejemplo: la práctica asistencial bajo el desconocimiento de normativas y no consideración de aspectos éticos legales, entre otros.

Duque (2014) realizó una investigación titulada “Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia” con el objetivo de describir los factores que favorecen o dificultan la aplicación del PAE por parte de los profesionales de Enfermería en una institución de salud. La investigadora realizó un estudio descriptivo. La población estuvo constituida por 43 profesionales de enfermería que laboran en el área asistencial de la institución. Los resultados evidenciaron que el mayor porcentaje de los profesionales de enfermería en cuanto a la edad está entre 20 y 40 años, sigue predominando el sexo femenino con un 77%, el tiempo de experiencia está entre 0 y 10 años con un 67%, el tiempo laborado en la institución es de 83% menos de uno y 5 años, y la forma de contratación en su mayor

porcentaje es tercerizado. Se encontró que el factor tiempo y sobrecarga laboral dificultaron la aplicación del PAE. El interés por brindar un cuidado integral y la plataforma informática que utilizaban para sistematizar la atención al paciente fueron los factores que posibilitaron su aplicación. Finalmente se concluyó que el PAE es de vital importancia para todos los profesionales de enfermería de la institución, sin embargo, la sobrecarga laboral y las múltiples tareas asignadas al profesional opacan el quehacer disciplinar, aunque existe el deseo de brindar un cuidado con calidad.

### **Marco conceptual**

En esta sección, se expone con bases científicas el efecto del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*” sobre la gestión del cuidado. Por tal motivo es pertinente indagar sobre las variables: Proceso de Atención de Enfermería, gestión del cuidado y programa educativo, ya que son pilares del problema a investigar y están inmersos en todo el proyecto.

### **Proceso de Atención de Enfermería**

El centro de interés de la disciplina de enfermería está sobre la orientación de su práctica, sobre lo que dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales. Esta práctica se centra en el cuidado a la persona que, en continua interacción con el entorno, vive experiencias de salud. Es entonces mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas, se requiere de una agudeza intelectual considerable ya que trata de poner en práctica una acción pensada y reflexionada a fin de responder a las necesidades particulares de las personas. Esto lo hace a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). (Johnson, Edward, & Giandinoto, 2018).

El término Proceso de Enfermería fue creado por Hall en 1955. Más adelante, Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Widenbach en 1963, se refirieron a este mismo término como una serie de 3 fases que lo describían. En 1967, Yura y Walsh escribieron el primer texto que determinaba un proceso de cuatro fases que incluía la valoración, planificación, ejecución y evaluación. Ya para mediados de los años 70, Bloch, Roy, Mundinger, Jauron y Aspinall añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases. Desde entonces varias profesionales lo han explicado y lo ha legitimado en la práctica de enfermería (Iyer & Tapich, 2008), (Pérez et al., 2016) (Ponti et al., 2017).

Berman y Snyder (2013), definen el PAE como un método sistemático centrado en el paciente, ya que permite dar respuesta al estado cambiante de este. Su enfoque está dirigido a la resolución de problemas y a la toma de decisiones; su objetivo es identificar el estado de cuidados de un paciente y los problemas reales o potenciales que manifiesta, establecer planes destinados a cumplir las necesidades identificadas y proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades. En últimas, la finalidad es estructurar la prestación de los cuidados de enfermería.

El Proceso de Enfermería según Hagos et al., (2014), se considera un método apropiado, para explicar la esencia de enfermería, sus bases científicas, tecnologías y suposiciones que fomentan la crítica, el pensamiento y la creatividad, permitiendo resolver problemas en la práctica profesional. Este método representa un intento de evidenciar y entender el trabajo de enfermería enfocado en la atención como una práctica reflexiva de calidad.

Iyer y Tapich (2008), Jaraba y Lizano (2016) afirman que el PAE permite estructurar la práctica de cuidado científico, aplicando un sistema de teorías que demanda de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas, y que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales dirigidas a satisfacer las necesidades de la persona o del sistema familiar.

En palabras de Alfaro (2014), el proceso enfermero como también es llamado, es un proceso cíclico, dinámico y sistematizado que consta de cinco pasos, los cuales permiten brindar cuidados humanísticos centrados en objetivos (resultados) eficaces. Es sistematizado porque en sus cinco pasos se ejecutan acciones que buscan obtener unos resultados en el plazo que se requiera, es dinámico porque responde a un cambio continuo, donde cada uno de los pasos se interrelacionan y se realimentan en cualquier momento para conseguir el resultado final; es humanístico porque durante todo el proceso debe considerarse los valores, intereses y deseos de quien recibe los cuidados (individuo, familia y comunidad); y centrado en objetivos porque su mayor atención es atender a la persona que demanda los cuidados, esperando lograr los mejores resultados de manera eficiente.

El proceso se caracteriza por ser interactivo, basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera, el paciente y los demás profesionales de la salud Alfaro (2017) (Miranda et al., 2019); es flexible, porque se puede adaptar al ejercicio de la enfermera en cualquier entorno en que se relacione con individuos, grupos o comunidades, fomenta la asistencia reflexiva y organizada, la continuidad e individualización de los cuidados, el uso racional del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2015) (Jaraba & Lizano., 2016).

El proceso permite que los profesionales de enfermería examinen constantemente lo que hacen y lo mejoren o modifique según los resultados que obtengan. La utilización del PAE valida el alcance del papel de las enfermeras como crucial para la atención al paciente (Ojewole & Samole, 2018).

Varios autores como Iyer y Tapich (2008), Berman y Snyder (2013) y Jaraba y Lizano (2016) enuncian que las 5 fases corresponden a la valoración, la formulación de diagnósticos de enfermería, la planeación, la ejecución y la evaluación. Por otro lado, aunque la NANDA (2019) incorpora las mismas 5 fases, lo hace bajo la denominación del PAE modificado, debido a que las identifica con otros nombres y en orden diferentes: 1) Teoría/Ciencia, 2) Valoración/historia del paciente, 3) Planificación que incluye diagnóstico enfermero, resultados e intervenciones de enfermería). 4) Implementación y 5) reevaluación continúa.

### ***Valoración***

Esta etapa es un elemento clave en el proceso de enfermería para determinar los problemas de salud, las necesidades de cuidado de los pacientes y, en consecuencia, juega un papel crucial en el diseño de planes de atención y la determinación de intervenciones de cuidado de enfermería. Permite reunir y examinar la información específica sobre el estado de la salud del usuario, buscando evidencias del funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas de salud (Potter et al., 2013). El proceso de valoración incluye la realización de las siguientes actividades que están estrechamente relacionadas: obtención, organización, validación y registro de los datos, que pueden así mismo desarrollarse en cualquiera de las demás etapas (Thomas, 2016).

La obtención de los datos se hace de manera planificada, sistemática y completa, ya que es aquí donde se reúne información específica del paciente para las fases siguientes. Las fuentes de información pueden ser el mismo paciente, familia, allegados, historia clínica y los informes de otros profesionales de salud. Los métodos empleados para obtener la información requerida son: entrevista, observación y examen físico (Luis Rodrigo, Fernández C, & Navarro, 2005).

Con la validación de los datos, se busca asegurar que la información recogida sea veraz y completa para evitar errores en los diagnósticos que se van a formular. La organización de los datos permite agrupar la información y diagnosticar los problemas enfermeros prioritarios. Por último, en esta etapa, se registran los datos, para dejar escrito toda la información obtenida y facilitar la formulación de los diagnósticos y planificar la atención de enfermería (Berman & Snyder, 2013).

La NANDA- I (2019), expresa que la valoración implica la recogida de información subjetiva y objetiva, así como la revisión de la información en la historia clínica, proporcionada por el paciente/la familia, o encontrada dentro de la historia del paciente. Las enfermeras recogen, así mismo, datos sobre las fortalezas del paciente/de la familia y los riesgos. Igualmente, el profesional de enfermería puede fundamentarse en una teoría de enfermería específica, o en un marco teórico para la valoración. Estos marcos de referencia proporcionan una forma de clasificar grandes cantidades de datos en un número manejable categorías relacionadas.

Por ejemplo, para conocer el estado de la persona, Henderson (1996), (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2018) en su teoría, propone hacer la valoración midiendo la satisfacción de 14 necesidades: respirar normalmente, comer y beber de forma adecuada, eliminar los desechos corporales, moverse y mantener una postura

adecuada, dormir y descansar, elegir ropa adecuada, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene corporal, evitar los peligros del entorno, comunicarse con los otros, actuar con arreglo a la propia fe, trabajar para sentirse realizado, participar en diversas formas de entretenimiento y aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad. Estas necesidades son comunes en todas las personas, pero pueden variar en sus manifestaciones y formas de ser satisfechas en función de: la edad, el sexo, la etapa del desarrollo, la situación de salud o la situación personal en que se encuentra y los factores ambientales y socioculturales que intervienen. Todos estos elementos, son los que van a influir en los cuidados enfermeros por lo tanto deben ser considerados al momento de registrar durante la valoración inicial de la persona.

Otro aspecto que se plantea en esta teoría (Raile 2018), está relacionado con la independencia-dependencia de la persona en relación cada una de las necesidades que la enfermera debe determinar en la fase de valoración. Para ello, la autora ofrece los siguientes constructos:

**Independencia:** satisfacción de las 14 necesidades mediante las acciones adecuadas que la persona realiza por ella misma o que otros hacen en su lugar de acuerdo a la edad, etapa del desarrollo o situación de salud que atraviesa.

**Dependencia:** insatisfacción de una o de varias necesidades básicas como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes que realiza la propia persona o que otra hace en su lugar. Las manifestaciones de dependencia se concretan en el desarrollo de obstáculos y limitaciones personales que hacen que la persona no pueda satisfacer de manera independiente las 14 necesidades básicas. Esas manifestaciones se agrupan en: falta de conocimientos, falta de fuerza o falta de voluntad. La falta de conocimientos se refiere a qué hacer y cómo hacerlo con relación a cuestiones

esenciales sobre la propia salud y situación de vida, sobre la propia persona y sobre los recursos propios y del entorno disponible. La falta de fuerza se refiere a la capacidad de hacer, entendida como la capacidad física y psicológica de la persona para llevar a cabo las acciones necesarias en cada situación. La falta de voluntad, se refiere a querer hacer, entendida como la falta de deseo, anhelo o motivación de la persona para comprometerse, ejecutar y mantener las acciones oportunas para satisfacer las necesidades básicas durante el tiempo necesario.

### ***Diagnóstico***

Es la segunda fase del PAE el enfermero o enfermera aplica un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad, de una persona, familia, grupo o comunidad. El diagnóstico enfermero contiene dos partes: un descriptor o modificador y un foco del diagnóstico o concepto clave del diagnóstico. Existen algunas excepciones. (NANDA-I 2019).

En esta fase se requieren las habilidades intelectuales del pensamiento crítico del profesional de enfermería (análisis y síntesis) para interpretar los datos obtenidos en la fase de valoración e identificar los problemas reales o potenciales de la persona (Alfaro-LeFevre, 2017) (Aasen Frigstad, Hatlen Nost, & André, 2015) .Así mismo, se identifican los recursos con que se cuentan para lograrlo. Este paso se constituye en la base para el plan de cuidados, ya que todas las actividades de planificación que siguen se basan en los diagnósticos de enfermería (Alfaro-LeFevre, 2014).

Para comprender y formular los diagnósticos el profesional debe: analizar los datos, identificar los problemas de salud, los riesgos y factores favorables. Al analizar los datos, debe comparar los obtenidos con los estándares y generar hipótesis. Una

vez se analizan, el profesional determina los factores favorables y los riesgos con el objetivo de definir si el problema del paciente corresponde a un DE, a un diagnóstico médico o a un problema interdependiente (Luis Rodrigo et al., 2008). Al determinar que es un problema intervenible por enfermería, redacta un DE según la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2019).

### ***Planificación***

La planificación es una fase sistemática y deliberativa del PAE que orienta la identificación de los problemas en los que debe centrarse prioritariamente el profesional de enfermería, para fijar los resultados esperados (descritos taxonómicamente como NOC, por sus siglas en inglés), determinar las intervenciones (descritas como NIC por sus siglas en inglés) que se requieren para lograrlos y registrar e individualizar el plan que orienta los cuidados a la persona (Berman & Snyder 2013).

En la planificación y proceso de desarrollo de planes de cuidado, el profesional consulta los datos recogidos en la valoración del paciente y en los diagnósticos enunciados, establece prioridades (atendiendo inicialmente aquellos problemas que amenacen la vida de la persona), establece los objetivos del paciente, selecciona las intervenciones y redacta las prescripciones de enfermería.

El producto final de la fase de planificación del PE, es un plan de cuidados informal o formal. El primero es una estrategia de actuación que existe en la mente del profesional, el segundo, se constituye a través de una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados del paciente permitiendo continuidad en los cuidados. El plan de cuidado formal puede ser individualizado a cada persona en particular o

estandarizado para grupos de pacientes con enfermedades comunes, y debe quedar plasmado por escrito con el propósito de facilitar la comunicación entre los profesionales, orientarlos y de crear un registro escrito que más tarde servirá para evaluación o posiblemente investigación (Luis Rodrigo et al., 2008) (Alfaro 2014).

### ***Ejecución***

La fase de ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Aquí se ejecutan las intervenciones programadas, se pone en práctica el plan de intervención, y se reflexiona sobre lo que se está haciendo. Para ello se requiere nuevamente valorar y determinar la respuesta inicial. En esta fase también se comunica el plan a todos los que participan en la atención del paciente y el profesional de enfermería continuará recogiendo los datos relacionados con su situación y su interacción con el entorno (Possari et al., 2015). Esta fase concluye con el registro de la atención en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Con el registro se podrá verificar que el plan de cuidados se haya llevado a cabo y se utilice como instrumento para evaluar su eficacia (Iyer & Tapich, 2008), (Potter et al., 2015)

### ***Evaluación***

La quinta y última fase del PAE es la evaluación. Esta se da como un proceso planificado y continuo que determina la medida en que se han alcanzado los objetivos de la atención de enfermería, la evolución del paciente en relación con la consecución de objetivos/resultados y la eficacia del plan de cuidados. El profesional de enfermería evalúa el progreso del paciente, establece medidas correctoras si es necesario y revisa el plan de cuidados. Esta fase es importante ya que las conclusiones extraídas de la

misma determinan si es necesario suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería (Potter et al., 2015).

Mediante la evaluación, los profesionales demuestran que son responsables y que responden por sus acciones, indican interés de los resultados de sus intervenciones y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces y de adoptar las más efectivas (Berman & Snyder, 2013).

Para el desarrollo del PAE, hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente, además se requiere de capacidad técnica, intelectual y de relación. Su aplicación tiene ventajas que repercuten sobre la persona que recibe los cuidados, el profesional y la profesión de enfermería. A la persona, le permite participar de su propio cuidado, asegura la continuidad y la calidad en la atención; al profesional, le permite crecimiento profesional, satisfacción y experiencia, y a la profesión la enriquece con la práctica fundamentada en una teoría (Luis Rodrigo et al., 2008).

### **Gestión del cuidado**

Según Ceballos et al., (2015), en la década de los sesenta, la “gestión” era más reconocida con el término “administración”, refiriéndose al proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el empleo de los recursos organizacionales para conseguir determinados objetivos con eficacia y eficiencia. Posteriormente, en la década de los ochenta, surgieron modelos y tendencias de mercado que permearon todos los saberes, permitiendo hacer una transición del concepto de administración al de gestión al tomar algunos aspectos del área gerencial a fin de garantizar la calidad aplicando un proceso que respondiera a las demandas de cuidados de los usuarios con

respeto, empatía, liderazgo, ética, responsabilidad y muchas otras características que debe poseer un gestor del cuidado.

El Código Sanitario Chileno, define la gestión del cuidado “como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que garanticen la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud”. En esta gestión los profesionales de enfermería realizan un conjunto de acciones bajo criterios éticos y profesionales propios de la disciplina, que se llevan a cabo para lograr un objetivo, el cual consiste en el cuidado de la persona, familia y colectivos, garantizando sus derechos y respondiendo por la eficiencia y eficacia en la asignación de los recursos (Aguayo Acuña & Mella Moraga , 2015).

Kérouac (2007), Ayala, Duany, Samame y Paredes (2019) coinciden en afirmar que la gestión del cuidado enfermero es un proceso heurístico, que aplica el juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros e integrales; dirigidos a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno y que vive experiencias de salud/enfermedad.

En consonancia, esta situación abre las puertas para que la gestión del cuidado sea reconocida como eje central de los procesos asistenciales en enfermería, relacionada y organizada en línea con el plan estratégico de la institución y de la red que lo contiene; requiriendo por añadidura, que los profesionales de enfermería se encuentren actualizados en conocimientos del contexto, de la organización, de la disciplina y de la administración, así como un dominio cognitivo del cuidado humano

y del proceso de cuidar en una dimensión ética, dispuesta a cumplir retos con mentalidad creativa innovadora para cambios importantes, con autonomía que le permitan proveer cuidados de calidad (Vigo Ayasta, 2020).

Por este motivo la gestión del cuidado debe girar alrededor del saber enfermero y del PAE, ya que permitirá dar visibilidad e identidad a la profesión y aporta al seguimiento y monitoreo de los cuidados ofrecidos a individuos o colectivos (Ayala et al., 2019).

Por otro lado, desde la perspectiva de la gestión del cuidado y del trabajo interdisciplinar, Pacheco (2016) señala que el profesional de enfermería requiere del ejercicio del liderazgo y la motivación, ambos aspectos centrales para garantizar un cuidado de calidad. El liderazgo faculta al enfermero o enfermera para influir en la acción de las personas responsables del cuidado, además de transmitir los valores del cuidado y asumir actitudes de apoyo disminuyendo los factores que lo obstaculizan. De igual forma, la motivación del personal responsable del cuidado es esencial, a fin de lograr un entorno favorable. Una enfermera satisfecha y estimulada por su trabajo será capaz de comprometerse en mejorar la calidad de los procesos de cuidado dirigidos a favorecer el confort, comunicación, curación y promover la salud de las personas que cuida. En conclusión, la gestión de los cuidados, que un profesional de enfermería provee, debe estar fundamentado en el pensamiento enfermero orientado hacia el cuidado de la persona, la familia, el personal de enfermería y los equipos.

### **Programa educativo**

La palabra programa hace referencia a un plan sistemático, diseñado como medio para alcanzar unas metas, en este caso educativas. El plan o programa

educativo debe desarrollarse teniendo en cuenta aspectos como: contar con objetivos y propósitos adaptados al contexto de los educandos, especificar los participantes, las actividades, decisiones y las estrategias para establecer límites, así como también utilizar recursos educativos adecuados para el logro de los objetivos.

Según la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación CIE, el programa educativo es una secuencia coherente de actividades educativas diseñadas y organizadas para lograr objetivos determinados de aprendizaje o para llevar a cabo un conjunto específico de tareas educativas en un periodo sostenido de tiempo. Los objetivos pueden estar orientados a la preparación para estudios más avanzados, la calificación para un oficio, o bien sencillamente para el aumento de conocimientos y de comprensión. Si bien el programa educativo integra clases y otras experiencias de aprendizaje, estos no suelen ser simplemente la suma de sus componentes, puesto que en principio están organizados (UNESCO, 2006) (DANE, 2018).

