

# Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación

<sup>1</sup>Aguilar-Serrano Leonor, <sup>2</sup>López-Valdez Margarita, <sup>3</sup>Bernal-Becerril Martha Lilia, <sup>3</sup>Ponce-Gómez Gandhi, <sup>4</sup>Rivas-Espinosa Juan Gabriel

<sup>1</sup>Licenciada en Enfermería, Hospital Médica Sur, <sup>2</sup>Enfermera Nivel Técnico, Hospital Médica Sur, <sup>3</sup>Maestras en Ciencias de Enfermería, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM, <sup>4</sup>Maestro en Ciencias de Enfermería, Hospital Médica Sur. México D.F. México

## Resumen

### Palabras clave

- Conocimientos
- Percepción
- Proceso enfermero

**Introducción:** En los últimos años la profesión de enfermería ha tenido modificaciones importantes que son reflejo de los cambios en el desarrollo social. El proceso enfermero se considera una herramienta fundamental para el ejercicio profesional en la práctica del cuidado a la salud.

**Objetivo:** Identificar el nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia en su aplicación por el personal de enfermería en un hospital privado.

**Metodología:** Se realizó estudio transversal en 154 enfermeras. A través de un instrumento autoadministrado, adaptado, que reportó un alfa de Cronbach de 0.841. Se indagó conocimientos y percepción de autoeficacia para la aplicación del proceso enfermero. Para analizar los datos se empleó estadística descriptiva e inferencial.

**Resultados:** El nivel de conocimientos exhibido es "suficiente" en enfermeras del áreas de hospitalización con 44.6% y las de áreas críticas con 33.8%, obteniendo una media de 6.7 en una escala del 1 al 10. Con respecto al nivel de autoeficacia para aplicar el proceso enfermero 50% de enfermeras del área de hospitalización están "completamente seguras de poder hacerlo", mientras que 55.1% de las enfermeras en áreas críticas están sólo "seguras de poder hacerlo".

**Discusión:** Los conocimientos son indispensables para el desarrollo personal y profesional. La autoeficacia, influye en el comportamiento humano por su impacto ante metas y aspiraciones, así como los impedimentos y oportunidades que se presentan en el medio social.

**Conclusiones:** Se sugiere fortalecer los conocimientos y mecanismos de autoeficacia acerca del proceso enfermero con lo que se espera vigorizar el cuidado profesional para la salud de los individuos.

## Abstract

**Introduction:** During the last years, the nursing profession has had important modifications which represent the change in social development. The nursing process is considered an essential tool for the professional practice regarding health care.

**Objective:** To identify the level of knowledge about nursing process and perception of self-efficiency during its implementation by nursing staff in a private hospital.

**Methodology:** A transversal study was done in 154 nurses. It was searched over knowledge and self-efficiency perception when implementing the nursing process through an adapted and self-administered instrument which reported a Cronbach-Alfa 0.841. Descriptive and inferential statistics were applied to analyze gathered data.

**Results:** The level of knowledge shown was "sufficient" in nurses working at hospitalization areas with 44.6% and those working at critical care areas with 33.8% obtaining an average of 6.7 in a scale 1 to 10. Regarding the level of self-efficiency to implement the nursing process, 50% nurses in hospitalization areas are "completely sure of doing it", meanwhile 55.1% nurses in critical care areas are only "sure of doing it".

**Discussion:** Knowledge is indispensable for personal and professional development. Self-efficiency influences in the human behavior because of its impact on goals and aspirations, as well as impediments and opportunities that are present in social life.

**Conclusions:** It is suggested to fortify the knowledge and mechanisms of self-efficiency regarding the nursing process with which it is expected strengthen professional care for the health of individuals.

### Key words

- Knowledge
- Perception
- Nursing process

Correspondencia:

Gandhy Ponce Gómez. Calle 615 No. 18 Unidad Hab. San Juan de Aragón. Sección V, C.P. 07979, Delegación Gustavo A. Madero, México, D.F. Tel. 57944479.

Dirección electrónica: gandhy\_ponce@yahoo.com.mx

## Introducción

Los cuidados de enfermería ante situaciones de salud, son la expresión y el cumplimiento de un servicio indispensable en determinadas circunstancias de la vida, dicho servicio no está cubierto de forma integral por otro grupo de profesionales.