El programa educativo es considerado un recurso primordial, a través del cual se prevé, planea, organiza, ejecuta y evalúa el proceso de enseñanza aprendizaje. En ese sentido, debe tener una estructura coherente y organizada en la que se llevan a cabo actividades y contenidos específicos soportados por una serie de recursos, herramientas y estrategias pertinentes, de forma que el educador pueda tener una orientación en su práctica y lograr la meta determinada. (Montes & Santos, 2017).

La oferta continua de programas educativos trae grandes beneficios, no solo a las personas también a las empresas. En enfermería esos beneficios se traducen en que los profesionales enriquecen sus conocimientos, se mantienen cualificados y actualizados, optimizan sus acciones, mejoran las competencias que le aportan a la calidad en la prestación de servicios asistenciales (satisfacción del paciente y/o

usuario) y garantizan la seguridad del paciente. Por otro lado, facilitan el desarrollo y la promoción de los profesionales y facilitan su adaptación a los cambios producidos en su propio contexto, generan satisfacción, incrementan su motivación profesional, facilitan la integración y compromiso, retienen al talento humano y aumentan el valor a la empresa (Peña, 2019) (Sánchez & Cuba, 2017).

## **Bases teóricas**

### **Modelo teórico**

A partir del abordaje disciplinar en el desarrollo del conocimiento enfermero se han trabajado aspectos útiles que dan respuesta a las necesidades de gestión para el cuidado de enfermería partiendo de la jerarquización del conocimiento más abstracto, hasta los indicadores empíricos que evidencian la práctica en esta área.

Las teorías seleccionadas como soporte teórico disciplinar en el presente estudio se eligieron de acuerdo a las bases filosóficas y científicas, dentro de las cuales se contemplan posibles respuestas a las complejidades del cuidado para su gestión, utilizando el método científico de enfermería para alcanzarlo. En ese sentido y partiendo de un nivel de conocimiento abstracto, se revisó las concepciones teóricas de las filosofías Virginia Henderson y Jean Watson.

Henderson en su obra declara que la función específica de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila y que realizaría estas actividades sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios para hacerlo. (Henderson & Nite, 1996). (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2018). Contempla a la

persona como un ser que precisa ayuda para conseguir independencia e integración de mente cuerpo.

Su teoría se basa en la identificación de 14 necesidades humanas básicas y la presencia de enfermería como encargada de prestar dicha ayuda hasta que la persona lo más pronto posible logre ganar independencia. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de manifestaciones representadas en diferentes formas. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona deja de ser un todo completo, pasando a ser dependiente para realizar uno o varios componentes de las 14 necesidades básicas. La función de enfermería es suplir y atender las faltas del paciente, realizando el cuidado clínico o compañera fomentando la relación terapéutica (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2018).

Este modelo es de gran relevancia para el presente trabajo gracias a su aporte para el desarrollo de la profesión de enfermera y su aplicación en la práctica de gestión del cuidado, además porque este es el modelo que da soporte a la gestión de enfermería en la institución que hace parte del estudio.

De otra forma, Watson expone su teoría del cuidado humano centrada en el cuidado enfermero y en fenómenos existenciales, es decir, plantea una teoría que no se centra únicamente en el cuerpo físico. El autor incluye, aspectos espirituales y las dimensiones existenciales de la vida y la muerte. Por otro lado, desarrolla el cuidado transpersonal, entendido como “el contacto de los mundos subjetivos de enfermera y paciente, abarcando la atención física, mental, emocional y espiritual”.

La gestión del cuidado de enfermería permanece sobre varios conceptos, a los que Watson llamó “Factores Caritativos de Cuidados” y en los que se da “una atención experimentable, contextual y metafísica, basada en un sistema de valores que

reconoce el poder del amor, la fe, la compasión y la conciencia asociada con un profundo respeto por la maravilla y el misterio de la vida” (Hernando González, 2015)

Esta postura teórica de Watson es importante para el presente trabajo en la medida que invita a reflexionar sobre el fundamento moral y trascendental de la conducta profesional de enfermería imprescindible en todo acto de cuidado.

### **Marco legal**

El marco legal del cuidado de enfermería en Colombia está circunscrito en la ley N° 266 de enero 25 de 1996 (Congreso de Colombia, 1996), por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en este país. En el capítulo 1, artículo 2, define el principio de integralidad y continuidad. El principio de integralidad, orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual. Y el principio de continuidad, orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas de la vida en los periodos de salud y de enfermedad.

## **Capítulo III**

### **Metodología**

#### **Descripción del lugar de ejecución**

El estudio se llevó a cabo en la “Clínica Medellín”, ubicada en el municipio de Medellín, departamento de Antioquia, Colombia. Esta institución es de carácter privado, en cuarto nivel de complejidad médica, con especialización en el área cardiovascular, cuenta con servicios de urgencias, hospitalización, cirugía, oncología, unidad de cuidados especiales, unidad de cuidados intensivos y rehabilitación cardíaca. Atienden pacientes de régimen subsidiado, contributivo, además pacientes en planes de medicina prepagada. Cuenta con dos sedes ubicadas, en el sur (Calle 7 No. 39 – 290) y en el occidente (Carrera 65 B No. 30 – 95) de la ciudad de Medellín, Colombia.

#### **Población y muestra**

##### **Población**

La población de estudio estuvo compuesta por el total de profesionales de enfermería que laboraban en los diferentes servicios de la clínica en estudio. En total 70 personas.

##### **Muestra**

Para decidir el tipo de muestreo a realizar se consideró lo expresado por Hernández (2014) quien refiere que “En realidad, pocas veces es posible medir a toda la población, por lo que obtenemos o seleccionamos una muestra y, desde luego, se pretende que este subconjunto sea un reflejo fiel del conjunto de la población. Todas

las muestras (en el enfoque cuantitativo) deben ser representativas; por tanto, el uso de los términos al azar y aleatorio sólo denota un tipo de procedimiento mecánico relacionado con la probabilidad y con la selección de elementos o unidades, pero no aclara el tipo de muestra ni el procedimiento de muestreo”; “Elegir entre la muestra probabilística y la no probabilística depende del planteamiento del estudio, las hipótesis, el diseño de investigación y el alcance de sus contribución” (pp175-177).

Tomando en cuenta lo expresado por este autor con relación la selección de una muestra probabilística en la que esta debe cumplir con dos procedimientos: “1. Calcular un tamaño de muestra que sea representativo de la población. 2. Seleccionar los elementos muestrales (casos) de manera que al inicio todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos”; en la presente investigación el tamaño de la muestra se calculó a través de un muestreo probabilístico utilizando la fórmula para dar representatividad a la cantidad de muestra.

Se calculó mediante la siguiente fórmula.

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

Dónde:

n = Tamaño de muestra que se desea encontrar =?

N =Tamaño de la población = 70

Z = Percentil normal en relación al Nivel de confianza 91% establecido por el investigador (Z = 1.69)

p = Probabilidad de éxito (50% o 0,5).

q = Probabilidad de fracaso (50% o 0,5).

e = Margen de error permisible establecido por el investigador = 0.09

Remplazando valores tenemos:

$$n = \frac{(2.8561) (0.5) (0.5) (70)}{(2.8561) (0.5) (0.5) + (0.0081) (69)} = \frac{49.98175}{1.2828025} = 38.9$$

Según la fórmula utilizada la muestra representativa consta de 39 participantes profesionales de enfermería y para el presente estudio se decide redondear a 40 participantes. En complemento, los elementos muestrales se seleccionaron de manera intencionada por parte de la investigadora (por conveniencia) cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión. La selección de los grupos tanto experimental (20 participantes) como de control (20 participantes), si se hizo de manera aleatoria.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

#### ***Criterio de inclusión***

Como criterio de inclusión se estableció que fueran profesionales de enfermería contratadas por la institución, que laboraran en áreas asistenciales durante el periodo de la investigación y que quisieran formar parte de la investigación.

#### ***Criterios de exclusión***

Se establece profesionales de enfermería que se encuentren en periodo de vacaciones, licencia, o que dejen de laborar en la institución. Así mismo se excluirán aquellas que no deseen participar en la investigación.

### **Tipo y diseño de investigación**

El trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, de diseño cuasiexperimental con preprueba-posprueba y grupo de control.

Donde:

RG1: Participantes grupo 1.

RG2: Participantes grupo 2.

X: Estimulo o tratamiento experimental.

O: Medición de los sujetos de un grupo (prueba, cuestionario).

De la misma manera se observará y evaluará la gestión del cuidado antes y después de aplicar la intervención, utilizando la lista de chequeo en los momentos específicos de cuidado.

### **Formulación de hipótesis**

#### ***Hipótesis general***

Ha: El Programa Educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, es efectivo en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería de una clínica de Medellín, Colombia. 2018.

Ho: El Programa Educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, no es efectivo en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería de una clínica de Medellín, Colombia. 2018.

#### ***Hipótesis específica 1***

Ha: El Programa Educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, es efectivo en la valoración que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia. 2018.

Ho: El Programa Educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, no es efectivo en la fase de valoración que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

### ***Hipótesis específica 2***

Ha: El Programa Educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, es efectivo en el diagnóstico que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia. 2018.

Ho: El Programa Educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, no es efectivo en el diagnóstico que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia. 2018.

### ***Hipótesis específica 3***

Ha: El Programa Educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, es efectivo en la planeación que los profesionales de enfermería realizan la gestión del cuidado en una clínica de Medellín, Colombia. 2018.

Ho: El Programa Educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, no es efectivo en la planeación que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia. 2018.

### ***Hipótesis específica 4***

Ha: El Programa Educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, es efectivo en la ejecución que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia. 2018.

Ho: El Programa Educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, no es efectivo en la ejecución que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia. 2018.

### ***Hipótesis específica 5***

Ha: El Programa Educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, es efectivo en la evaluación que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín. Colombia. 2018.

Ho: El Programa Educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, no es efectivo en la fase de evaluación que los profesionales de enfermería realizan el cuidado en una clínica de Medellín. Colombia. 2018.

### **Identificación de Variables**

Variable dependiente: Gestión del cuidado de enfermería.

Variable independiente: Proceso de atención de enfermería.

Variable Independiente: Programa educativo.

## Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Subindicador	Escala
Gestión del cuidado de enfermería	La Gestión del cuidado, es un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del contexto, con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2007).	Es un proceso en el que el profesional de enfermería aplica un juicio racional en la planificación, dirección, control y evaluación de los cuidados de enfermería en las fases de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación.	Valoración	Observación	¿Con qué frecuencia se apoya en la observación para recolectar los datos del estado de salud del paciente?	1= Nunca 2= Casi nunca 3= La mitad de las veces 4= Casi siempre 5= Siempre
				Entrevista	¿Con qué frecuencia se apoya en la entrevista para recolectar los datos del estado de salud del paciente?	
				Exploración (valoración física)	¿Con qué frecuencia se apoya en la valoración física para recolectar los datos del estado de salud?	
					¿Realiza la valoración con base en algún modelo teórico de enfermería?	
				Otras fuentes	¿Se apoya en otras fuentes para recolectar los datos del estado de salud del paciente?	
				Validación de datos	¿Se asegura que la información recogida sea veraz y completa para evitar errores en los diagnósticos?	
				Organización datos.	¿Agrupa y organiza la información obtenida para lograr una imagen clara de la situación?	
			Registro de datos	¿Registra los datos recogidos en la valoración		
			Diagnóstico	Análisis de los datos	¿Revisa la información obtenida a partir de la observación, entrevista, exploración física, y otras fuentes para, diferenciar los datos que son relevantes de los que no lo son?	1= Nunca 2= Casi nunca 3= La mitad de las veces 4= Casi siempre 5= Siempre
					¿Compara los datos obtenidos del paciente con los estándares para identificar indicios significativos?	

				Formular hipótesis	¿Agrupa los datos para generar hipótesis o diagnósticos provisionales?	
				Determinar riesgos o problemas reales de salud	¿Identifica los problemas reales o potenciales que requieren ser abordados?	
				Formular diagnósticos	¿Conoce los diagnósticos de enfermería clasificados taxonómicamente por la NANDA para los problemas independientes de enfermería?	
					¿Considera importante formular diagnósticos de enfermería para la ejecución de los cuidados?	
					¿Identifica los componentes de un diagnóstico de enfermería?	
					¿Conoce los diferentes tipos de diagnósticos de enfermería?	
					¿Formula diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de NANDA para la planificación de los cuidados?	
					¿Planifica los cuidados con base a los diagnósticos de enfermería?	
					¿Registra los diagnósticos de enfermería?	
					¿El equipo que participa del cuidado del paciente conoce los diagnósticos de enfermería que usted elabora?	
			Planificación		Establecer prioridades	¿Establece una secuencia preferente para abordar los diagnósticos elaborados?
					Formulación de resultados esperados	¿Establece objetivos/resultados por cada diagnóstico de enfermería? ¿Formula los resultados esperados del cuidado basado en la taxonomía NOC?

					¿Registra los resultados esperados?	
			Selección de intervenciones de enfermería		¿Redacta las intervenciones de enfermería de acuerdo a la clasificación taxonómica (NIC)?	
					¿Redacta las intervenciones de enfermería de acuerdo a los objetivos/resultados planeados?	
					¿Redacta las intervenciones de acuerdo a diagnósticos médicos?	
					¿Reconoce las intervenciones dependientes, interdependientes e independientes de enfermería?	
				Intervenciones delegables	¿Delega las intervenciones al auxiliar de enfermería?	
						¿Tiene una clasificación de intervenciones delegables?
					¿Supervisa las intervenciones delegadas?	
			Registro del plan informal, formal, individualizado, estandarizado		¿Redacta y registra el plan de cuidados?	
			Comunicación del plan		¿Comunica el plan de cuidados al equipo de salud?	
		Ejecución	Valorar paciente y actualizar datos		¿Antes de ejecutar el plan vuelve a valorar al paciente para actualizar los datos?	1= Nunca 2= Casi nunca 3= La mitad de las veces 4= Casi siempre 5= Siempre
			Realizar actividades		¿Cumple con las intervenciones de enfermería planeadas?	
			Registrar las actividades realizadas		¿Registra las actividades realizadas en la historia clínica?	
			Registrar respuestas del paciente		¿Registra las respuestas del paciente al plan de cuidados?	

			Evaluación	Valorar situación actual del paciente	¿Valora si se han logrado los objetivos/ resultados?	1= Nunca 2= Casi nunca 3= La mitad de las veces 4= Casi siempre 5= Siempre
				Comparar situación actual con objetivos propuestos	¿Comparan la situación actual del paciente con los resultados deseables en los objetivos?	
				Evaluar el plan para mantenerlo, modificarlo, finalizarlo	¿Evalúa el plan y toma la decisión de mantenerlo, modificarlo, finalizarlo?	
				Evaluar el plan para mantenerlo, modificarlo, finalizarlo	¿Registra el cumplimiento o modificaciones del plan?	

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador
Programa educativo "Proceso enfermero e identidad profesional"	Secuencia coherente de actividades educativas planeadas y organizadas para lograr objetivos determinados de aprendizaje o para llevar a cabo un conjunto específico de tareas educativas en un periodo sostenido de tiempo. (UNESCO, 2006) (DANE, 2018)	Módulo 1 Presentación del curso y sensibilización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo histórico del PAE</li> <li>Identidad profesional y el método científico de enfermería</li> <li>Aplicación del PAE, fundamento del razonamiento clínico</li> </ul>
		Módulo 2 Aspectos Ético-legales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley 266 de 1996</li> <li>Ley 911 de 2004.</li> <li>Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)</li> </ul>
		Módulo 3 Primera fase: Valoración	<ul style="list-style-type: none"> <li>Características del PAE</li> <li>Aplicación de un modelo teórico de enfermería para la valoración</li> <li>Obtención, validación y registro de datos</li> </ul>

		<p>Módulo 4 Segunda fase: Elaboración del Diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de los datos e identificación de problemas de salud, los riesgos y capacidades de los pacientes</li> <li>• Taxonomía diagnóstica (NANDA)</li> <li>• Formulación de diagnósticos</li> </ul>
		<p>Módulo 5 Tercera fase: Planeación de las Intervenciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación de objetivos vs. resultados esperados según taxonomía NOC</li> <li>• Selección de intervenciones de enfermería según taxonomía NIC</li> <li>• Relación de taxonomía NANDA, NOC NIC</li> </ul>
		<p>Módulo 6 Cuarta fase: Ejecución de las Intervenciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de acciones de enfermería delegables y no delegables</li> <li>• Ejecución de intervenciones de enfermería y supervisión de los casos delegados</li> <li>• Registros clínicos y responsabilidad profesional</li> </ul>
		<p>Módulo 7 Quinta fase: Evaluación del Cuidado de Enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparación y análisis de resultados con base en lo planeado</li> <li>• Relación de las intervenciones de enfermería con los resultados obtenidos</li> <li>• Decisiones relacionadas con el plan</li> </ul>
		<p>Módulo 8 El modelo de Virginia Henderson</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición conceptual del modelo (Aprendiendo a leer una teoría)</li> <li>• Aplicación de la teoría en una experiencia de cuidado</li> </ul>

## **Técnica e instrumentos de recolección de datos**

### **Cuestionario**

Los datos se recolectaron a través de una encuesta que se aplicó personalmente a cada participante utilizando un cuestionario denominado Encuesta de Gestión del Cuidado (EGC), elaborado por la investigadora. Este instrumento permitió medir la gestión del cuidado del profesional de enfermería.

Para el proceso de construcción del instrumento, como lo plantea Hernández (2014) se hizo en primer lugar una redefinición fundamental de las variables anteriormente planteadas, el lugar elegido para la recolección de los datos, el propósito de la recolección de la información, de quiénes y cuándo se obtendría la información, la operacionalización de variables y el tipo de datos que se deseaba obtener. Seguidamente se revisó la literatura para identificar instrumentos utilizados en otros estudios previos y que sirvieron de apoyo para identificar con claridad otras dimensiones que teóricamente hacían parte de las variables: proceso de atención de enfermería y gestión del cuidado.

Una vez hecho este análisis se tomó la decisión de elaborar un instrumento nuevo, un cuestionario que permitiera a través de una escala tipo Likert, evaluar la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería en una clínica de Medellín.

La encuesta de evaluación consta de dos partes. La primera parte, comprende tres ítems que contienen datos generales de sexo, edad y servicio donde labora el participante. La segunda parte, consta de 40 ítems graduados en escala de Likert de 5 puntos, (donde 1 significa nunca, 2 casi nunca, 3 la mitad de las veces, 4 casi

siempre y 5 siempre), distribuidos en cinco subescalas: 7 ítems corresponden a dimensión de valoración; 12 a la dimensión de diagnóstico; 13 a la dimensión de planeación; 4 a la dimensión de ejecución y 4 a la dimensión evaluación (Apéndice A).

La validez de la Encuesta de Gestión del Cuidado (EGC), se realizó a través del juicio de 8 expertos en investigación, 4 de ellos también son expertos en PAE. Utilizando el instrumento de validez de contenido por expertos (Apéndice B), los evaluadores hicieron algunas observaciones y sugerencias relacionadas con la redacción y pertinencia de la pregunta, así mismo con la definición de algunos términos (disciplinares). De manera general para la validez de contenido del instrumento todos los evaluadores consideran estar acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento. Los evaluadores manifiestan también que orden de las preguntas es adecuado, no existe dificultad para entender las preguntas, no existen palabras difíciles de entender en los ítems y los ítems del instrumento tienen correspondencia con la dimensión a la que pertenecen en el constructo.

Para determinar la fiabilidad de consistencia interna del instrumento y la validez de contenido, se utilizó el coeficiente de Cronbach (Apéndice C), el cual arrojó un resultado de 0.919, valorado como de alta fiabilidad, indicando que hay buena relación entre los ítems. Así mismo se evaluó la validez de contenido por medio del coeficiente de relación existente entre las dimensiones valoración,

diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, confirmando que existe correlación entre ellas (Apéndice D).

### **Proceso de recolección de los datos**

Para aplicar el instrumento se realizó inicialmente una solicitud formal dirigida a la dirección del departamento de enfermería de la clínica, posteriormente se remite en formato institucional una solicitud al comité de ética de la institución, quien por unanimidad de los seis miembros la aprobaron sin observaciones, ni restricciones. Luego se realizó una reunión explicando a cada uno de los participantes el propósito y procedimiento de la investigación. Todos los participantes que decidieron hacer parte firmaron el consentimiento informado.

Los datos se recogieron aplicando el instrumento EGC a todos los participantes en dos momentos diferentes, correspondientes a la primera y última sesión del programa educativo, cumpliendo así con una pre-prueba y una post-prueba, el antes y después de presentar el programa educativo.

### **Procesamiento y análisis de datos**

Los datos obtenidos se procesaron mediante el paquete estadístico computacional Statistical Package of the Social Sciences (SPSS), versión 24. Las técnicas estadísticas utilizadas para el análisis de los datos y consolidar los objetivos del estudio se hicieron mediante análisis descriptivos e inferenciales, usando tablas de frecuencias para el aspecto descriptivo y tablas de análisis para diferencias de media para datos no paramétricos (previo análisis de normalidad) haciendo uso del

estadístico para pruebas no paramétricos de 2 grupos relacionados (Wilcoxon). Los resultados se interpretaron de acuerdo con los objetivos del estudio y las hipótesis, los mismos que son expuestos mediante tablas.

### **Consideraciones éticas**

En este estudio se consideraron los lineamientos éticos internacionales como: Código de Nuremberg 1947, Declaración de Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Informe Belmont (1978) de la Comisión Nacional para la Protección de sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y del Comportamiento, Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO 2005. Declaración de Córdoba. Red de Bioética de la UNESCO 2008. Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health –Related Research with Human Participants OMS 2011.

Por otro lado, se consideraron los lineamientos éticos nacionales establecidos en las normatividades colombianas como la estipula la Constitución Política de Colombia: Código Civil, Ley de Protección de Datos Personales, Ley N° 27657 del Ministerio de Salud, la Resolución 008430 del Ministerio de Salud (1993), según la cual esta investigación es considerada de riesgo bajo; la Ley 266 de 1996 (Colombia, 1996), por la cual se reglamentan los principios que rigen la profesión de enfermería; la Ley 911 (Congreso, 2004) que dispone la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la enfermería en Colombia, que regulan además de la calificación del riesgo, la confidencialidad de la información,

la garantía de cuidar la privacidad de los informantes, el respeto a la autonomía al aceptar o no la participación en la investigación, el uso de los datos con fines académicos y la devolución de los resultados a los participantes e instituciones.

De la misma manera se consideraron los principios éticos básicos de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a la autonomía. En cuanto al principio de la beneficencia se interpreta como la obligación de hacer el bien y evitar el mal, ayudar, en este caso al personal de enfermería que participa de la investigación, reduciendo o minimizando los riesgos derivados de su rol. El principio de autonomía determina que debe permitirse a los individuos la libertad individual de determinar sus propias acciones, y es aquí donde el consentimiento informado juega un papel fundamental. Se aplicó un formato de consentimiento informado consentimiento (Apéndice E), donde se referenciaron los aspectos de la investigación: los objetivos, los beneficios, el procedimiento a seguir, los derechos que se le respetaran y la naturaleza del compromiso que se adquiere con la investigación.

No obstante que el personal de enfermería hubiese firmado el consentimiento, se le respetó la decisión de quedarse o retirarse del estudio, en cualquier momento si así hubiese decidido hacerlo.

El presente estudio no generó ningún riesgo físico, ni psicológico para los participantes; no hubo remuneración económica ni de otro tipo por parte de los investigadores; los entrevistados participaron de forma libre y autónoma; no se

utilizaron nombres, se utilizaron códigos en el caso de ser necesarios para el informe (Ministerio de Salud, 1993).

En relación con la institución, se obtuvo el permiso de las autoridades competentes para hacer los contactos con el personal de enfermería, realizar el programa educativo, las encuestas, observaciones y listas de chequeo. Se buscó el consentimiento del comité de ética de la clínica (Apéndice F) Una vez obtenido, se socializó el proyecto con las enfermeras de las diferentes áreas de atención y por último se obtuvo el consentimiento informado del personal de enfermería que se fue seleccionado para la investigación.

La información suministrada es de uso exclusivo de la investigadora quien se encargará de salvaguardar dicha información. Los avances y resultados de esta investigación se presentarán en ponencias o publicaciones que hubiere lugar. Se presentará el borrador del informe antes de su entrega definitiva a los participantes de la institución; la relación entre la investigadora y los participantes se fundamentará en el consentimiento informado y el respeto por la diferencia.

De igual forma, el proyecto se sometió a evaluación por parte del comité de ética de la Universidad Peruana Unión con el fin de asegurar los principios éticos para la realización de proyectos con sujetos humanos.

## Capítulo IV

### Resultados y discusión

#### Descripción de los resultados

##### Hipótesis general

Ho: No existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo “Proceso Enfermero e identidad profesional”, en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería de una clínica en Medellín, Colombia 2018.

Ha: Existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo “Proceso Enfermero e identidad profesional”, en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería de una clínica de Medellín, Colombia 2018.

##### Regla de decisión

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula (Ho).

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula (Ho), y se acepta Hipótesis alterna (Ha).

**Tabla N° 2. Diferencia de Medianas entre el Pos- test y el Pre- test del Grupo Control, en las fases de Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación**

	VALORACIÓN TOTAL	DIAGNÓSTICO TOTAL	PLANEACIÓN TOTAL	EJECUCIÓN TOTAL	EVALUACIÓN TOTAL
U de Mann-Whitney	183,500	188,000	199,500	193,000	198,000
W de Wilcoxon	393,500	398,000	409,500	403,000	408,000
Z	-,450	-,325	-,014	-,191	-,054
Sig. asintótica (bilateral)	,652	,745	,989	,848	,957
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,659	,758	,989	,862	,968

**Fuente: Base de datos de la encuesta aplicada.**

En la tabla 2, se observa que no existen diferencias significativas en la fase de Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación en las mediciones de pre- test y pos-test en los profesionales de enfermería que hicieron parte del grupo control. En tanto, que en la fase de Valoración el valor  $p=.659$ ; en la fase de Diagnóstico el valor de  $p=.758$ ; en la fase de Planeación el valor de  $p=.989$ ; en la fase de Ejecución el valor de  $p=.862$ ; en la fase de Evaluación el valor de  $p=.968$ , cumpliéndose así que  $p < \alpha$  ( $p > 0.05$ ).

Por lo tanto, teniendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis alterna, se la acepta la hipótesis nula concluyendo: que no existe diferencias significativas en los resultados de las variables de Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación entre las mediciones en el grupo control.

Esto quiere decir que en los profesionales de enfermería que no participaron del programa educativo, no presentaron cambios en ninguna de las fases para la gestión del cuidado.

**Tabla N° 3. Diferencia de Medianas entre el Pos- test y el Pre- test del Grupo con Intervención, en las fases de Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.**

	VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
U de Mann-Whitney	61,500	39,500	92,500	127,000	120,500
W de Wilcoxon	271,500	249,500	302,500	337,000	330,500
Z	-3,635	-4,235	-2,744	-1,791	-1,965
Sig. asintótica (bilateral)	,000	,000	,006	,073	,049

Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,000	,000	,005	,079	,050
--	------	------	------	------	------

**Fuente: Base de datos de la encuesta aplicada.**

Por otra parte, en la tabla 3, se observa que los profesionales de enfermería que hicieron parte del grupo con intervención (los que participaron del programa educativo) si existen diferencias significativas en la fase de valoración, diagnóstico, planeación, entre las mediciones del pre-test y pos-test. En tanto que, para la fase de Valoración el valor  $p=.000$ ; para la fase de Diagnóstico el valor de  $p=.000$ ; y para la fase de Planeación el valor de  $p=.005$ . Cumpliéndose así que  $p < \alpha$  ( $p < 0.05$ ). Confirmando así que existen diferencias significativas entre las mediciones en estas fases.

En cuanto a las fases de Ejecución y Evaluación, para este mismo grupo el valor de  $p=.879$ , y  $p=.050$ , respectivamente, lo que confirma que no existe diferencias significativas entre ambas mediciones.

### **Hipótesis específica 1**

Ho: No Existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo "*Proceso Enfermero e identidad profesional*", en Valoración que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

Ha: Existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo "*Proceso Enfermero e identidad profesional*", en la Valoración que los

profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

***Regla de decisión***

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ ). Y, se acepta  $H_a$

**Tabla N° 4. Diferencia de medianas entre el pre-test y el pos-test del grupo con intervención, para las dimensiones de la fase de valoración**

	Observación de enfermería	Entrevista	Valoración física	Modelo de enfermería para la valoración	Otras fuentes para la recolección de los datos	Información recogida es veraz	Agrupar y organiza la información obtenida
U de Mann-Whitney	128,000	156,500	141,000	78,000	119,500	112,000	117,500
W de Wilcoxon	338,000	366,500	351,000	288,000	329,500	322,000	327,500
Z	-2,216	-1,035	-1,751	-3,259	-2,115	-2,706	-2,283
Sig. asintótica (bilateral)	,027	,301	,080	,001	,034	,007	,022
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	<b>,084</b>	<b>,351</b>	<b>,175<sup>b</sup></b>	<b>,001</b>	<b>,047</b>	<b>,028</b>	<b>,041</b>

**Fuente: Base de datos de la encuesta aplicada.**

A través de la tabla 4, se comprueba que existe diferencias significativas en los resultados entre el pre-test y pos-test en las siguientes dimensiones que pertenecen a la fase de valoración: Modelo de enfermería para la valoración, con un valor  $p=.001$ ; otras fuentes para la recolección de los datos, con un valor  $p = .047$ ; información recogida es veraz, con un valor  $p=.028$ ; agrupa y organiza la información obtenida, con un valor  $p=.041$ , cumpliendo de esta manera que  $p < \alpha$  ( $p < 0.05$ ).

Por otro lado, se demuestra que no existen diferencias significativas entre el pre test y post test en las dimensiones: Observación de enfermería, con un valor  $p=.084$ ; Entrevista, con un valor  $p=.351$  y Valoración Física, con un el valor  $p=.175$  y se cumple que  $p > \alpha$  ( $p < 0.05$ ).

### **Hipótesis específica 2**

Ho: No Existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*” en el Diagnóstico que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

Ha: Existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*” en el Diagnóstico que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

### ***Regla de decisión***

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

**Tabla N° 5. Diferencia de medianas entre el pre-test y el pos-test del grupo con intervención, para las dimensiones de la fase de Diagnóstico**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintótica (bilateral)	Significación exacta [2*(sig. unilateral)]
Revisa la información obtenida	133,000	343,000	-1,864	,062	,113
Compara los datos obtenidos con los estándares	128,000	338,000	-1,917	,055	,084

Agrupar los datos para generar hipótesis	127,500	337,500	-1,932	,053	,079
Identifica problemas reales o potenciales	142,500	352,500	-1,572	,116	,184
Conoce los DE, de enfermería de la NANDA	81,000	291,000	-3,196	,001	,002
Considera importante los DE	101,500	311,500	-2,665	,008	,012
Identifica los componentes de un DE	41,500	251,500	-4,400	,000	,000
Conoce los diferentes tipos de DE	35,000	245,000	-4,612	,000	,000
Formula DE, de acuerdo a la taxonomía NANDA	103,000	313,000	-2,512	,012	,014
Planifica los cuidados con base a DE	83,000	293,000	-3,110	,002	,002
Registra los DE	95,000	305,000	-2,783	,005	,007
Equipo conoce los Diagnóstico que enfermería elabora	82,000	292,000	-3,193	,001	,002

**Fuente: Base de datos de la encuesta aplicada.**

En la tabla 5, se evidencia que existe diferencias significativas en los resultados entre el pre-test y pos-test en las dimensiones de la fase de DE, específicamente en las dimensiones: Conoce los DE según la taxonomía NANDA, con un valor  $p=.002$ ; considera importante los DE, con un valor  $p=.012$ ; identifica los componentes de un DE, con un valor  $p=.000$ ; conoce los diferentes tipos de DE, con un el valor  $p=.000$ ; formula DE de acuerdo a la taxonomía NANDA, con un valor  $p=.014$ ; planifica los cuidados con base a diagnósticos de enfermería, con un valor  $p=.002$ ; registra los DE, con un valor  $p=.007$ ; el equipo conoce los DE elaborados, con un el valor  $p=.002$ ; y se cumple que  $p < \alpha$  ( $p < 0.05$ ).

Por otro lado, se identifica que no existen diferencias significativas entre el pre test y pos test en las dimensiones de la fase de diagnóstico: revisa la información obtenida, con un valor  $p = .113$ ; compara los datos obtenidos con los estándares, con un valor  $p = .084$ ; agrupa los datos para generar hipótesis, con un valor  $p = .079$ ; e

identifica problemas reales o potenciales, con un el valor  $p = .184$  y se cumple que  $p > \alpha$  ( $p < 0.05$ ).

### Hipótesis específica 3

Ho: No existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, en la Planificación que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

Ha: Existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, en la Planificación que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

### Regla de decisión

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

**Tabla N° 6. Diferencia de medianas entre el pre-test y el pos-test del grupo con intervención, para las dimensiones de la fase de Planeación.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintótica (bilateral)	Significación exacta [2*(sig. unilateral)]
Establece una secuencia para abordar los Dx	112,500	322,500	-2,235	,025	<b>,028</b>
Establece objetivos/resultados por cada diagnóstico de enfermería	101,000	311,000	-2,571	,010	<b>,012</b>
Formula resultados esperados basado en la taxonomía NOC	109,500	319,500	-2,362	,018	<b>,022</b>

Registra los resultados esperados	109,000	319,000	-2,376	,017	<b>,022</b>
Redacta las intervenciones según la clasificación NIC	104,000	314,000	-2,506	,012	<b>,015</b>
Redacta intervenciones de acuerdo a los objetivos planeados	119,500	329,500	-2,049	,040	<b>,047</b>
Redacta intervenciones de acuerdo a los Dx médicos	170,500	360,500	-,566	,572	,588
Reconoce las intervenciones Dependientes, interdependientes, independientes	120,000	330,000	-2,064	,039	<b>,050</b>
Delega intervenciones al auxiliar de enfermería	181,500	391,500	-,258	,797	,813
Identifica alguna clasificación intervenciones delegables	187,000	397,000	-,086	,931	,945
Supervisa intervenciones delegada	154,500	364,500	-1,114	,265	,322
Redacta y registra el plan de cuidados	128,500	338,500	-1,880	,060	,084
Comunica el plan de enfermería al equipo de salud	163,500	373,500	-,834	,404	,461

**Fuente: Base de datos de la encuesta aplicada.**

En la tabla 6, se puede inferir que existe diferencias significativas en los resultados entre el pre-test y pos-test en las dimensiones de la fase de Planificación: establece una secuencia para abordar los diagnósticos, con un valor  $p = .028$ ; establece objetivos por cada DE, con un valor  $p=.012$ ; formula resultados esperados basado en la taxonomía NOC, con un valor  $p=.022$ ; registra los resultados esperados, con un valor  $p=.022$ ; redacta las intervenciones según la clasificación NIC, con un valor  $p=.015$ ; redacta intervenciones de acuerdo a los objetivos planeados con un valor  $p=.047$ , y se cumple que  $p < \alpha$  ( $p < 0.05$ ).

Por otro lado, se observa que no existen diferencias significativas en la el pre-test y pos-test en las dimensiones de la fase de diagnóstico: redacta intervenciones de acuerdo a los diagnósticos médicos, con un valor  $p=.588$ ;

reconoce las intervenciones dependientes, interdependientes, independientes, con un valor  $p=.050$ ; delega intervenciones al auxiliar de enfermería, con un valor  $p=.813$ ; identifica alguna clasificación intervenciones delegables, con un valor  $p=.945$ ; supervisa intervenciones delegada, con un valor  $p=.322$ ; y comunica el plan de enfermería al equipo de salud, con un valor  $p = .461$  y se cumple que  $p > \alpha$  ( $p < 0.05$ ).

#### **Hipótesis específica 4**

Ho: No Existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, en la Ejecución que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

Ha: Existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, en la Ejecución que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

#### **Regla de decisión**

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

**Tabla N° 7. Diferencia de medianas entre el pre-test y el pos-test del grupo con intervención, para las dimensiones de la fase de Ejecución**

	Antes de ejecutar el plan Valora el paciente y actualiza datos	Cumple con las NIC planeadas	Registra las actividades realizadas en la historia clínica	Registra respuestas del paciente al plan de cuidados
U de Mann-Whitney	139,000	148,000	167,500	147,000
W de Wilcoxon	349,000	358,000	377,500	357,000
Z	-1,557	-1,491	-,695	-1,247
Sig. asintótica (bilateral)	,119	,136	,487	,213
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,158	,247	,531	,235

**Fuente: Base de datos de la encuesta aplicada.**

Con la tabla 7 se puede deducir que no existen diferencias significativas en los resultados entre el pre-test y pos-test en las dimensiones de la fase de Ejecución: antes de ejecutar el plan valora el paciente y actualiza datos, con un valor  $p = .158$ ; cumple con las NIC planeadas, con un valor  $p = .247$ ; registra las actividades realizadas en la historia clínica, con un valor  $p = .531$ ; registra respuestas del paciente al plan de cuidados, con un el valor  $p = .235$ , y se cumple que  $p > \alpha$  ( $p < 0.05$ ).

### **Hipótesis específica 5**

Ho: No Existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, en la Evaluación que los profesionales de enfermería realizan para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia, 2018.

Ha: Existen diferencias significativas en la efectividad del programa educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, en la fase de Evaluación que los profesionales de enfermería asistenciales realizan para la gestión del cuidado en una clínica de Medellín, Colombia 2018.

### Regla de decisión

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ ). Y, se acepta  $H_a$

**Tabla N° 8. Diferencia de medianas entre el pre-test y el pos-test del grupo con intervención, para las dimensiones de la fase de Evaluación**

	Valora si se han cumplido los objetivos	Valora situación actual del paciente con los resultados deseables	Evalúa el plan para mantenerlo, modificarlo o finalizarlo	Registro de cumplimiento o modificaciones del plan
U de Mann-Whitney	144,000	157,500	133,000	115,000
W de Wilcoxon	354,000	367,500	343,000	325,000
Z	-1,361	-,999	-1,657	-2,155
Sig. asintótica (bilateral)	,174	,318	,097	,031
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,204	,365	,113	,035

**Fuente: Base de datos de la encuesta aplicada.**

Los resultados que muestra la tabla 8, informan que existen diferencias significativas en los resultados entre el pre-test y pos-test en las dimensiones de la fase de Evaluación: registro de cumplimiento o modificaciones del plan con un el valor  $p=.035$ , y se cumple que  $p < \alpha$  ( $p < 0.05$ ).