El Proceso Enfermero (PE) constituye el método de intervención que distingue a la disciplina. Su aplicación se hace cada día más indispensable en los ámbitos de la enseñanza y de la práctica diaria. En la asistencia sanitaria, el personal de enfermería es quien mantiene el vínculo más cercano con los usuarios y de acuerdo con Alfaro<sup>1</sup> (1992), se implementan herramientas metodológicas para el cuidado, a fin de satisfacer las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar la continuidad del cuidado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 declara al proceso enfermero como "un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades de salud del usuario/familia o comunidad; en él se definen los objetivos, se fijan las prioridades e identifican los cuidados que hay que proporcionar, y los recursos con los que se cuenta. Estas acciones implican procesos intelectuales, para tomar decisiones y proporcionar cuidados oportunos, de calidad y calidez".

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

El uso del PE permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, representa un plan terapéutico que emplea la enfermera para tratar a la persona como un todo.<sup>2</sup>

Bandura (1986), establece que el conocimiento y habilidad influye en el comportamiento y es el resultado de la interacción de la persona con el medio ambiente. De acuerdo a la teoría cognitiva social, **la autoeficacia** es la confianza en la habilidad para desarrollar una acción y perseverar en ella.<sup>3</sup> Así mismo señala fortalezas, utiliza persuasión y estímulos, operacionaliza el cambio de comportamiento a través de pequeños pasos, motiva a los individuos a realizar aquellas conductas en las que sobresalen así la percepción acumulativa de eficiencia, determina la predisposición para realizar una conducta dada, donde dicho dominio se origina a partir de los conocimientos, la experiencia o las habilidades prácticas.<sup>4</sup>

Esto quiere decir que aquella personas, en este caso los profesionales de enfermería que están seguros de realizar el PE, se les capacita, adquieren el dominio y nivel de autoeficacia y por ende integran esta herramienta metodológica como parte de la atención que proporciona.

En la práctica profesional para profundizar la gestión del cuidado se requiere identificar el nivel de conocimientos del PE, así como reconocer la percepción de autoeficacia que se tiene para traspasar estos conocimientos en situaciones reales ante el cuidado de la salud de los individuos. Así, para ejecutar el cuidado se requiere del dominio de conocimientos y de reconocer a la autoeficacia como el resultado de las conductas.

Durante la formación profesional se adquieren los conocimientos teórico-prácticos del PE, que permiten realizar acciones dependientes, interdependientes y específicamente independientes con fundamento científico del quehacer profesional permitiendo a la enfermera dejar de ser hacedoras

y convertirse en enfermeras analíticas y reflexivas, lo que fortalece la profesión.

Respecto a estudios previos, Maña, Mesas y González (2000) investigaron sobre la aplicación del proceso de enfermería en el ámbito profesional particularmente en la utilización de los diagnósticos de enfermería entre enfermeras de España, reportaron que 68% afirma conocer el PE, aunque sólo 10% de los enfermeros hacen uso de éste en el ámbito clínico argumentando como principal causa de la no utilización de los diagnósticos, la falta de conocimientos y de tiempo; situación que puede coincidir en los profesionales motivo del estudio y fuente de inquietud para la presente investigación.

Zaragoza y Smith (2001), en un estudio realizado en España, con metodología de triangulación en torno al grado de utilización del proceso enfermero en una unidad hospitalaria (cuantitativa) y a la opinión y percepción ante él, indagaron también los conocimientos sobre éste (cualitativa). Tras el análisis encontraron que las enfermeras comentan que su formación acerca de PE es deficiente o incluso nula, y que su iniciativa en la toma de decisiones está supeditada a los médicos o protocolos médicos.

Bernal (2002) reporta que el nivel de conocimientos de PE que exhibieron estudiantes de semestres intermedios y avanzados de la carrera de licenciatura en enfermería era de un dominio amplio y claro. El índice general de autoeficacia muestra que los alumnos de mayor edad son quienes se perciben más eficaces para la aplicación del PE ante situaciones reales, y que los estudiantes que consideran fácil aplicar el PE, es también alto su nivel de autoeficacia.<sup>5</sup>

El propósito de este estudio fue identificar el nivel de conocimientos sobre el proceso enfermero y la percepción de autoeficacia en su aplicación por el profesional de enfermería de un hospital privado del Distrito Federal.

La percepción de autoeficacia es entendida como "el nivel de confianza que se posee para aplicar el PE ante situaciones de salud del paciente"; así como contemplar la existencia de factores influyentes que pueden limitar o intervenir adecuadamente en la práctica profesional o en los componentes de la autoeficacia, que mejorarán la atención del cuidado, que será con calidad y calidez y se verá reflejada en forma sistemática y organizada en beneficio del usuario.