Por otro lado, no existen diferencias significativas en los resultados entre el pre-test y pos-test en las dimensiones de la fase de evaluación: valora si se han

cumplido los objetivos con un el valor  $p=.204$ ; compara la situación actual del paciente con los resultados deseables con un valor  $p=.365$ ; evalúa el plan para mantenerlo, modificarlo o finalizarlo con un valor  $p=.113$ ; y se cumple que  $p > \alpha$  ( $p < 0.05$ ).

## **Discusión**

Respecto al objetivo general de este estudio orientado a determinar la efectividad del programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*”, en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería, los resultados obtenidos en la tabla 4 dan evidencia de la validez del programa en tanto se presentaron diferencias significativas entre las mediciones del pre-test y pos-test en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), específicamente en la fases de valoración ( $p = .000$ ); Diagnóstico ( $p = .000$ ); y Planeación ( $p = .005$ ). Datos que se contrastan con los encontrados por Agyeman y Ameyaw (2018) en su trabajo investigativo “Non-application of the nursing process at a hospital in Accra, Ghana”, quienes concluyen que las enfermeras investigadas admiten que su cuidado y la gestión del mismo se basa en las órdenes médicas y no en el –PAE-, lo que implica la ausencia en la implementación de conocimientos teóricos propios de la disciplina de enfermería en el entorno clínico, dependiendo así de la decisión de otros profesionales de la salud para el cuidado.

De acuerdo con Mbithi et al., (2018), en su investigación “Assessing barriers to implementation of nursing process among nurses working at a tertiary hospital in Kenya”, son múltiples las barreras que impiden la implementación del PAE en las

instituciones de salud. Entre ellas se encuentran aspectos no intervenibles como los sociodemográficos: edad y años de experiencia (a menor edad y años de experiencia más probabilidad de aplicar el PAE) y aspectos intervenibles como: entrenamiento en el tema, recursos, herramientas y evaluaciones institucionales, además del reconocimiento de la importancia del PAE por parte de la organización. A esta conclusión también llegaron Adeleke et al., (2013), en su trabajo “Evaluation of the utilization of nursing process and patient outcome in psychiatric nursing: Case study of psychiatric Hospital Rumuigbo, Port Harcourt”, quienes resaltan que algunas condiciones laborales son causales asociadas para la no implementación del –PAE– como el exceso de trabajo, la falta de tiempo y la tediosa documentación que acompaña su aplicación.

El proceso enfermero, no solo garantizan cuidados óptimos al paciente, sino que además dinamizan a toda la institución de salud, tanto así que Chiluisa (2014), en su tesis “Modelo de gestión del cuidado de enfermería en el servicio de lactantes del hospital pediátrico Baca Ortíz”, resalta que la gestión a través de los cuidados de enfermería es fundamental en el funcionamiento de los servicios de salud y se estima que aproximadamente un 70% de la respuesta de salud corresponde a actividades de enfermería. Por tanto, la calidad de dichos cuidados tiene un impacto decisivo en la atención que proporciona el sistema de salud en su conjunto; lo que significa que para la clínica investigada, el balance es altamente positivo al tener profesionales comprometidos con aplicación de los planes de cuidado, después de la intervención educativa, resultados concordantes con los de Almeida et al., (2019) en

“Atitude dos enfermeiros de um hospital público de ensino quanto ao processo de enfermagem”, donde se halló que los enfermeros que tienen una actitud más favorable al PAE, probablemente son aquellos que están más involucrados con su aplicación y con el uso de lenguajes estandarizados, tal y como ocurrió con los participantes del presente estudio.

Diversos son los estudios que se han llevado a cabo para demostrar la importancia de la aplicación del PAE para la gestión del cuidado en el plano de la práctica profesional, no sólo para mejorar su calidad, sino para evidenciar la necesidad de su implementación en las instituciones de salud, en aras de hacer visible a la enfermería como disciplina, y para lograr que este método científico trascienda de la teoría en el claustro universitario, a la práctica del cuidado en el día a día de los hospitales y otros contextos donde la profesión tiene injerencia.

De hecho, Adeleke et al., (2013), en su trabajo investigativo “Evaluation of the utilization of nursing process and patient outcome in psychiatric nursing” hallaron una fuerte correlación entre la aplicación del – PAE- y la recuperación de pacientes, infiriendo que, la no aplicación del mismo por parte de las enfermeras es un indicador de inadecuada gestión y calidad del cuidado, pudiendo tener un impacto negativo en la salud. A partir de estos resultados se ratifica como lo expresa Morfi (2010), que la gestión del cuidado de enfermería se logra con la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como

producto final la salud y el bienestar de los individuos. El profesional de enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina inscritos en un método científico propio (PAE) y en unos modelos y teorías que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así mismo Zarate (2004), indica que la gestión del cuidado debe incluir la aplicación de instrumentos para la recolección de datos (valoración) de manera sistemática, sobre su experiencia en salud del paciente, el análisis reflexivo de los datos y la elaboración junto con el paciente y la familia de los objetivos de salud (planeación). El enfermero debe realizar el diagnóstico de enfermería que resume la respuesta de la persona a su experiencia en salud y la causa de esta respuesta. La planificación de las intervenciones requiere de la ciencia y el arte de enfermería, que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado.

Conjuntamente, el PAE, como lo destacan Johnson et al., (2018), posibilita documentar fácilmente la atención de enfermería, y, por tanto, la comunicación del profesional con los otros miembros del equipo de salud. En conclusión, para que la enfermera pueda realizar una adecuada gestión del cuidado requiere aplicar al proceso de pensamiento enfermero, o método científico llamado PAE enriquecido con teorías propias de la disciplina.

En este orden de ideas, Sá Mororó et al., (2017), sostienen que es necesario establecer estrategias para integrar la gestión y el cuidado, es decir, un modelo de gestión asociado a la atención, que propenda por la interacción, comunicación, toma

de decisiones y cooperación, que rijan las relaciones interpersonales establecidas por las enfermeras con los miembros de los equipos de salud y pacientes, evaluable a través de indicadores de calidad, especialmente aquellos relacionados con la seguridad del paciente.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que, el -PAE- surge de la necesidad de tener un método que responda a las necesidades propias de enfermería para abordar y tratar los fenómenos de su quehacer diario, convirtiéndose en el método científico que permite aplicar todo un marco teórico y filosófico de la profesión para la gestión del cuidado. Como lo sostienen Iyer (2008), Caballero, Becerra y Hullin (2010), La aplicación del PAE en la práctica, tiene consecuencias para la profesión de enfermería, para cada enfermero en particular, para la persona cuidada y para su familia.

A nivel de la profesión el -PAE- como herramienta de trabajo le permite al enfermero demostrar el alcance de la práctica, generar una mayor satisfacción laboral y potenciar su capacidad como profesional de la salud, le ahorra tiempo, energía, e incrementa las oportunidades de resolver los problemas de salud de las personas y experimenta un sentimiento de logro, alcanzando los objetivos establecidos, permitiendo así desarrollar una gestión de cuidado exitosa. Así mismo, para la persona cuidada es beneficioso porque estimula en él y en su familia la participación activa en los cuidados, permite su continuidad y favorece un ambiente seguro y terapéutico, propiciando así un cuidado de calidad que genera satisfacción de ambas partes, en quien cuida y en quien es cuidado.

Por otro lado, Luney (2011) en su investigación “Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos”, manifiesta que los profesionales de enfermería sólo pueden proporcionar cuidados de calidad, cuando tienen la suficiente inteligencia y dominan el razonamiento crítico que les permite utilizar el conocimiento enfermero para brindar el cuidado. Entendiendo entonces, el razonamiento crítico como una dimensión de la inteligencia de las enfermeras, necesaria para usar los elementos propios del cuidado de enfermería identificados en el PAE.

Por lo anterior, es mandatorio como lo indica Semachew (2018) en su trabajo investigativo *Implementation of nursing process in clinical settings: the case of three governmental hospitals in Ethiopia*”, que los hospitales establezcan y apoyen el proceso de atención de enfermería en sus servicios, y más, si los profesionales tienen una actitud positiva hacia el proceso de enfermería y lo consideran importante, como lo observaron Hagos et al., (2014), en “Application of Nursing Process and Its Affecting Factors among Nurses Working in Mekelle Zone Hospitals, Northern Ethiopia” y Almeida et al., (2019), en “Atitude dos enfermeiros de um hospital público de ensino quanto ao processo de enfermagem”.

Por otro lado, teniendo en cuenta el grado de contacto de las enfermeras con PAE, Almeida et al., (2019), observan que los elementos relacionados con la investigación, las clases, los eventos y el estudio tenían promedios bajos, lo que indica que las enfermeras tienen poca relación con el PAE por estos medios. En consecuencia, se puede inferir una falta de actualización y precario conocimiento

con respecto a este tema. La literatura ha demostrado que, aunque las enfermeras afirman tener tal conocimiento, todavía es incipiente. Cuando se les preguntó sobre esto, no saben cómo describir correctamente las fases del PAE y su secuencia, y no consideran que esta metodología de atención sea una prioridad.

Dado que se necesitan habilidades y conocimientos para organizar y utilizar el PAE, González y Monroy (2016) en su investigación “Innovación para la práctica, Proceso enfermero de tercera generación”, plantean que es urgente que las enfermeras basen su práctica en la evidencia científica (taxonomías), para calificar la planificación y el desarrollo de las actividades de enfermería, así como para obtener apoyo científico para la práctica. La falta de conocimiento sobre el PAE, señalada como la razón principal de la falta de compromiso o falta de desempeño en algunas instituciones, es un factor relevante que dificulta su implementación en los servicios de salud y avanzar hacia el PAE de tercera generación, que 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 encauzaban los cuidados de enfermería en la resolución de problemas del paciente o el mismo diagnóstico del paciente.

Los anteriores resultados ponen de manifiesto que la capacitación continua del personal en la utilización del PAE como herramienta laboral para la gestión del cuidado es necesaria para lograr un interés y ver la necesidad en su aplicación. Como lo ratifican Ramos et al., (2018), en su tesis “Educação permanente em saúde

e interface com a gestão do cuidado”, la educación permanente en salud mejora la gestión del cuidado y promueve su aplicación.

Díaz et al., (2015) en su trabajo investigativo “Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería”, concluyen que la aplicación del PAE, es transversal en toda la formación académica del profesional de enfermería, pero luego al iniciar su vida laboral, las dificultades que tiene para aplicar algunas de las etapas del proceso son evidentes. Esto mismo fue descrito por Rodríguez (2014), en su investigación “Manejo de herramientas de gestión y percepción del cuidado de enfermería en hospitales de Chachapoyas, Perú”, quien evidenció un manejo inadecuado o regular del PAE en la mayoría de los profesionales (96,9%), lo que redundaba en la percepción que tiene el paciente sobre el cuidado recibido.

Por esta razón Chaghari et al., (2017) en su trabajo *Empowering education: A new model for in-service training of nursing staff* afirman que la formación de enfermeros desempeña un papel indispensable en la mejora de la calidad de la atención hospitalaria. Así mismo Soares et al., (2016) en su publicación llamada “Nurses’ managerial knowledge in the hospital setting”, resaltan que, para que cualquier conocimiento sea real, es necesario ponerlo en práctica, y la educación continua es un aliado en este desafío, pues al profesional le corresponde como gerente de unidades o equipos, tomar decisiones que garanticen la calidad de la atención, por lo que deben desarrollar constantemente sus conocimientos.

Al abordar el tema de la aplicación del PAE en el ámbito hospitalario, es evidente la urgente necesidad de educación. De hecho, se ha documentado

ampliamente en esta y otras investigaciones las falencias que existen al respecto Taghavi y Saatchi (2019), Adeleke et al., (2013), Boaventura y Duran (2017), Hagos et al., (2014) y cómo la educación continua, ha permanecido a modo de estrategia efectiva para mejorar su conocimiento, aplicación y por tanto, la calidad del cuidado y seguridad del paciente.

Un ejemplo de esto es el impacto de la estrategia educativa llevada a cabo por Carriles et al., (2012) en su investigación “Efecto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería” en la cual se logró que el grupo de intervención hiciera integración diagnóstica, identificación de complicaciones reales o potenciales y colaboración con la terapéutica médica.

De la misma manera, Taghavi y Saatchi (2019) en su investigación “Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial”, lograron tras su intervención educativa que el uso de la NANDA aumentara de 26 a 434, infiriendo que el entrenamiento del sistema NNN puede mejorar la atención de enfermería relacionada con la seguridad del paciente en salas psiquiátricas, resultados que son coherentes con la investigación hecha en la institución de Medellín, en la que hubo una sustancial mejoría de la aplicación del PAE en todas sus fases, principalmente en lo que atañe a la valoración, diagnóstico y planificación.

Acerca del primer objetivo específico, determinar la efectividad del programa educativo, en la valoración que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería, los resultados obtenidos en la tabla 5 comprueban que después de participar de la intervención educativa, los enfermeros de esta institución, presentaron un cambio en la fase de valoración, debido a que se demostró diferencias significativas entre el pre-test y pos-test en las siguientes dimensiones que la componen: realiza la valoración con base en algún modelo de enfermería para la valoración ( $p=.001$ ); se apoya en otras fuentes para la recolección de los datos ( $p=.047$ ); se asegura que la información recogida es veraz ( $p=.028$ ); agrupa y organiza la información obtenida para lograr una imagen clara de la situación, ( $p=.041$ ), Por otro lado, no se demuestra diferencias significativas entre el pre test y pos test en las dimensiones: se apoya en la observación para recolectar los datos del estado de salud del paciente (valor  $p=.084$ ); Entrevista, ( $p=.351$ ) y se apoya en la valoración física para recolectar los datos del estado de salud ( $p=.175$ ), debido a que desde antes de realizar la intervención educativa, los profesionales de enfermería ya se apoyaban de estas dimensiones para hacer la valoración de los pacientes.

Estos datos se comparan con los encontrados por Castro et al., (2013) en su investigación “Nurses’ care and management actions in emergency trauma cases”, quienes verificaron que como consecuencia de una adecuada valoración del paciente, el enfermero puede gestionar la organización de la unidad, la coordinación y articulación de los equipos profesionales, movilización de recursos e

infraestructura necesaria, así como la cantidad de personal suficiente para brindar la atención adecuada.

Así mismo los resultados se pueden confrontar con lo que halló Lunney (2011), en su trabajo “Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudios de casos y análisis de enfermería”, quien documenta que las estructuras de valoración utilizadas para obtener los datos, deben representar un modelo de cuidado de enfermería para la práctica, ya que las estructuras basadas en otros modelos como los biomédicos no aportan los datos necesarios para el cuidado de enfermería. La información obtenida en la valoración se convierte en el piso que fundamenta la planificación del cuidado. Para obtener esos datos, se necesita un marco de valoración que aporte información sobre las respuestas de la persona a los problemas de salud y los procesos vitales a los que se enfrenta. En consonancia, autores como Adib-Hajbaghery y Safa (2013), en su investigación “Nurses' Evaluation of Their Use and Mastery in Health Assessment Skills: Selected Iran's Hospitals”, afirman que las habilidades del enfermero durante la valoración, son decisivas en la evaluación y determinación de los problemas de salud y las necesidades de cuidado de los pacientes. En consecuencia, tienen un papel crucial en el diseño de planes de atención de enfermería y la determinación de las intervenciones de enfermería. No obstante, hallaron en su estudio que las enfermeras usan sus habilidades de evaluación física, menos que el nivel deseado (87,25%), porque la mayoría informaron que no son competentes para hacerlo. Al respecto, la investigación concluye que esta condición puede estar arraigada en el

sistema educativo de enfermería, en la estructura centrada en el médico y en los sistemas de salud que lleva una descripción ambigua del que hacer de los profesionales.

La clave para que los enfermeros valoren al paciente de manera integral y no sólo desde su esfera física, puede radicar en la implementación de estrategias que faciliten esta fase. Por ejemplo, hacer uso de formatos sencillos que incluyan todos los aspectos necesarios en esta etapa del –PAE-, educación continua y sistemas de recompensa a quienes lo apliquen de manera adecuada, tal y como lo concluyó Thomas (2016), en su estudio “Attitude and Practice of Nurses Towards the use of Nursing Assessment Format” después de medir la actitud y aplicación de un formato para la valoración de enfermería en hospital de India, y como lo evidenció Mbithi et al, (2018), en su investigación “ Assessing barriers to implementation of Nursing process among nurses working at a tertiary hospital In Kenya., al medir las barreras en la implementación del PAE en un hospital de Kenia.

Por otro lado, Hagos et al., (2014) en su investigación “Application of Nursing Process and Its Affecting Factors among Nurses Working in Mekelle Zone Hospitals, Northern Ethiopia” determinó la falta de conocimiento como otro motivo para no aplicar la valoración de enfermería, al encontrar que 97% de los enfermeros no sabían cómo realizarla. Tal premisa se constata con los resultados positivos de la presente investigación, al observar que, tras el programa educativo, los enfermeros mejoraron en competencias relacionadas con la recolección, agrupación y

organización de la información obtenida para lograr una imagen clara de la situación, dentro de la valoración del paciente.

Con estos resultados se afirma que la aplicación de un programa educativo fundamentado en el PAE, contribuye a una adecuada valoración del paciente por parte de enfermería. En este sentido Henderson (2018) ratifica que el profesional de enfermería debe valorar al paciente identificando la satisfacción de 14 necesidades básicas. Después de valorar totalmente la primera necesidad pasa a las siguientes hasta completarlas todas y al finalizar este proceso de valoración debe analizar los datos recogidos, lo que implica poseer conocimientos sobre lo que es normal o no del estado de salud de las personas, a fin de identificar lo que no está satisfecho.

No obstante, Luis Rodrigo (2005) afirma que esta fase de valoración a su vez debe desarrollarse en cuatro pasos que incluyen: recogida, validación, organización y registro de los datos. Con ello se pretende situar los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse del paciente, organizarlos, clasificarlos, y determinar en cada caso cuales son relevantes y cuales carecen de valor, determinar si los comportamientos anteriores y actuales de la persona para satisfacer sus necesidades son adecuados y suficientes de acuerdo con su situación vivida, e identificar cuales apuntan a un problema propio de enfermería o indican la existencia de un problema que deba ser tratado en colaboración con otro profesional.

Con relación al segundo objetivo específico de la investigación encaminado a determinar la efectividad del programa educativo, en el diagnóstico que plantean los profesionales para el cuidado de enfermería, los resultados presentados en la en

la tabla 6, dan validez de que el programa educativo fue efectivo, en tanto que los profesionales de enfermería participantes asumieron cambios en la fase de diagnóstico. Esto se demostró en las diferencias significativas presentadas entre los datos del pre-test y pos-test, específicamente en las dimensiones: Conoce los DE según la taxonomía NANDA ( $p=.002$ ); considera importante formular DE para la ejecución de los cuidados ( $p=.012$ ); identifica los componentes de un DE ( $p=.000$ ); conoce los diferentes tipos de DE (valor  $p=.000$ ); formula DE de acuerdo a la taxonomía NANDA (valor  $p=.014$ ); planifica los cuidados con base a diagnósticos de enfermería ( $p=.002$ ); registra los DE (valor  $p=.007$ ); el equipo que participa del cuidado del paciente conoce los DE elaborados ( $p=.002$ ). Cabe señalar que, a pesar de la importancia de esta fase en el PAE, se pudo determinar que antes de aplicar la intervención educativa, ningún profesional formulaba diagnósticos enfermeros basados en la NANDA, por lo que no se planificaba los cuidados con base en ellos, y mucho menos, los comunicaban al equipo que participaba del cuidado del paciente.

En conexión con los resultados anteriormente presentados, Luis Rodrigo (2005), afirma que los profesionales de enfermería en esta etapa deben poseer los criterios necesarios para decidir si hay desviación o no de las normas esperadas del paciente. Si la respuesta es afirmativa, pueden analizar los datos, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas y formular los problemas detectados y plantearlos en términos de DE para añadir información sobre las experiencias de salud del paciente, de la familia o la comunidad y para guiar las acciones hacia los

cuidados de enfermería correspondientes. El objetivo principal del diagnóstico de enfermería es nombrar las respuestas humanas y los procesos vitales para los que se proporcionan las intervenciones apropiadas. El proceso diagnóstico es una función altamente compleja. Para unas personas puede desarrollarse con mayor facilidad que para otras; no obstante, es posible mejorarla mediante el ejercicio repetido y sistemático del juicio clínico. El talento innato es uno de los factores que influye en la capacidad de las personas para el razonamiento crítico y por consiguiente con el razonamiento diagnóstico; pero, existen otros factores como los personales y situacionales.

Según Luney (2011) la clasificación de DE según la taxonomía NANDA, representa las respuestas humanas ante los problemas de salud y los procesos vitales que se presentan en las personas, tales respuestas reciben nombre para orientar los cuidados de enfermería y comunicar a otros el objetivo de esos cuidados. Por último, Nogueira et al., (2015) comentan que esta fase es parte fundamental del cuidado, requiere el conocimiento del enfermero sobre sus pacientes y permiten la planificación de acciones necesarias para brindar atención humanizada y calificada.

A pesar de su importancia, Agyeman y Ameyaw (2018) en su investigación: “Non-application of the nursing process at a hospital in Accra, Ghana: lessons from descriptive research”, encontraron que los profesionales de enfermería en estudio no planificaban la atención de sus pacientes de manera sistemática y organizada a pesar de haber sido formados para ello, por el contrario, elegían proporcionar el cuidado

sin ningún plan de atención formal como guía, sin utilizar diagnósticos propios de la disciplina.

Por otro lado Almeida et al., (2019) en su estudio “Atitude dos enfermeiros de um hospital público de ensino quanto ao processo de enfermagem” evidenciaron que el profesional prefiere no usar los DE porque no los conocen, no los encuentran útiles, creen que no tienen tiempo para su uso, los encuentran difíciles de usar; declaran que el contenido de las clasificaciones no incluye la realidad de los pacientes tratados.

Así mismo Hagos et al., (2014) en su trabajo investigativo “Application of nursing process and its affecting factors among nurses working in Mekelle zone hospitals, Northern Ethiopia” indicaron la causa de la poca utilización de los DE enfermería, basada en falta de conocimientos para hacerlo, pues sólo 30% de los encuestados sabían sobre los diagnósticos reales o focalizados en el problema y 24% conocían los de riesgo. Entre tanto, Semachew (2018) en la investigación “Implementation of nursing process in clinical settings: the case of three governmental hospitals in Ethiopia,”, develó que en 107 historias clínicas, es decir 31.7% no tenían diagnóstico de enfermería y 185 enfermeros (54.7%), declararon que su plan de atención se basaba en la prioridad; datos un poco inferiores a los obtenidos en este estudio luego de realizar la intervención educativa en la institución de salud en Medellín.

En ese sentido, el empleo de los DE, también importantes para la gestión del cuidado, son el aspecto más olvidado y quizá temido por los profesionales, como

observaron Taghavi y Saatchi (2019), en su investigación “Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial”, al tal punto que aunque los enfermeros los consideran importantes, no están adecuadamente capacitados para formularlos, y como lo sostienen Hidayat y Kes (2015), en su trabajo titulado “Model documentation of assessment and nursing diagnosis in the practice of nursing care management for nursing students”, mientras que el diagnóstico médico implica un sistema de clasificación bien aceptado por los médicos, el diagnóstico de enfermería no ha sido ampliamente aceptado por los enfermeros.

Lo anterior puede traer como consecuencia, lo hallado por Akkurt Yalcinturk et al., (2018) en un estudio realizado en Turquía llamado “Nursing Diagnoses of the Patients Who Have Been Treated in Acute Psychiatry Clinics in the Recent Year”, donde los DE usados se redactaron de manera inadecuada, sin seguir la taxonomía NANDA y muchos eran confundidos con problemas de colaboración y orientados sólo a la esfera fisiológica del paciente. No obstante, se pudo demostrar que la educación, revierte esta negativa realidad, como se pudo corroborar en el hospital iraní, cuando después del entrenamiento que se hizo en el marco un ensayo clínico controlado, el número de DE utilizados pasó de 22 a 202. Aunque estudios como el de Almeida et al., (2019), publicado como “Atitude dos enfermeiros de um hospital público de ensino quanto ao processo de enfermagem”, muestran aún mayor adherencia a los DE (83.2%).

Por tanto, se reitera la necesidad de la educación continua en este sentido, pues luego de ella, de acuerdo con el presente estudio, los enfermeros mejoraron en aspectos relacionados con el conocimiento e importancia de los DE, identificación de los diferentes tipos y sus componentes. En este sentido, Aasen et al., (2015) en su estudio “Implementation of free text format nursing diagnoses at a University Hospital’s Medical Department. Exploring nurses’ and nursing students’ experiences on use and usefulness” relatan cómo una vez introyectado este paso (DE), los profesionales y estudiantes describen experiencias positivas sobre su uso y utilidad, debido a que promueve el proceso de diagnóstico, mejora el pensamiento crítico, promueve la reflexión y la discusión, aunque su formulación sea difícil.

De acuerdo al tercer objetivo específico, determinar la efectividad del programa educativo en la planeación que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería, los resultados obtenidos en la tabla 7 evidencian que el programa educativo fue efectivo, en la medida que se demostró que los enfermeros de la institución realizaron cambios en la fase de planificación al comparar los resultados entre el pre-test y pos-test específicamente en las dimensiones: establece una secuencia para abordar los diagnósticos ( $p=.028$ ); establece objetivos por cada DE ( $p=.012$ ); formula resultados esperados basado en la taxonomía NOC ( $p=.022$ ); registra los resultados esperados ( $p=.022$ ); redacta las intervenciones según la clasificación NIC ( $p=.015$ ); redacta intervenciones de acuerdo a los objetivos planeados ( $p=.047$ ). Situación que coincide con Agyeman (2018), en la investigación “Non-application of the nursing process at a hospital in Accra, Ghana:

lessons from descriptive research”, quien halló que los enfermeros orientaban el cuidado basados en indicaciones médicas.

Los resultados obtenidos en el presente estudio son más discretos que los obtenidos por Taghavi y Babak (2019), en su tesis “Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: a randomized controlled trial”, un ensayo clínico controlado, que permitió evidenciar la baja utilización del sistema NNN antes de una intervención educativa, tanto en el grupo control como en el experimental y en el que luego de aplicar dicha estrategia, la frecuencia de uso se incrementó considerablemente, de modo que el número de DE según la taxonomía NANDA utilizados aumentó de 22 a 202 veces; los resultados esperados según la taxonomía NOC de 0 a 88 y las intervenciones de enfermería según las taxonomías NIC de 4 a 144 veces. Desde el punto de vista estadístico, la prueba t de muestras pareadas mostró una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) entre las medias antes y después de la intervención, deduciendo que, el entrenamiento puede mejorar la atención de enfermería en relación a la calidad y seguridad del paciente.

A esta conclusión también llegó Mello et al., (2015) en su investigación “Applicability of the Nursing Outcomes Classification (Noc) to the Evaluation of cancer patients with acute or chronic pain in palliative care”. Esta vez con la aplicación de los NOC relacionados con el manejo del dolor en pacientes con cáncer en cuidados paliativos, tras lo cual observaron diferencias estadísticas entre la primera y la última evaluación de indicadores y resultados como dolor informado y

duración de los episodios de dolor, nivel de dolor, relaciones sociales, bienestar, signos vitales, factores causales y control del dolor. Además, las puntuaciones en la satisfacción del cliente y voluntad de vivir fueron aumentando de manera constante, infiriendo así que los pacientes y sus familias estaban satisfechos con las intervenciones de enfermería proporcionadas para controlar el dolor, promover el bienestar físico y psicológico.

En contraste, un estudio realizado por Lee (2019) titulado “Use of the Nursing Outcomes Classification for falls and fall prevention by nurses in South Korea”, demostró que los enfermeros sí utilizan los NOC para planificar los cuidados, no obstante se inclinan por algunos pocos aunque existan más para el DE detectado en el paciente. En definitiva, Lee concluye que se deben desarrollar estrategias más diversas para mejorar el desempeño y las evaluaciones de resultados; asimismo, plantea que los enfermeros deben participar plenamente en las evaluaciones de resultados, porque se reconocen sus contribuciones a los efectos positivos de la salud de los pacientes.

Por otro lado, Abreuet al., (2014) en su investigación “Validation of indicators of the nursing outcomes classification for hospitalized adults at risk of infection” enfatizan que sólo establecer el DE es insuficiente para ver todas las necesidades del paciente. Entonces, para obtener resultados deseados y satisfactorios en él, es necesario relacionar las intervenciones y establecer qué resultados se deben lograr. Esto reafirma la necesidad de implementar estrategias

que favorezcan su uso en las instituciones, como su articulación con los programas informáticos e historia clínica electrónica.

Los resultados del estudio entonces, hacen evidente la necesidad de planificar los cuidados ajustándose a las necesidades del individuo, como lo concibe Henderson (1996). Todo lo que se planea debe registrarse y actualizarse cada vez que sea necesario. En ese mismo sentido, Luis Rodrigo y Fernández (2008) afirman que la planeación se convierte en una etapa importante de los cuidados que permite diversos pasos consecutivos que van desde el establecimiento de prioridades (priorizar entre varios problemas el que debe abordarse en primer lugar), la formulación de objetivos o resultados esperados, la determinación de intervenciones y actividades de cuidado de enfermería, hasta llegar al registro del plan de cuidados.

A propósito, Johnson et al., (2018) resaltan que la planificación de la atención es una parte esencial de la práctica de enfermería y llevarla a cabo en el marco del lenguaje estandarizado garantiza un examen más detallado. Su documentación es la evidencia de la atención que se brinda al paciente utilizando los elementos de la enfermería basada en la evidencia. Esta fase de planeación siempre ha estado incluida en el PAE. El primer paso consistió en seleccionar las expectativas de resultado más apropiadas para el paciente. Hoy estas expectativas se expresan a través de los resultados NOC (Nursing Outcomes Classifications), mediciones estandarizadas sensibles a los cambios de la calidad de los cuidados que se basan en la investigación.

Una de las principales razones para utilizar un lenguaje enfermero estandarizado (NANDA, NOC, NIC) es comunicar el plan o razonamiento de enfermería a los demás. La comunicación es esencial como medio de interacción con los pacientes, otros enfermeros y demás equipo de salud. El razonamiento enfermero debe comunicarse a todos los que puedan trabajar juntos hacia los mismos objetivos. La colaboración es la forma más eficaz de conseguir los resultados, ya que muchos están trabajando con unos objetivos similares.

Por último Lunney (2011) explica que tradicionalmente las intervenciones de enfermería se identifican en la fase de planificación del PAE, expresadas en diversas formas. Al desarrollar la clasificación NIC (Nursing interventions Classifications), se hizo posible describir los cuidados para diferentes situaciones clínicas complejas al elegir muchos tipos de intervenciones que se pueden usar para más de un diagnóstico.

Según el cuarto objetivo específico, determinar la efectividad del programa educativo, en la ejecución que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería, los resultados obtenidos en la tabla 8 demuestran que el programa educativo no fue efectivo en tanto no se presentaron diferencias significativas en los resultados entre el pre-test y pos-test en las dimensiones de la fase de Ejecución: antes de ejecutar el plan valora el paciente y actualiza datos ( $p=.158$ ); cumple con las NIC planeadas ( $p=.247$ ); registra las actividades realizadas en la historia clínica ( $p=.531$ ); registra respuestas del paciente al plan de cuidados ( $p=.235$ ). Dicho de otro modo, los enfermeros y enfermeras de la clínica no mostraron un cambio en la

fase de ejecución, para la gestión del cuidado. Pero como se vio en los resultados de la planeación ningún profesional realizaba el cuidado aplicando intervenciones clasificadas por la taxonomía NIC. Datos que concuerdan con lo que menciona, Taghavi y Saatchi (2019), en su estudio “Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial”. Allí se evidenció que el uso de las NOC y NIC era prácticamente nulo antes de su estrategia de formación y su uso se incrementó de cuatro a 144 después de la actividad educativa.

Por otro lado en el estudio titulado “Use of the nursing intervention classification for identifying the workload of a nursing team in a surgical center” y publicado por Possari et al., (2015), se encontró que la productividad del equipo de enfermería alcanzó el 95,34%, gracias a que con el uso de las NIC, se contribuye a la discusión sobre niveles adecuados de personal de enfermería profesional en relación a la distribución de la carga de trabajo. De igual forma Wakefield et al (2013) en su trabajo titulado “Nursing Interventions in a telemonitoring program” hacen descripciones detalladas que facilitan el análisis de las contribuciones únicas de las enfermeras a partir de la planeación y ejecución en el cuidado del paciente.

Por tanto, es de resaltar que el grupo de enfermeros estudiados en la institución de Medellín, tengan el excelente hábito de valorar al paciente antes de ejecutar su plan, cumplir con las intervenciones que planifican y registrar tanto las actividades realizadas en la historia clínica, como las respuestas del paciente al plan

de cuidados. De este hecho parte que Henderson (1966) legitime en esta fase de ejecución, la importancia del papel del enfermero al ayudar al paciente a realizar actividades para mantener la salud, recuperarse de una enfermedad o conseguir una muerte tranquila. Es la puesta en práctica del plan de intervención que se propone para cada individuo según sus condiciones fisiológicas, la edad, el nivel cultural, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

En cuanto a la planeación en la gestión del cuidado, resulta ser una piedra angular, porque permite organizar el trabajo, de tal manera que se pueda medir el impacto y resultados del cuidado en los individuos; si se planea el cuidado se puede monitorear y adecuar las actividades según las necesidades del paciente y dar continuidad a las mismas, optimizando los recursos tanto materiales como humanos, sin sacrificar la calidad humana, científica y técnica al servicio de los pacientes. Por ello, Soares et al., (2016) en su investigación “Nurses’ managerial knowledge in the hospital setting”, ratifican que la planificación y organización son habilidades gerenciales cruciales para la práctica diaria de las enfermeras. Por ello, el no establecer un plan, no solo ocasiona desperdicio de recursos de todo tipo, sino que de manera inevitable, se brinda una atención supeditada a las rutinas y órdenes médicas, diluyendo como consecuencia, la labor de la enfermería como ciencia y disciplina, como lo corroboraron Agyeman y Ameyaw (2018) en su investigación llamada “Non-application of the nursing process at a hospital in Accra, Ghana: lessons from descriptive research”.

Los resultados de la presente investigación comprueban que enfermería planea, pero no lo documenta, borrando así la evidencia de su gestión. Tal situación puede corregirse a través de la educación, pues después del programa ejecutado, se logró que los participantes establecieran una secuencia para abordar los diagnósticos elaborados, formularan los resultados esperados, redactaran las intervenciones, el plan de cuidados y los comunicaran al equipo de salud, todo ello, haciendo uso del lenguaje estandarizado, con lo cual se pudo visibilizar la gestión hecha en los servicios.

Según Luis Rodrigo et al., (2005), durante la ejecución el profesional de enfermería pone en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos. Utilizando la terminología de la clasificación de intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification), la ejecución consiste en hacer y registrar las actividades o acciones de enfermería específicas y necesarias para llevar a cabo las intervenciones. El profesional realiza o delega la realización de estas actividades derivadas de las intervenciones que se formulan en la planeación y concluye la ejecución registrando las actividades realizadas y las respuestas del paciente.

En consecuencia, Berman y Snyder (2013) exponen que en esta fase el enfermero debe: realizar una nueva valoración del paciente, determinar la necesidad de intervención del profesional, ejecutar las intervenciones de enfermería correspondientes, supervisar los cuidados delegados y por último registrar tanto las intervenciones ejecutadas como las respuestas del paciente.

Según el quinto objetivo específico, determinar la efectividad del programa educativo en la evaluación que realizan para el cuidado los profesionales de enfermería, los resultados obtenidos en la tabla 9, advierten que el programa educativo no fue efectivo debido a que no se presentaron diferencias significativas en los resultados entre el pre-test y pos-test en las dimensiones de la fase de Evaluación: valora si se han cumplido los objetivos ( $p=.204$ ); compara la situación actual del paciente con los resultados deseables ( $p=.365$ ); evalúa el plan para mantenerlo, modificarlo o finalizarlo ( $p=.113$ ). Solo se presentó cambio en la dimensión: registro de cumplimiento o modificaciones del plan ( $p=.035$ ). Datos que coinciden con los presentados por Adeleke et al., (2013) en su investigación titulada “Evaluation of the utilization of nursing process and patient outcome in psychiatric nursing: Case study of psychiatric Hospital Rumuigbo, Port Harcourt” quienes encontraron que a pesar de sus beneficios, muchas enfermeras aún no comprenden completamente ni ponen en práctica el PAE. Por ejemplo, en el estudio “Implementation of nursing process in clinical settings: the case of three governmental hospitals in Ethiopia”, de Semachew (2018); se documentó que, en tres hospitales de Etiopía, el 53% de las enfermeras no evaluó sus intervenciones y se demostró que por un lapso de tres años, en el día de admisión de los pacientes que la fase de evaluación sólo se cumplía entre el 15.4% en 2016 a 17.4% en 2014, en todos los servicios analizados.

A partir de estos resultados se afirma que el PAE es un proceso sistemático que establece la eficacia de la intervención en términos de logro de los objetivos

propuestos; como lo presenta Alfaro-LeFevre (2003), es una acción que se da realmente de manera transversal en cada una de las fases como una forma de evaluación continua y, como parte integral de la relación terapéutica entre enfermera y paciente. Para Virginia Henderson (1966), la fase de evaluación se encuentra anclada al grado de autonomía que el paciente alcanza a partir de la planeación ejecutada. Determina la evolución del paciente en relación con la consecución de objetivos/resultados y la eficacia del plan de enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones.