## Metodología

Se realizó estudio transversal en enfermeras ubicadas en los servicios de hospitalización y áreas críticas con una  $N=530$  y una muestra de 154, utilizando la fórmula para poblaciones finitas (determinadas) y una selección aleatoria por medio de selección sistemática de unidades de análisis, lo que permitió tener una muestra proporcionada de la población con la fórmula  $K=N/n$ , donde  $K$  es un intervalo de la selección sistemática y  $N=$  la población.

Previo consentimiento informado se aplicó un instrumento autoadministrado que permitió indagar conocimientos y percepción de autoeficacia para su aplicación; adaptado del instrumento "Conocimientos y percepción de autoeficacia para la aplicación del PE en alumnos de pregrado" (Bernal). Dichas adaptaciones consistieron básicamente en incorporar algunos aspectos sociodemográficos; al respecto de conocimientos acerca de PE se abarcó el concepto, etapas, características de cada una de ellas y utilidad. La escala para evaluar nivel de conocimientos del PE fue de 0 a 10, siendo de 1 a 2 el mínimo que significó que no identifica el concepto del PE ni sus etapas, ni características de éstas, de 2.1 a 4 puntos indica que: no identifica claramente el concepto, etapas y características del PE; entre 4.1 y 6 puntos: Identifica relativamente cada uno de los componentes del PE; de 6.1 a 8 identifica

suficientemente y de 8.1 a 10 identifica ampliamente concepto, etapas y características del PE. La variable autoeficacia fue medida a través de la escala de autoeficacia de Bandura; instrumento adaptado especificando las habilidades a evaluar en el estudio, a través de una escala tipo Likert que va de 0 a 100 donde de 0 a 20 indica para el caso: "no puedo" aplicar el PE ante situaciones reales de salud de un individuo; entre 21 y 40 "poca creencia" del enfermero en poder aplicar el PE ante situaciones reales; de 41 a 60 puntos el sujeto se siente "relativamente seguro" de aplicar el PE; entre 61 y 80 puntos el sujeto se siente "seguro" de poder aplicar el PE ante situaciones de salud de un individuo y entre 81 y 100 el profesional de enfermería se siente "completamente seguro" de poder aplicar el PE ante situaciones reales de salud de un individuo. La sección de autoeficacia alcanzó un alpha de Cronbach de 0.871 en la aplicación definitiva con lo que se puede decir que el instrumento es confiable respecto a la consistencia interna de las preguntas.

Mientras la sección de conocimientos fue sometida a un consenso de expertos en la materia realizándole en su oportunidad, modificaciones sugeridas por éstos.

Previo a la aplicación definitiva, se llevó a cabo una prueba piloto en una población de 33 enfermeras con características semejantes a los de la investigación, lo que además permitió hacer ajustes de redacción en algunos rubros.

Los datos fueron procesados por los investigadores en el paquete estadístico SPSS V.11.0 y se realizó análisis descriptivo e inferencial.

Al respecto de las consideraciones éticas tenemos que el presente estudio se considera de riesgo mínimo de acuerdo con lo señalado en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud; en el título 2o, capítulo 1, artículos 13, 16 y 100 (Ley General del Salud, 1998). El art. 16 establece que se protegerá la privacidad de los individuos sujetos a investigación, por lo que los instrumentos se manejaron respetando el anonimato. Respetando el párrafo IV del art. 100 se contó con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizó la investigación.

## Resultados

Del grupo investigado, 79.2% son enfermeras con estudios de nivel técnico, 4.9% licenciadas en enfermería, 4.5% enfermeras con curso posttécnico y 1.3% enfermeras con posgrado.

En cuanto a la edad de las enfermeras, 74% se encontró por debajo de los 30 años, el rango osciló entre 20 y 50 años, la media de 28.5 años.

El 36.4% de la población proviene de escuelas dependientes de la Secretaría de Educación Pública (CONALEP, CETIS, CEBETIS), y 35.7% egresadas de la Universidad Nacional Autónoma de México. El nivel de conocimientos sobre el proceso enfermero de las enfermeras ubicadas en las áreas de hospitalización (44.6%) "identifica suficientemente el concepto y sus etapas", y 33.8% con mismos resultados las enfermeras asignadas en áreas críticas, con una calificación promedio de 6.7 (cuadro I).

Cuadro I. Conocimientos del personal de enfermería acerca del proceso enfermero

Servicio	-6 (%)	6.1 a 7 (%)	7.1 a 8 (%)	8.1 a 9 (%)	+ 9.1 (%)
Hospitalización	32.4	13.5	44.6	6.8	2.7
Áreas críticas	31.2	19.5	33.8	11.7	3.9

Promedio de conocimientos: 6.7

El índice general de autoeficacia mostró que 50% de las enfermeras de hospitalización, están "completamente seguras de poder aplicar el PE ante situaciones reales" y 55% que labora en áreas críticas están sólo "seguras de poder hacerlo" (cuadro II).