El éxito de la fase de evaluación depende de la eficacia de los pasos que la preceden. Los datos de la valoración por ejemplo como lo expresa Berman et al., (2008) deben ser exactos y completos, de forma que el profesional de enfermería pueda formular DE y resultados esperados apropiados, enunciados de forma concreta en términos de conducta para que sea de utilidad para la evaluación de las respuestas del paciente. Finalmente, Luis Rodrigo y Fernández (2008) manifiestan que, sin la fase de ejecución, en la cual se pone en práctica el plan, no habría nada que evaluar.

## Capítulo V

### Conclusiones y recomendaciones

#### Conclusiones

Tras analizar los resultados del efecto causado al aplicar el programa educativo Proceso Enfermero e identidad profesional, se puede establecer las siguientes conclusiones:

Teniendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se la acepta la hipótesis alterna, concluyendo que, El Programa Educativo “Proceso Enfermero e identidad profesional”, es efectivo en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería de una clínica de Medellín, Colombia.2018.

Es decir que, después de participar del programa educativo: “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, los profesionales de enfermería de la Clínica Medellín, realizaron cambios para la gestión del cuidado especialmente en la fase de Valoración, Diagnóstico y Planeación.

Con respecto a la efectividad del programa educativo específicamente en la fases e valoración para el cuidado de los enfermeros, se rechazarla hipótesis nula, se acepta la hipótesis de investigación, concluyendo que existen diferencias significativas en la efectividad del Programa Educativo, en la valoración que realizan los profesionales en las dimensiones: modelo de enfermería para la valoración, otras fuentes para la recolección de los datos, información recogida es veraz y agrupa y organiza la información obtenida. Dicho de otro modo, los enfermeros, presentaron un cambio en la valoración específicamente en las

dimensiones: modelo de enfermería para la valoración, otras fuentes para la recolección de los, datos, información recogida es veraz y agrupa y organiza la información obtenida.

En cuanto a la efectividad del programa educativo en el diagnóstico que los profesionales de enfermería realizan para la el cuidado, se rechaza la hipótesis nula, se acepta la hipótesis de investigación, concluyendo: Existe diferencias significativas en la efectividad del Programa Educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, en la fase de diagnóstico que realizan los profesionales de enfermería antes y después en la mayoría de las dimensiones: conoce los DE de la NANDA; Considera importante los DE; identifica los componentes de un DE; conoce los diferentes tipos de DE; formula DE de acuerdo a la taxonomía NANDA; planifica los cuidados con base a DE; registra los DE, y el equipo conoce los DE que el profesional elabora para el cuidado en una clínica de Medellín. Ello significa que, los enfermeros asistenciales, mostraron un cambio en la fase de diagnóstico, para la gestión del cuidado, específicamente en las dimensiones: conoce los DE de la NANDA; considera importante los DE; identifica los componentes de un DE; conoce los diferentes tipos de DE; formula DE de acuerdo a la taxonomía NANDA; planifica los cuidados con base a DE; registra los DE; y el equipo conoce los diagnósticos que enfermería elabora para el cuidado.

Referente a la efectividad del programa educativo en la planeación que los profesionales de enfermería realizan para la el cuidado, se rechaza la hipótesis nula, se acepta la hipótesis de investigación, concluyendo: Existe diferencias

significativas en la efectividad del Programa Educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, en la fase de planificación que realizan los profesionales de enfermería asistenciales antes y después en la mayoría de las dimensiones: establece una secuencia para abordar los diagnósticos; establece una secuencia para abordar los diagnósticos; formula resultados esperados basado en la taxonomía NOC; registro de los resultados NOC; redacta las intervenciones según la clasificación NIC; redacta intervenciones de acuerdo a los objetivos planeados que el personal de enfermería asistencial elabora para el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia 2018.

Con relación a la efectividad del programa educativo en la ejecución que los profesionales de enfermería realizan para la el cuidado, se acepta la hipótesis nula, concluyendo: No existe diferencias significativas en la efectividad del Programa Educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, en la fase de ejecución que realizan los profesionales de enfermería antes y después en todas las dimensiones: que enfermería realiza en el cuidado en una clínica de Medellín, Colombia 2018. Dicho de otro modo, los enfermeros y enfermeras de la clínica no mostraron un cambio en la fase de ejecución, para la gestión del cuidado.

Acerca de la efectividad del programa educativo en la evaluación que los profesionales de enfermería realizan para la el cuidado, se acepta la hipótesis nula, concluyendo: No existe diferencias significativas en la efectividad del programa educativo “*Proceso Enfermero e identidad profesional*”, en la fase de Evaluación que realizan los profesionales de enfermería antes y después en la mayoría de las

dimensiones: valora si se han cumplido los objetivos; valora situación actual del paciente con los resultados deseables; evalúa el plan para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidado ejecutado.

Dicho de otro modo, los enfermeros asistenciales de una clínica en Medellín Colombia, no mostraron un cambio en la fase de ejecución, para la gestión del cuidado, específicamente en las dimensiones: valora si se han cumplido los objetivos; valora situación actual del paciente con los resultados deseables; evalúa el plan para mantenerlo, modificarlo o finalizarlo.

### **Recomendaciones**

Aprovechar los espacios generados por los convenios docencia servicio entre la universidad y la clínica para continuar con el programa educativo *Proceso Enfermero e identidad profesional*, fortaleciendo aspectos disciplinares (teorías de enfermería) y del PAE, especialmente el formulación, aplicación y evaluación de los indicadores propios de enfermería para el cuidado (NANDA, NOC, NIC).

Incluir este programa educativo en los procesos de inducción para enfermeros profesionales de primer ingreso y de reinducción para los que ya se encuentran laborando en la clínica.

Articular el modelo de cuidado de enfermería de la clínica y el método científico enfermero (PAE) con los programas informáticos e historia clínica electrónica, e incluirlos en todas las áreas de atención de enfermería que favorezcan en el enfermero una pertinente gestión del cuidado.

Establecer indicadores de calidad y de gestión del cuidado, ligados al PAE, para cuantificar los resultados que se obtengan con la institucionalización de su aplicación y determinar intervenciones para que la aplicación del proceso sea cada vez más oportuno y efectivo.

Realizar este programa no solo en la institución estudiada, sino en las otras que, al corroborar los resultados positivos obtenidos, posibiliten la formación de sus enfermeros en la gestión del cuidado mediante la aplicación del PAE como método científico, basado de un modelo teórico.

Ofertar actualizaciones sobre aplicación del PAE en experiencias de cuidado clínico y comunitario, a fin de que los profesionales de enfermería fortalezcan su práctica para la gestión del cuidado.

Desde la universidad, mantener la estructura curricular que favorece la transversalización del PAE y los modelos teóricos de enfermería, en todos los semestres, para que el estudiante, no perciba estas temáticas como una obligación innecesaria, poco útil y tediosa, sino que se convierta en un hábito, una costumbre, parte de la cultura de seguridad y gestión del cuidado que el egresado haga trascender en el ámbito laboral.

Articular e implementar un observatorio del egresado, para evaluar de manera continua, la aplicación de tal cultura en sus lugares de trabajo.

Realizar investigaciones que permitan identificar los factores que influyen para que los profesionales de enfermería realicen la gestión del cuidado y de los servicios utilizando el método científico de enfermería (PAE).

### Referencias

- Aasen Frigstad, S., Hatlen Nost, T., & André, B. (2015). Implementation of Free Text Format Nursing Diagnoses at a University Hospital's Medical Department. Exploring Nurses' and Nursing Students' Experiences on Use and Usefulness. A Qualitative Study. *Nursing Research and Practice*, 1-12. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2015/179275/>
- Adeleke Afolayan, J., Donald, B., Major Baldwin, D., Onasoga, O., & Babafemi, A. (2013). Evaluation of the utilization of nursing process and patient outcome in psychiatric nursing: Case study of psychiatric Hospital Rumuigbo, Port Harcourt. *Pelagia Research*, 4(5), 34 -43. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de <http://www.imedpub.com/articles/evaluation-of-the-utilization-of-nursing-process-and-patient-outcomein-psychiatric-nursing-case-study-of-psychiatric-hospitalrumui.pdf>
- Adib-Hajbaghery, M., & Safa, A. (Septiembre de 2013). Nurses' Evaluation of Their Use and Mastery in Health Assessment Skills: Selected Iran's Hospitals. *Nursing and Midwifery Studies*, 2(3), 39-43. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228544/>
- Aguayo Acuña, F., & Mella Moraga, R. (2015). Significado práctico del concepto de gestión del cuidado en las enfermeras /os que se desempeñan en atención primaria en salud. *Ciencia y enfermería*, 21(3), 73-85. Recuperado el 20 de octubre de 2019, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000300007>

- Agyeman-Yeboah, J., & Ameyaw Korsah, K. (2018). Non-application of the nursing process at a hospital in Accra, Ghana: lessons from descriptive research. *BMC Nursing*, 17(45), 1 -7. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-018-0315-x>
- Akkurt Yalcinturk, A., Dissiz, M., & Kurt, N. (Septiembre - Diciembre de 2018). Nursing Diagnoses of the Patients Who Have Been Treated in Acute Psychiatry Clinics in the Recent Year. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1736-1742. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/46.\\_dissiz\\_original\\_11\\_3.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/46._dissiz_original_11_3.pdf)
- Alfaro-LeFevre, R. (2003). Aplicación del procesos enfermero. Fomentar el cuidado en colaboraciób (5 ed.). Barcelona: Elsevier.
- Alfaro-LeFevre, R. (2014). Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico (8 ed.). Barcelona: Elsevier.
- Alfaro-LeFevre, R. (2017). Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico (6 ed.). Barcelona, España.
- Almeida, B., Dias, F., Cantú, P., Duran, E., & Carmona, E. (2019). Atitude dos enfermeiros de um hospital público de ensino quanto ao processo de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, 1-7. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018018203483>

- Ayala , O., Avila Sánchez , M., & Lazo Pérez , M. (2018). *Modelo para el Cuidado Humanístico-Clínico en pacientes con alteraciones traumatológicas*. España: Editorial Académica Española.
- Ayala, O., Duany Osorio, L., Samame Chero, M., & Paredes Ojeda, R. (2019). Gestión del cuidado de enfermería en la atención a os pacientes con afecciones traumatológicas y ortopédicas. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 10(4), 1-8. Obtenido de <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1335>
- Barbera Ortega, M. d., Cecagno, D., Seva Llor, A., Heckler de Siqueira, H., López Montesinos, M. J., & Maciá Soler, L. (2015). Formación académica del profesional de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 404-410. doi:<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>
- Barrios Gómez , E. M., Sánchez Hernández, E., Rocha López, L., & Vivero Gómez, M. A. (2016). Resultados del proceso de atención en enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Revista de Sanidad Militar*, 70, 244 - 253.
- Benedet , S., Gelbck, F., Amante, L., Padilha, M., & Pires, D. (2016). Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização da Assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. *Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental*, 8(3), 4780 - 4788. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>
- Berman, A. J., & Snyder, S. (2013). El proceso de enfermería. En A. J. Berman, & S. Snyder, *Fundamentos de enfermería: Conceptos, proceso y práctica* (9 ed., Vol. 1, págs. 161 - 272). Madrid, España: Pearson.

Boaventura, A., dos Santos, P., & Duran, E. (Abril de 2017). Conocimiento teórico-práctico del enfermero del Proceso de Enfermería y Sistematización de Enfermería.

*Enfermería Global*, 182-193.

*e informática para la gestión del cuidado*. Barcelona, España: Mediterraneo.

Carriles Ortiz, M., Oseguera Rodríguez, J., Díaz Torres, Y., & Gómez Rocha, S. (Abril de 2012). Efecto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo del

pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. *Enfermería Global*(26), 136-145.

Ceballos Vásquez , P., Jara Rojas, A., Stieповich Bertoni , J., Aguilera Rojas, P., & Vílchez

Barboza , V. (15 de Julio de 2015). La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. *Enfermería actual en Costa Rica*(29), 1- 11.

Recuperado el 20 de octubre de 2019, de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44839779007>

Chaghari, M., Saffari, M., Ebadi, A., & Ameryoun, A. (January de 2017). Empowering

education: A new model for in-service training of nursing staff. *Journal of*

*Advances in Medical Education & Professionalism*, 5(1), 26-32. Recuperado el 6 de

Agosto de 2019, de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5238493/pdf/JAMP-5-26.pdf>

Chiluisa González, S. M. (Octubre de 2014). Modelo de gestión del cuidado de enfermería

en el servicio de lactantes del hospital pediátrico Baca ortiz 2013-2014. Quito,

Ecuador. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4658/1/T-UCE-0006-45.pdf>

Congreso de Colombia. (5 de Octubre de 2004).

[http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf).

Recuperado el 23 de Julio de 2012

Congreso de Colombia. (25 de Enero de 1996).

[http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf).

Recuperado el 15 de Julio de 2012, de

[http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf)

DANE. (2018). Clasificación Internacional Normalizada de la Educación - Campos de educación y formación adaptada para Colombia (CINE - F 2013 A.C). 93. (D. A. DANE, Ed.) Colombia. Obtenido de

<https://www.dane.gov.co/files/sen/normatividad/CINE-F-2013-AC.pdf>

de Abreu Almeida, M., Hein Seganfredo, D., Menna Barreto, L. N., & Lucena, A. F. (Abril -junio de 2014). Validation of indicators of the nursing outcomes classification for hospitalized adults at risk of infection. *Text Context Nursing*, 23(2), 309-317.

Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000200309](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200309)

de Castro Sajioro Azevedo, A. L., Fazzolo Scarparo, A., & Dias Pedreschi Chaves, L. (2013). Nurses' care and management actions in emergency trauma cases.

*Investigación y educación en enfermería*, 31(1), 36-43. Obtenido de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072013000100005&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000100005&lng=en&tlng=en)

- de Cordova, P., Lucero, R., Hyun, S., Quinlan, P., Price, K., & Stone, P. (January - March de 2010). Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(1), 39-45. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2869293/>
- de Sá Mororo, D. D., Cruz Enders, B., Brandão de Carvalho , A. L., Braz da Silva, C., & de Menezes, R. (Junio de 2017). Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323-332. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de [http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/en\\_1982-0194-ape-30-03-0323.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/en_1982-0194-ape-30-03-0323.pdf)
- Diaz Aguilar, R., Amador Roman, R., Alonso Uria , R., Campo González , A., Mederos Dueñas , M., & Oria Saavedra, M. (2015). Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad “Lidia Doce”. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 36-40.
- Duque, P. A. (2014). Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. *Universidad y Salud*, 16(1), 91-102. Recuperado el 4 de Noviembre de 2019, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072014000100009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072014000100009&lng=en&tlng=es)
- Gómez Arias, R., & Nieto, E. (2014). Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(4), 733-739.

Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_isoref&pid=S1726-46342014000400019&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1726-46342014000400019&lng=es&tlng=es)

- González Castillo, M., & Monroy Rojas, A. (2016). Innovación para la práctica, Proceso enfermero de tercera generación. . *M.G. González-Castilloa, y A. Monroy-Rojas. Enfermería Universitaria., 13(2)*, 124-129.
- Gutiérrez Lesmes, O. A., Torres, C. A., & Loba Rodríguez, N. J. (2018). Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Colombia. *Revista Cuidarte, 9(1)*, 2007-16. Recuperado el 28 de septiembre de 2020, de <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.480>
- Hagos, F., Fessehaye , A., Balcha, F., Berhe, S., & Aregay, A. (6 de Febrero de 2014). Application of nursing process and its affecting factors among nurses working in Mekelle Zone Hospitals, Northern Ethiopia. *Nursing Research and Practice*, 1-8. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3933400/>
- Henderson, V., & Nite, G. (1996). *Principles and practice of nursing*. (Sexta edición ed.). USA: Macmillan.
- Hernández Ledesma, Y., Fernández Camargo, I., Henríquez Trujillo, D., & Lorenzo Nieves, Y. (2018). Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje. *Revista iberoamericana de Educación e investigación en Enfermería, 8(2)*, 46-53. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/280/proceso-de-atencion-de-enfermeria-estrategias-para-la-ensenanza-aprendizaje/>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (600 ed.). México D.F, México: McGraw-Hill.
- Hernando González, A. (2015). La gestión del cuidado. *Revista Enfermería CyL*, 7(2), 61-68. Obtenido de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/download/162/134>
- Hidayat, A. y Kes, M (2015). Model documentation of assessment and nursing diagnosis in the practice of nursing care management for nursing students. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 4(2), 158-163. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de <https://pdfs.semanticscholar.org/fb2c/ddbe6b36667664a8955a57bc9a4239d05f49.pdf>
- Iyer, P., & Tapich, B. (2008). Proceso y Diagnóstico de enfermería. En P. Iyer, & B. Tapich, *El proceso de Enfermería* (3 ed.). La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- Jara Concha, P. (2019). Desafíos y estrategias de enfermería en el contexto de la salud global. *Revista iberoamericana de Educación e investigación en Enfermería*, 9(3), 4-6. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/305/desafios-y-estrategias-de-enfermeria-en-el-contexto-de-la-salud-global/>
- Jara -Sanabria, F., & Lizano-Pérez, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 208-215. doi:<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>

- Johnson, L., Edward, K.-L., & Giandinoto, J.-A. (2018). A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. *Collegian*, 355-361. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de [https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696\(17\)30230-5/pdf](https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696(17)30230-5/pdf)
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2007). Propuestas para la práctica enfermera. En S. Kérouac, J. Pepin, F. Ducharme, A. Duquette, & F. Major, *El pensamiento enfermero* (págs. 75 - 97). Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Lee, E. (Enero de 2019). Use of the Nursing Outcomes Classification for falls and fall prevention by nurses in South Korea. *International Journal of Nursing Knowledge*, 30(1), 28 - 33. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/2047-3095.12201>
- Luis Rodrigo, M., Fernández C., & Navarro, C. (2008). *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* (Segunda edición ed.). Barcelona., España: Masson.
- Lunney, M. (2011). Razonamiento crítico para alcanzar resultados positivos. Estudios de casos y análisis de enfermería.. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Mbithi, D., Omuga , B., Ayieko, A., Githui, S., & Wambugu, P. (2018). Assessing barriers to implementation of nursing process among nurses working at a tertiary hospital in Kenya. *Researchjournali's Journal of Public Health*, 4(1), 1-11. Recuperado el Agosto de 2019, de [https://www.researchgate.net/publication/323014565\\_Assess](https://www.researchgate.net/publication/323014565_Assess)
- Mello, B., Massutti, T., Longaray , V., Trevisan, D., & Lucena , A. (2015). Applicability of the Nursing Outcomes Classification (Noc) to the Evaluation of cancer patients with

acute or chronic pain in palliative care. *Applied Nursing Research*, 1-23.

Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189715000853?via%3Dihub>

Miranda Limanchi, K. E., Rodríguez Nuñez, Y., & Chajachagua Castro, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Universitaria*, 16(4), 474 -389. Obtenido de <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>

Montes, R., & Santos, C. M. (2017). Guía para la elaboración de programas de estudio no convencionales. *Perspectivas docentes*, 5-13. Obtenido de <file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-GuiaParaLaElaboracionDeProgramasDeEstudioNoConvenc-6349255.pdf>

Morfi Samper, R. (2010). Gestión del cuidado de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 1-2.

Mororó, D., Menezes, R., Queiroz, A., Silva, C., & Pereira, W. (2020). Enfermeiro como integrador na gestão do cuidado à criança com condição crônica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), 1-9. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0453>

Munroe, B., Curtis, K., Murphy, M., Strachan, L., & Buckley, T. (2015). HIRAIID: An evidence-informed emergency nursing assessment framework. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18, 83-97. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de [https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267\(15\)00026-9/pdf](https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267(15)00026-9/pdf)

- NANDA, I. (2019). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2018-20* (11 ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Nogueira Lira, L., Costa Santos, S., Silveira Vidal, D., Porto Gautério, D., Tomaschewski-Barlem, J., & Roggia Piexak, D. (2015). Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar. *Avances en Enfermería*, 33(2), 251-260.
- Ojewole, F. O., & Samole, A. (Mayo de 2018). Evaluation of the nursing process utilization in a teaching hospital, Ogun State, Nigeria. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 4(3), 97-103. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de [http://www.jnmsjournal.org/temp/JNursMidwiferySci4397-8177791\\_224257.pdf](http://www.jnmsjournal.org/temp/JNursMidwiferySci4397-8177791_224257.pdf)
- Pacheco Villa, L. (2016). Un análisis sobre gestión del cuidado y el entorno de enfermería. *Revista Enfermería a la vanguardia*, 4(2), 30-31. Obtenido de <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/226/294>
- Peña, J. J. (19 de Junio de 2019). *CEINCE Ayudamos a la vida*. Obtenido de <https://soyceince.com/2019/06/19/importancia-de-la-capacitacion-continua-en-el-personal-de-enfermeria/>
- Pérez Viltres, M., Lorente Viltres, K., Rodríguez Puebla, E., Herriman Olivera, D., & Verdecia Olivera, N. (2016). Nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68128>
- Ponti, L., Castillo Benites, R., Vignatti, R., Monaco, M., & Nuñez, J. (2017). Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica.

- Educación Médica Superior*, 31(4), 1-15. Obtenido de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1006>
- Possari, J. F., Gaidzinski, R. R., Fernandes Costa Lima, A., Togeiro Fugulin, F. M., & Heather Herdman, T. (2015). Use of the nursing intervention classification for identifying the workload of a nursing team in a surgical center. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 23(5), 781-788. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/0104-1169-rlae-23-05-00781.pdf>
- Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (2015). *Fundamentos de enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9 ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Ramos Costa, M., Soares de Souza, V., Dos Santos Benedetti, G., Ferraz Teston, E., Misue Matsuda, L., & Francisqueti, V. (2018). Educação permanente em saúde e interface com a gestão do cuidado. *Sustinere*, 6(1), 37-51. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/30708>
- Rodríguez-Quezada, M. P. (2014). Manejo de herramientas de gestión y percepción del cuidado de Enfermería en hospitales de Chachapoyas, Perú. *Enfermería Universitaria*, 11(1), undefined-undefined. [fecha de Consulta 1 de Octubre de 2019]. ISSN: 1665-7063., 11(1), 3-10. Obtenido de
- Sánchez, G., & Cuba, L. (2017). Formación continuada del licenciado en enfermería para brindar práctica segura., (pág. 12). Habana. Obtenido de <http://enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/viewPaper/377>

- Semachew, A. (2018). Implementation of nursing process in clinical settings: the case of three governmental hospitals in Ethiopia, 2017. *BMC Research Notes*, *11*(173), 2-5. Recuperado el 6 de Agosto de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5851090/>
- Soares, M. I., Henriques Camelo, S. H., Rodrigues, Z., & Terra, F. (2016). Nurses' managerial knowledge in the hospital setting. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *69*(4), 631-637. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de [http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/en\\_0034-7167-reben-69-04-0676.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/en_0034-7167-reben-69-04-0676.pdf)
- Taghavi Larijani, T., & Saatchi, B. (2019). Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial. *Nursing Open*, *6*, 612-619. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6419136/>
- Thomas, S. (2016). Attitude and Practice of Nurses Towards the use of Nursing Assessment Format. *J Nur Today*, *3*(1), 70-79. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de [https://www.researchgate.net/publication/327644548\\_Attitude\\_and\\_practice\\_of\\_nurses\\_towards\\_the\\_use\\_of\\_Nursing\\_assessment\\_format](https://www.researchgate.net/publication/327644548_Attitude_and_practice_of_nurses_towards_the_use_of_Nursing_assessment_format)
- UNESCO. (2006). *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 1997*. UNESCO, Instituto de estadística. Obtenido de <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-sp.pdf>

- Valdebenito Pino, J., Barquero, A., & Carreño, M. (2015). Gestión del cuidado: Valoración y conocimiento de enfermeras (as) de un hospital de la región metropolitana, Chile. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 127-142. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100012>
- Vigo Ayasta, E. (2020). La gestión del cuidado enfermero en unidades hospitalarias. *Revista EDUCATECONCIENCIA*, 26(27), 122-146. Obtenido de [https://www.academia.edu/43705054/La\\_gesti%C3%B3n\\_del\\_cuidado\\_enfermero\\_en\\_unidades\\_hospitalarias\\_Nursing\\_care\\_management\\_in\\_hospital\\_units](https://www.academia.edu/43705054/La_gesti%C3%B3n_del_cuidado_enfermero_en_unidades_hospitalarias_Nursing_care_management_in_hospital_units)
- Wakefield, B., Scherubel, M., Ray, A., & Holman, J. (Marzo de 2013). Nursing Interventions in a telemonitoring program. *Telemedicine Journal y e-Health*, 19(3), 160 -165. Recuperado el 6 de Agosto de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598432/>
- White, E. (1991). *Diosn nos cuida*. Asociación Publicadora Interamericana. Recuperado el 13 abril 2020, de <https://m.egwwritings.org/es/book/1748.2262>
- Zarate, R. (6 de 2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 13, 44 - 45.

## Apéndice

### Apéndice A.

#### Instrumento de recolección de los datos

#### ENCUESTA DE GESTIÓN DEL CUIDADO (EGC)

Estimado participante, la presente encuesta tiene como finalidad obtener información sobre la gestión del cuidado que realizan profesionales de enfermería aplicando el proceso enfermero.

Su participación es absolutamente anónima, no escriba su nombre, código o cualquier otro tipo de identificación ya que sus respuestas son confidenciales y se busca que usted responda con la más amplia libertad y veracidad posible.

Esta encuesta está compuesta por dos secciones: la primera sección contiene datos sociodemográficos y la segunda un cuestionario relacionado con el proceso de atención de enfermería.

#### A. Datos sociodemográficos:

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo:  Femenino  
 Masculino
3. Servicio
  - Hospitalización
  - Urgencias
  - Cuidados especiales
  - Cuidados intensivos
  - Cirugía
  - Otro \_\_\_\_\_

#### B. Cuestionario:

A continuación, se presentan una serie de enunciados que usted deberá responder con una X de acuerdo a lo que usted considere en el recuadro de la escala del 1 al 5; teniendo en cuenta la siguiente valoración.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

<b>VALORACIÓN</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4	¿Se apoya en la observación para recolectar los datos del estado de salud del paciente?					
5	¿Se apoya en la entrevista para recolectar los datos del estado de salud del paciente?					
6	¿Se apoya en la valoración física para recolectar los datos del estado de salud del paciente?					
7	¿Realiza la valoración con base en algún modelo teórico de enfermería?					
8	¿Se apoya en otras fuentes (historia clínica, exámenes de laboratorio, familiares del paciente, otros profesionales) para recolectar los datos del estado de salud del paciente?					
9	¿Se asegura que la información recogida sea completa para evitar errores en los diagnósticos?					
10	¿Organiza la información obtenida para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente?					
<b>DIAGNÓSTICO</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
11	¿Revisa la información obtenida a partir de la observación, entrevista, exploración física, y otras fuentes para, diferenciar los datos que son relevantes de los que no lo son?					
12	¿Compara los datos obtenidos del paciente con los estándares (datos normales), para identificar situaciones significativas?					
13	¿Agrupa los datos para generar diagnósticos de enfermería provisionales?					
14	¿Identifica los problemas reales o potenciales del paciente que requieren ser abordados?					
15	¿Conoce los diagnósticos de enfermería clasificados taxonómicamente por la NANDA para los problemas independientes de enfermería?					
16	¿Considera importante formular diagnósticos de enfermería para la planeación de los cuidados?					
17	¿Identifica los componentes de un diagnóstico de enfermería?					
18	¿Conoce los diferentes tipos de diagnósticos de enfermería?					
19	¿Formula diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de NANDA para la planificación de los cuidados?					
20	¿Planifica los cuidados con base a los diagnósticos de enfermería?					
21	¿Registra los diagnósticos de enfermería en la historia clínica?					
22	¿El equipo que participa del cuidado del paciente conoce los diagnósticos de enfermería que usted elabora?					
<b>PLANEACIÓN</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
23	¿Establece una secuencia preferente para priorizar los diagnósticos elaborados?					
24	¿Establece objetivos/resultados por cada diagnóstico de enfermería?					
25	¿Formula los resultados esperados del cuidado basado en la taxonomía NOC?					
26	¿Registra los resultados esperados en la historia clínica?					

27	¿Redacta las intervenciones de enfermería teniendo en cuenta la clasificación taxonómica (NIC)?					
28	¿Redacta las intervenciones de enfermería de acuerdo a los objetivos planeados?					
29	¿Redacta las intervenciones de acuerdo a diagnósticos médicos?					
30	¿Reconoce las intervenciones dependientes, interdependientes e independientes de enfermería?					
31	¿Delega intervenciones al auxiliar de enfermería?					
32	¿Tiene una clasificación de intervenciones delegables?					
33	¿Supervisa las intervenciones delegadas?					
34	¿Registra el plan de cuidados en la historia clínica?					
35	¿Comunica el plan de cuidados al equipo de salud?					
<b>EJECUCIÓN</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
36	¿Antes de ejecutar el plan vuelve a valorar al paciente para actualizar los datos?					
37	¿Cumple con las intervenciones de enfermería planeadas?					
38	¿Registra las intervenciones realizadas en la historia clínica					
39	¿Registra las respuestas del paciente al plan de cuidados en la historia clínica?					
<b>EVALUACIÓN</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
40	¿Valora si se han logrado los objetivos/ resultados?					
41	¿Compara la situación actual del paciente con los resultados deseables en los objetivos?					
42	¿Evalúa el plan de cuidados para tomar decisión de mantenerlo, modificarlo, finalizarlo?					
43	¿Registra el cumplimiento o modificaciones del plan de cuidados en la historia clínica?					

**Apéndice B****Validación de contenido de la encuesta por parte de experto****INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar la gestión del cuidado que realizan los profesionales de enfermería de una clínica en la ciudad de Medellín, Colombia, quienes constituyen la muestra en estudio para la validación de la encuesta titulada: Encuesta de Gestión del Cuidado (EGC), la cual será utilizada como instrumento de investigación

**Instrucciones**

La evaluación requiere la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems de la encuesta. Posteriormente debe realizar una valoración cualitativa teniendo en cuenta los siguientes criterios: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación contextual y dominio del contenido. Con ellos se pretende determinar si cada ítem presenta o no los criterios propuestos. En el caso que sea necesario se ofrece un espacio para las observaciones.

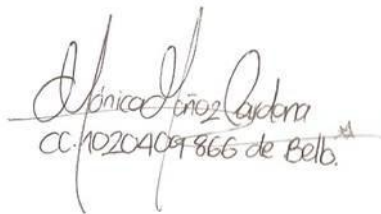
Fecha actual: 28 de abril de 2018

**Nombres y Apellidos del Juez:** Mónica Johana Muñoz Cardona

**Institución donde labora:**

Corporación Universitaria Adventista- Instituto Colombiano del Dolor.

**Años de experiencia profesional o científica:** 14 años experiencia investigación- 11 años experiencia profesional.



Mónica Johana Muñoz Cardona  
CC. 1020409866 de Bello

Firma del Juez.

## ENCUESTA DE GESTIÓN DEL CUIDADO

### DEFINICION CONCEPTUAL DEL CONSTRUCTO

#### GESTIÓN DEL CUIDADO

Proceso heurístico dirigido a movilizar el talento humano y los recursos, con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona, que en interacción con su entorno vive experiencias de salud, enfermedad, vida y muerte.

#### DIMENSIONES DEL CONSTRUCTO:

- 1. Valoración:** Se refiere al Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que permite determinar los problemas de salud, las necesidades de cuidado de las personas y, en consecuencia, diseñar planes de atención para el cuidado de enfermería con sus referentes intervenciones.
- 2. Diagnóstico:** Es la segunda fase del PAE. En ella se requieren de las habilidades intelectuales del pensamiento crítico del profesional de enfermería (análisis y síntesis) para interpretar los datos obtenidos en la fase de valoración e identificar los problemas reales o potenciales. Así mismo, en esta fase, se identifican los recursos con que se cuentan para lograr el cuidado. Este paso es la base para el plan de cuidados, sustentados en el diagnóstico de enfermería.
- 3. Planeación:** Es una fase sistemática y deliberativa del PAE que se orienta hacia la identificación de los problemas en los que debe centrarse prioritariamente el profesional de enfermería, fijar los objetivos o resultados esperados de enfermería (descritos taxonómicamente como NOC, por sus siglas en inglés), determinar las intervenciones (descritas como NIC por sus siglas en inglés) y las actividades que se requieren para lograrlos. Además permite registrar e individualizar el plan de cuidados a través de actividades que se adoptan según la situación específica de la persona que requiere el cuidado.

- 4. Ejecución:** Esta fase es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Aquí se pone en práctica el plan de intervención y se ejecutan las acciones programadas. Además, se reflexiona sobre lo que se está haciendo. Para ello se requiere valorar y determinar la respuesta inicial. En esta fase también se comunica el plan a todos los que participan en la atención del paciente y el profesional de enfermería continuará recogiendo los datos relacionados con su situación y su interacción con el entorno
- 5. Evaluación:** Hace referencia a la última fase del PAE, presentado como un como un proceso planificado y continuo que determina la medida en que se han alcanzado los objetivos de la atención de enfermería, la evolución del paciente en relación con la consecución de objetivos/resultados y la eficacia del plan de cuidados. Esta fase es importante ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es necesario suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

## OPERACIONALIZACIÓN DEL CONSTRUCTO “GESTIÓN DEL CUIDADO”

**Objetivo general:** La Encuesta de Gestión del Cuidado, tiene como finalidad evaluar el proceso en el que el profesional de enfermería aplica un juicio racional en la planificación, dirección, control y evaluación de los cuidados de enfermería, utilizando el método científico en las fases de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación para la gestión del cuidado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIONES DEL CONSTRUCTO	VARIABLES EMPÍRICAS O INDICADORES
<b>Medir la valoración</b>	Valoración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación</li> <li>• Entrevista</li> <li>• Exploración (Valoración física)</li> <li>• Otras fuentes</li> <li>• Validación de datos</li> <li>• Organización de datos</li> <li>• Registro de datos</li> </ul>
<b>Medir el diagnóstico</b>	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de los datos</li> <li>• Formular hipótesis</li> <li>• Determinar riesgos o problemas de salud</li> <li>• Formular diagnósticos</li> </ul>
<b>Medir la planeación</b>	Planeación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer prioridades</li> <li>• Formulación de resultados esperados</li> <li>• Selección de intervenciones de enfermería</li> <li>• Intervenciones delegables</li> <li>• Registro del plan</li> <li>• Comunicación del plan</li> </ul>
<b>Medir la ejecución</b>	Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar al paciente y actualizar los datos</li> <li>• Realizar intervenciones y actividades</li> <li>• Registrar las intervenciones realizadas</li> <li>• Registrar respuestas del paciente</li> </ul>
<b>Medir la evaluación</b>	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar situación actual del paciente</li> <li>• Comparar situación actual con objetivos propuestos</li> <li>• Evaluar el plan para mantenerlo, modificarlo, finalizarlo</li> <li>• Registrar el cumplimiento del plan</li> </ul>

**ENCUESTA GESTIÓN DEL CUIDADO**  
(Versión 1.1)  
**INSTRUMENTO PARA FINES ESPECIFICOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)**

<sup>1</sup> Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem.

<sup>2</sup> El ítem tiene relación con el constructo (Encuesta de Gestión del Cuidado)

<sup>3</sup> Todas las palabras del ítem son usuales en nuestro contexto

<sup>4</sup> El ítem evalúa el componente o dimensión específica del constructo (bloques)

Dimensión	Nº	Items	Claridad <sup>1</sup>		Congruencia <sup>2</sup>		Contexto <sup>3</sup>		Dominio del constructo <sup>4</sup>		Observaciones
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Valoración	1	¿Con que frecuencia se apoya en la observación para recolectar los datos del estado de salud del paciente?	X		x		x		x		
	2	¿Con que frecuencia se apoya en la entrevista para recolectar los datos del estado de salud del paciente?	X		x		x		x		Sería importante en un siguiente estudio valorar que aspectos toma por entrevista y cuales por las otras herramientas de valoración.
	3	¿Con que frecuencia se apoya en la valoración física para recolectar los datos del estado de salud del paciente?	X		x		x		x		
	4	¿Realiza la valoración con base en algún modelo teórico de enfermería?	X		x		x		x		
	5	¿Se apoya en otras fuentes para recolectar los datos del estado de salud del paciente?		X	x		x		x		¿Fuentes teóricas? ¿Fuentes clínicas?
	6	¿Se asegura que la información recogida sea veraz y completa para evitar errores en los diagnósticos?	X		x		x		x		
	7	¿Agrupa y organiza la información obtenida para lograr una imagen clara de la situación?	X		x		x		x		Sería importante en un siguiente estudio mirar como se supondría obviedad o una profunda honestidad de quién contesta.