No se encontraron factores influyentes que pueden limitar o intervenir adecuadamente en la autoeficacia durante la práctica profesional.

No existen diferencias significativas en el nivel de conocimientos acerca de PE y la categoría laboral que sustentan, ni con el nivel de estudios que tienen.

No existe significancia estadística entre el nivel de conocimientos y la autoeficacia percibida para la aplicación del PE.

## Discusión

De acuerdo con la teoría cognitiva social, la autoeficacia motiva a los individuos a realizar aquellas conductas en las que sobresalen, así la percepción acumulativa de eficacia, determina la predisposición para realizar una conducta dada donde dicho dominio se origina a partir de los conocimientos, la experiencia o las habilidades prácticas propias de la profesión (Lucas,<sup>6</sup> 2000), condición reflejada en la muestra estudiada ya que se encontró nivel de conocimientos "regular" lo mismo que el grado de autoeficacia percibida para la aplicación del PE ante situaciones reales ante el cuidado a la salud de los pacientes.

Castro, Montalvo y Ayala<sup>7</sup> (2001), en un estudio realizado en personal de enfermería, cuyo objetivo fue: determinar la relación entre el grado de conocimientos del PAE y su registro, detectaron que el grado de conocimientos fue de regular a deficiente en 98.8% de los casos, situación que se presentó muy similar en esta investigación con lo que se confirma la necesidad de educación continua al respecto de esta herramienta metodológica tan útil en el quehacer de enfermería.

La presente investigación no arroja datos acerca de factores intervinientes para el incremento de la autoeficacia en la aplicación del PE, sin embargo Bernal (2002) reportó en su estudio que los alumnos de mayor edad son quienes se perciben más eficaces para la aplicación de dicha herramienta metodológica ante situaciones reales, condición que no reportó la presente investigación.

Un individuo con alta autoeficacia se compromete más con las actividades que se le encomiendan y muestra un mayor compromiso y persistencia, a pesar de las dificultades que se puedan encontrar.

## Conclusiones

El cuidado es la razón de ser de la enfermera y, para proporcionarlo es necesario utilizar una herramienta metodológica, la más propuesta: el PE, que define el ejercicio profesional como un proceso reflexivo en donde las actividades implican procedimientos intelectuales para elegir las decisiones correctas y

que beneficien al usuario, al tiempo que a la enfermera le permita su crecimiento y desarrollo profesional hasta lograr una autoeficacia satisfactoria en el cuidado.

La autoeficacia tiene implicación en el ámbito laboral y es necesario que se diseñe e implemente un instrumento en donde se contemplen las etapas del PE para proporcionar el cuidado y así lograr incrementar autoeficacia percibida en la aplicación repetida, sistemática y replicada del personal profesional de enfermería en su trabajo diario.

La puesta en marcha del proceso enfermero requiere, por un lado, conocimientos suficientes para su implementación y por otro, la percepción de poder llevar a cabo dicha acción (autoeficacia), ambas tareas pueden implementarse en el ámbito laboral por medio de sesiones de educación continua donde se aborde la temática.

## Referencias

1. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Barcelona: Doyma, 1992.
2. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1993.
3. Contreras A. (2000). Presentación de Modelos Teóricos Conductuales: La Teoría del Aprendizaje. [en línea] <http://www.teoriasdelaprendizaje.html>. [Consultado 26/04/2006]
4. Bandura A, Walters R. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza Editorial, 1982.
5. Bernal BM, Ponce GG, González JL. Nivel de conocimientos y percepción de autoeficacia para la aplicación del PAE. Revista Enfermería Universitaria 2006; 3(2).
6. Lucas MS. Estereotipos por razón de género en el autoconocimiento y autoeficacia profesional. Universidad de Valladolid. 2000 [en línea] <http://www.psico.uniovi.es/REIPS/v1n1/art5.html> [Consultado 26/04/2006]
7. Castro, Montalvo, Ayala. Relación entre el grado de conocimientos del PAE y su registro. Desarrollo Científico de Enfermería. 2001; 10 (3).

Cuadro II. Nivel de autoeficacia del personal de enfermería para aplicar el proceso enfermero

Servicio	Completamente seguro de poder hacerlo (%)	Seguro de poder hacerlo (%)	Relativamente seguro de poder hacerlo (%)	Apenas cierto de poder hacerlo (%)
Hospitalización	50	44.6	4.1	1.4
Área crítica	37.2	55.1	3.8	3.8