<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>	¿Revisa la información obtenida a partir de la observación, entrevista, exploración física, y otras fuentes para, diferenciar los datos que son relevantes de los que no lo son?	<b>X</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		
	<b>9</b>	¿Compara los datos obtenidos del paciente con los estándares para identificar indicios significativos?		<b>X</b>	<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		¿Indicios significativos en relación a qué? Es confuso el planteamiento. ¿El PAE no sólo se usa en individuos sino en colectivos y la gestión del cuidado se debe hacer en varios escenarios lo cual supondría que el cuestionario solo ha de aplicarse a profesionales que trabajan en contextos clínicos?
	<b>10</b>	¿Agrupa los datos para generar hipótesis o diagnósticos provisionales?	<b>X</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		
	<b>11</b>	¿Identifica los problemas reales o potenciales que requieren ser abordados?		<b>X</b>	<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>	<b>x</b>	Actualmente se habla es de situaciones focalizadas en el problema, potenciales.... Habría que buscar la forma de explorar si indaga por los de promoción de la salud y si es capaz de identificar ese conjunto de problemas reales que conforman un síndrome.
	<b>12</b>	¿Conoce los diagnósticos de enfermería clasificados taxonómicamente por la NANDA para los problemas independientes de enfermería?	<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		¿Conocen las versiones actuales de la NANDA?
	<b>13</b>	¿Considera importante formular diagnósticos de enfermería para la ejecución de los cuidados	<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		
	<b>14</b>	¿Identifica los componentes de un diagnóstico de enfermería?	<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		

	15	¿Conoce los diferentes tipos de diagnósticos de enfermería?	x		x		x		x		11 y 15 son complemento
	16	¿Formula diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de NANDA para la planificación de los cuidados?	x		x		x		x		
	17	¿Planifica los cuidados con base a los diagnósticos de enfermería?	x		x		x		x		
	18	¿Registra los diagnósticos de enfermería?	x		x		x		x		
	19	¿El equipo que participa del cuidado del paciente conoce los diagnósticos de enfermería que usted elabora?	x		x		x		x		
Planeación	20	¿Establece una secuencia preferente para abordar los diagnósticos elaborados?	x		x		x		x		
	21	¿Establece objetivos o resultados por cada diagnóstico de enfermería?	x		x		x		x		
	22	¿Formula los resultados esperados del cuidado basado en la taxonomía NOC?	x		x		x		x		
	23	¿Registra los resultados/objetivos esperados?	x		x		x		x		El dónde los registra es lo que puede hacer la diferencia entre profesionales o instituciones
	24	¿Redacta las intervenciones de enfermería teniendo en cuenta la clasificación taxonómica (NIC)?	x		x		x		x		
	25	¿Redacta las intervenciones de enfermería de acuerdo a los resultados/objetivos planeados?	x		x		x		x		

	26	¿Redacta las intervenciones de enfermería de acuerdo a diagnósticos médicos?	x		x		x		x		
	27	¿Reconoce las intervenciones dependientes, interdependientes e independientes de enfermería?	x		x		x		x		
	28	¿Delega las intervenciones al auxiliar de enfermería?	x		x		x		x		En otro momento a futuro dentro de las recomendaciones indagar por cuales, ya que esto determina el grado de conciencia de la enfermera respecto a su responsabilidad en la gestión del cuidado en relación a sus conocimientos científicos y expresión de sus patrones del conocimiento enfermero.
	29	¿Tiene una clasificación de intervenciones delegables?	x		x		x		x		
	30	¿Supervisa las intervenciones delegadas?	x		x		x		x		
	31	¿Redacta y registra el plan de cuidados?	x		x		x		x		¿Registra en la historia clínica? Preguntar también si su lugar de trabajo tiene para ella un espacio donde registrar dichas intervenciones, por ejemplo, en mi trabajo clínico pedí un espacio para hacer mis notas en un espacio diferente a las del médico según mi estructura.
	32	¿Comunica el plan al equipo de salud?	x		x		x		x		
Ejecución	33	¿Antes de ejecutar el plan vuelve a valorar al paciente para actualizar los datos?	x		x		x		x		
	34	¿Cumple con las intervenciones de enfermería planeadas?	x		x		x		x		
	35	¿Registra las intervenciones realizadas en la historia clínica	x		x		x		x		

	<b>36</b>	¿Registra las respuestas del paciente al plan de cuidados?	<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		
<b>Evaluación</b>	<b>37</b>	¿Valora si se han logrado los objetivos/ resultados esperados?	<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		
	<b>38</b>	¿Compara la situación actual del paciente con los resultados deseables en los objetivos?	<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		
	<b>39</b>	¿Evalúa el plan y toma la decisión de mantenerlo, modificarlo, finalizarlo?	<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		
	<b>40</b>	¿Registra el cumplimiento o modificaciones del plan?	<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		<b>x</b>		

**1 Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem.**

**3 Todas las palabras del ítem son usuales en nuestro contexto (bloques)**

**2 El ítem tiene relación con el constructo (Encuesta de Gestión del Cuidado)**

**4 El ítem evalúa el componente o dimensión específica del constructo**



## Apéndice C

### Estimación de fiabilidad la encuesta mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	20	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	20	100,0
a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.			

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,919	40

Fuente: resultados de la investigación. Cálculos de la investigadora basados en la encuesta GCE

## Apéndice D

### Estimación de Validez de contenido para la encuesta, mediante el coeficiente de relación entre las dimensiones Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

#### Correlaciones

		Dimensión Diagnóstico	Dimensión valoración	Dimensión Planeación	Dimensión Ejecución	Dimensión Evaluación
Dimensión Diagnóstico	Correlación de Pearson	1	,608**	,550*	,480*	,467*
	Sig. (bilateral)		,004	,012	,032	,038
	N	20	20	20	20	20
Dimensión valoración	Correlación de Pearson	,608**	1	,497*	,560*	,411
	Sig. (bilateral)	,004		,026	,010	,072
	N	20	20	20	20	20
Dimensión Planeación	Correlación de Pearson	,550*	,497*	1	,574**	,620**
	Sig. (bilateral)	,012	,026		,008	,004
	N	20	20	20	20	20
Dimensión Ejecución	Correlación de Pearson	,480*	,560*	,574**	1	,794**
	Sig. (bilateral)	,032	,010	,008		,000
	N	20	20	20	20	20
Dimensión Evaluación	Correlación de Pearson	,467*	,411	,620**	,794**	1
	Sig. (bilateral)	,038	,072	,004	,000	
	N	20	20	20	20	20

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

**Fuente: resultados de la investigación. Cálculos de la investigadora basados en la encuesta GC**

## Apéndice E

### Consentimiento informado

**Nombre de la investigación:** Efecto de un programa educativo “*Proceso enfermero e identidad profesional*” en la gestión del cuidado de las enfermeras de la clínica Medellín.

**Nombre de la investigadora:** Olga Liliana Mejía Arango

**Objetivo General:** Determinar el efecto del Programa Educativo “Proceso enfermero e identidad profesional”, en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería de la Clínica Medellín.

Yo \_\_\_\_\_ con documento de identificación N°.\_\_\_\_\_ declaro que he sido informado(a) de los objetivos y fines del presente estudio, la forma como se realizará y la forma como se divulgarán los datos y estando conforme con los mismos, en forma libre y voluntaria acepto participar diligenciando la encuesta, teniendo claro que estoy en libertad de interrumpirla o de no responder las preguntas que no considere pertinentes. No se utilizará mi nombre, en el caso de ser necesario para el informe se utilizará un código. Entiendo que esta encuesta será utilizada para los fines de la presente investigación y una vez terminada la misma será destruida.

Se me ha informado que la investigación no tiene ningún riesgo físico, ni psicológico pues solo se realizaran encuestas, observación y lista de chequeo para recoger la información. Se me garantiza la confidencialidad y el cumplimiento de los principios éticos básicos como beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a la autonomía. No habrá remuneración económica ni de otro tipo por parte de los investigadores.

He recibido información sobre mi derecho a realizar las preguntas que considere necesarias, las cuales deben ser respondidas a mi entera satisfacción, al igual que el respetar la decisión de retirarme del estudio en cualquier momento si así decidiera hacerlo.

---

Firma Investigadora

---

Firma encuestado (a)

## Apéndice F

### Aprobación institucional

	<b>APROBACIONES</b> <b>COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN (CEI)</b>	Código: F04-254
		Versión: 4

Comité de ética en investigación: Clínica Medellín SA

Dirección: Calle 53 # 46-38

Ciudad: Medellín

Teléfono / Fax: 2568585 / 5140554

Consecutivo interno:	3.2
----------------------	-----

<b>Nombre del Investigador Principal:</b>	<b>Título del investigador principal:</b>
Olga Liliana Mejía Arango	Enfermero


<b>Código del protocolo de investigación:</b>	
<b>Título del protocolo de investigación</b>	
Efecto del Programa Educativo Proceso enfermero e identidad profesional en la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería de la Clínica Medellín.	
<b>Institución aprobada para el desarrollo del protocolo:</b>	Clínica Medellín

INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS EVALUADOS			
Nombre:	proyecto investigativo y hoja de vida de investigador principal		
Versión:	No aplica	Fecha reunión y acta	Agosto 8 de 2013

<b>Forma de evaluación:</b>	Regular	x
	Expedita	

<b>Acta No.</b>	7-2013	<b>Numeral:</b>	31
Número de miembros del C.E.I	5	Número de miembros para que haya quórum	
MIEMBROS QUE PARTICIPARON EN LA EVALUACIÓN DE LA ENMIENDA Y DEL DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO			
Nombre		Disciplina	
Fernando Garcés Samudio		Médico especialista	
Luz Marina Montoya A		Enfermera Epidemióloga	
Beatriz Giraldo G		Miembro de la comunidad	
Livia Latorre Ochoa		Miembro de la comunidad	
Juan Rodrigo Moreno		Médico especialista	
Jaime Hernandez U		Médico especialista	

Documentos evaluados	SI	NO	NA
Protocolo	x		
Enmienda			x
Consentimiento informado	x		

	<b>APROBACIONES</b> <b>COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN (CEI)</b>	Código: F04-254
		Versión: 4

Manual de investigador				X
Hoja de vida de investigador principal		X		
Hoja de vida de co-investigadores				X
Carta solicitud regalo				X
<b>CONCEPTO DE APROBACIÓN O NEGACIÓN DEL C.E.I SI SE TRATA DE UN PROYECTO NUEVO</b>				
<b>Concepto de Aprobación</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>	
Aprobado sin restricciones	X		Teniendo en cuenta que la participación en este estudio no expone los pacientes a riesgo alguno, y se garantiza la confidencialidad de la información. Se aprueba el proyecto sin restricciones. <b>Investigación Sin Riesgo:</b> estudios en los que no se realiza ninguna intervención en los participantes como: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios. <ul style="list-style-type: none"> <li>El comité considera que dado el tiempo de estudio donde no hay intervención, no se requiere consentimiento. No obstante, deja a los investigadores en libertad de aplicarlo.</li> </ul>	
Aprobado con recomendaciones u Observaciones				
No Aprobado				

<b>Responsable de la comunicación</b> <b>Coordinadora CEI:</b>	LUZ MARINA MONTOYA ARBELAEZ
<b>Firma:</b>	

## Apéndice G

### Contrastación de hipótesis

#### *Prueba de normalidad*

Ho: Los datos no difieren de una distribución normal.

Ha: Los datos difieren de una distribución normal.

#### *Regla de decisión:*

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula (Ho).

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Hipótesis alterna (Ha).

En la tabla 2, se observa que los datos de las dimensiones de cada una de las variables: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación, tienen un valor  $p = 0.00$ , y se cumple que  $p < \alpha$  ( $p < 0.05$ ). La evidencia nos lleva a rechazar la Hipótesis nula (Ho). Y, se acepta la Hipótesis alterna (Ha), es decir, las dimensiones y sus variables, tanto en el pre-test y pos-test, muestran que no provienen de una distribución normal para ambos grupos, por tanto, los análisis comparativos se realizarán con tendencias no paramétricas.

**Tabla 9. Pruebas de normalidad con Estadístico Kolmogorov-Smirnov para las variables Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación con sus dimensiones.**

**Fuente: Base de datos de la encuesta aplicada.**

## Apéndice H

### Programa de intervención educativo

**“PROCESO ENFERMERO E IDENTIDAD PROFESIONAL”**

Variable	Dimensión	Estadístico	gl	Sig.
Valoración	Observación de enfermería	,650	79	,000
	Entrevista	,743	79	,000
	Valoración física	,649	79	,000
	Modelo de enfermería para la valoración	,862	79	,000
	Otras fuentes para la recolección de los datos	,830	79	,000
	Información recogida es veraz	,743	79	,000
	Agrupar y organiza la información obtenida	,745	79	,000
Diagnóstico	Revisa la información obtenida	,659	79	,000
	Compara los datos obtenidos con los estándares	,845	79	,000
	Agrupar los datos para generar hipótesis	,831	79	,000
	Identifica problemas reales o potenciales	,713	79	,000
	Conoce los DE. de la NANADA	,885	79	,000
	Considera importante los DE	,801	79	,000
	Considera importante los DE	,851	79	,000
	Conoce los diferentes tipos de DE	,845	79	,000
	Formula DE. de acuerdo a la taxonomía NANDA	,848	79	,000
	Planifica los cuidados en base a DE	,841	79	,000
	Registra los DE. de enfermería	,785	79	,000
	Equipo conoce los DE que elabora	,801	79	,000
	Establece una secuencia para abordar los DE	,851	79	,000
	Establece objetivos por cada DE	,817	79	,000
	Formula resultados esperados basado en la taxonomía NOC	,776	79	,000
	Registro de los resultados esperados, NOC	,775	79	,000
	Planeación	Redacta las intervenciones de enfermería según las NIC	,784	79
Redacta intervenciones de acuerdo a los objetivos planeados		,832	79	,000
Redacta intervenciones de acuerdo al diagnóstico médico		,882	79	,000
Reconoce las intervenciones Dependientes, interdependientes, independientes		,792	79	,000
Delega intervenciones al auxiliar de enfermería		,901	79	,000
Tiene clasificación intervenciones delegables		,882	79	,000
Supervisa intervenciones delegadas		,702	79	,000
Redacta y registra el plan de cuidados		,692	79	,000
Comunica el plan de enfermería al equipo de salud		,714	79	,000
Antes de ejecutar el plan Valora el paciente y actualiza datos		,899	79	,000
Ejecución	Cumple con las NIC planeadas	,690	79	,000
	Registra las actividades realizadas en la historia clínica	,783	79	,000
	Registra respuestas del paciente al plan de cuidados	,895	79	,000
	Valora si se han cumplido los objetivos	,832	79	,000
Evaluación	Valora situación actual del paciente con los resultados deseables	,818	79	,000
	Evalúa el plan para mantenerlo, modificarlo o finalizarlo	,880	79	,000
	Registro de cumplimiento o modificaciones del plan	,894	79	,000
	VALORACIONTOTALCH	,931	79	,000
	DIAGNOSTICOTOTALCH	,921	79	,000
	EJECUCIONTOTALCH	,934	79	,001
EVALUACIONTOTALCH	,949	79	,003	

## INFORMACIÓN GENERAL

Universidad: Universidad Peruana Unión  
Grado Académico: Maestría en Enfermería con énfasis en administración y gestión

Asesora:	Dra. Ángela Paredes
Tipo de Investigación:	Cuantitativa experimental
Investigadora:	Olga Liliana Mejía Arango
Institución de Aplicación:	Clínica Medellín
Muestra de Aplicación:	40 enfermeras. 20 en el grupo de estudio y 20 en el grupo control
Duración:	2 meses
Total de Horas	80 horas
Horas teóricas presenciales	40 horas
Horas independientes	40 horas
Créditos	5

### **1. Descripción del curso**

El cuidado de enfermería como objeto fundamental del conocimiento y de la práctica profesional, requiere de sólidos conocimientos en aspectos humanísticos, sociales y biológicos, indispensables para acompañar en forma integral a los seres humanos a lo largo de su ciclo vital, en situaciones de salud o de deterioro de la misma. De igual forma, se requiere formación en los aspectos disciplinares que le permitan al profesional de enfermería desarrollar identidad y claridad conceptual sobre su campo de acción y le faciliten la aplicación de métodos y herramientas propios para el cuidado de los seres humanos y para el desarrollo del conocimiento de enfermería.

El desarrollo del curso se hace mediante la revisión y el estudio de la bibliografía recomendada y la realización de ejercicios prácticos en cada una de las fases del Proceso de Atención de Enfermería, que permitan comprender y verificar el aprendizaje. Así mismo, se incorpora el modelo conceptual: Satisfacción de necesidades propuesto por Virginia Henderson como fundamento para el ejercicio de la enfermería, que permiten brindar el cuidado desde las necesidades y el desarrollo humano de la persona y clarificar las funciones propias de las profesionales de enfermería.

Los contenidos del curso están incluidos en siete módulos, cada uno de ellos con objetivos específicos que pueden lograrse mediante el estudio de los textos sugeridos, la participación en los foros y con la realización de las tareas y los ejercicios de aplicación. Cada una de las fases del PAE se ilustrará mediante casos

clínicos y narrativas de enfermería que servirán de referentes para la verificación de los contenidos teóricos aprendidos.

El Proceso de Atención de Enfermería - PAE, como método, se constituye en una herramienta científica, técnica y humanística que le permite a los profesionales de enfermería, brindar las acciones de cuidado y responder adecuadamente al encargo social que le asiste a la profesión enfermera.

## **2. Objetivo general**

Integrar elementos metodológicos y disciplinares para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería-PAE, en el cuidado de las personas.

## **3. Objetivos específicos**

- Argumentar la importancia del PAE como identidad para los profesionales de enfermería.
- Identificar cada una de las fases del PAE.
- Aplicar cada una de las fases del PAE a diferentes experiencias de cuidado.
- Aplicar la taxonomía de la NANDA en la formulación de diagnósticos.
- Aplicar la taxonomía NOC, NIC en la planeación y ejecución del cuidado
- Articular el PAE a un modelo conceptual de la disciplina.
- Identificar el marco ético - legal para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

## **4. Propósito**

Mejorar la gestión y calidad del cuidado de enfermería a las personas, familia y colectivos mediante la formación de los profesionales, en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería con base en los referentes teóricos de la disciplina Enfermera.

## 5. Estructura programática

Módulos y temas	Competencia a desarrollar	Horas de trabajo académico		Metodología
		Presencial	Independiente	
Módulo 1 Presentación del curso y sensibilización	Explica la importancia del método científico para consolidar la identidad profesional y disciplinar, en el contexto de la práctica asistencial con bases teóricas	5	0	Sesiones de aprendizaje Presentación de video Desarrollo de taller
Módulo 2 Aspectos Ético-legales.	Analiza sobre los aspectos ético-legales que rigen la profesión de enfermería y específicamente la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	5	6	Lectura de documentos con guía Discusión estructura (debate) Desarrollo de talleres
Módulo 3 Primera fase: Valoración	Aplica los pasos de la valoración para la recolección de datos utilizando diferentes fuentes, con el fin de analizar el estado de salud de la persona	5	6	Lectura de documentos con guía Conversatorios Desarrollo de guía
Módulo 4 Segunda fase: Elaboración del Diagnóstico	Formula los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA	5	6	Clase expositiva Desarrollo de taller con experiencia de cuidado. Consultas bibliográficas
Módulo 5 Tercera fase: Planeación de las Intervenciones	Aplica las fases de la planeación del cuidado de enfermería	5	6	Consultas bibliográficas Desarrollo de taller con experiencia de cuidado

Módulo 6 Cuarta fase: Ejecución de las Intervenciones	Desarrolla el plan de cuidados con el fin de conseguir los objetivos propuestos y realizar el registro de la información	5	6	Desarrollo de taller con experiencia de cuidado
Módulo 7 Quinta fase: Evaluación del Cuidado de Enfermería	Valora si el plan de cuidados es adecuado o necesita revisión	5	5	Desarrollo de taller con experiencia de cuidado Desarrollo de guía
Módulo 8 El modelo de Virginia Henderson	Integra el modelo teórico de Virginia Henderson para la aplicación del cuidado de enfermería.	5	5	Lectura de bibliografía Desarrollo de taller con experiencia de cuidado Trabajo en grupo
<b>Total</b>		40	40	

## CONTENIDO

### 6. Evaluación

Se hará con la revisión de los productos solicitados para cada una de las actividades del curso. En caso de que éstas no cumplan con el objetivo propuesto se ofrecerá al participante una orientación individual. Los espacios de socialización se aprovecharán para recoger las dificultades que se presenten y a partir de éstas se harán ajustes al curso y a su metodología, si así se requiere.

El participante debe:

- Desarrollar la guía de valoración según Virginia Henderson aplicado a los casos clínicos o situaciones de Enfermería.
- Aplicar el PAE en un caso clínico desarrollado a través de trabajo grupal y según la guía propuesta.
- Desarrollar todas las actividades complementarias, planteadas en cada uno de los módulos como foros, chat. etc. y evaluación del curso en general según formato adjunto