

Iris Lumillo Gutiérrez

Uso y actitud hacia el diagnóstico enfermero: Revisión integrativa y análisis de patrones en dos muestras internacionales.

Tesis doctoral

**Uso y actitud hacia el diagnóstico enfermero:
Revisión integrativa y análisis de patrones en dos muestras internacionales**

Tesis doctoral
Iris Lumillo Gutiérrez



Escola Universitària d'Infermeria
Programa de Doctorat de Ciències Infermeres

Uso y actitud hacia el diagnóstico enfermero: Revisión integrativa y análisis de patrones en dos muestras internacionales.

Tesis doctoral

Doctoranda

Iris Lumillo Gutiérrez

Bajo la dirección de los doctores

Dra. Núria Fabrellas Padrés

Dr. José Manuel Romero Sánchez

Tutorización

Dra. Maria Pilar Isla Pera

Barcelona, julio de 2017

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-SinObra-Derivada (by-nc-nd). No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

Para ver una copia de esta licencia puede visitar:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Ilustración portada:Título: Relativity. Autor: M.C. Escher
Diseño y maquetación: Jordi Gordon Guerra



Presentación

Esta tesis doctoral forma parte del Programa Doctorado de Ciencias Enfermeras de la Universidad de Barcelona, y ha sido dirigida por la Dra. Núria Fabrellas Padrés, profesora titular de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona, y por el Dr. José Manuel Romero Sánchez, adscrito al Grupo de Investigación PAIDI-CTS 1019 de la Universidad de Cádiz.

En esta tesis se realiza una evaluación de los factores asociados al uso del diagnóstico enfermero por enfermeras en dos muestras nacionales. Se ha llevado a cabo mediante tres estudios descriptivos. El primero es una revisión integradora de la bibliografía y se ha articulado con los dos estudios posteriores, llevados a cabo mediante un análisis por conglomerados

para lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y mayor diferencia entre los mismos. Así, se ha pretendido comparar las características sociodemográficas, profesionales u organizativas con los factores cognitivos enmarcados en la Teoría de la Conducta Planificada.

Con la realización de esta tesis doctoral se pretende generar conocimiento sobre los factores que se deben tener en cuenta en la implantación del diagnóstico enfermero en los diferentes entornos clínicos. Además, permitirá conocer si los factores descritos están respaldados por las teorías cognitivas, las cuales permiten explicar y predecir el comportamiento humano y determinar si los entornos de práctica enfermera influyen en muchos aspectos de la práctica enfermera, como puede ser el uso del diagnóstico enfermero.

Índice

Listado de abreviaturas	10
Agradecimientos	13
Resumen	19
Preámbulo	27
Capítulo 1 Introducción	31
1. Antecedentes y estado actual	31
2. Marco teórico	35
2.1. Diagnóstico enfermero	35
2.2. Creencias, actitudes y conducta	42
2.3. Actitudes hacia el diagnóstico enfermero	56
2.4. Entornos de práctica enfermera	61
3. Planteamiento y formulación del problema de investigación	67
Capítulo 2 Justificación, hipótesis y objetivos	71
Capítulo 3 Métodos	75
Fase 1: Revisión bibliográfica: Actitudes, opiniones y experiencias hacia el diagnóstico enfermero: una revisión de la bibliografía.	75
Fase 2: Influencia de las características de las enfermeras y los entornos de práctica en el diagnóstico enfermero en una muestra de enfermeras del ámbito de atención primaria	78
Fase 3: Influencia de las características enfermeras, actitud, intención y conducta ante el diagnóstico enfermero en enfermeras con distintas creencias conductuales, normativas y de control conductual.	85
Capítulo 4 Resultados	97
Resultados Fase 1	97

Resultados Fase 2	105
Resultados Fase 3	110
Capítulo 5 Discusión global	123
Discusión	123
Limitaciones	133
Implicaciones para la práctica enfermera	136
Difusión de la investigación	137
Capítulo 6 Conclusiones	141
Capítulo 7 Referencias bibliográficas	143
Capítulo 8 Anexos	163
Anexo 1 Certificado de aprobación del Comitè Ètic d'Investigació Clínica	164
Anexo 2 Carta de solicitud de participación en el estudio	165
Anexo 3 Consentimiento informado	166
Anexo 4 Carta de solicitud de participación postest.	167
Anexo 5 Presentación de comunicación científica de los resultados de la Fase 2 en las XI Jornadas de trabajo AENTDE.	168
Anexo 6 Carta al director publicada en la Revista ENE Enfermería	174
Listado de tablas, figuras y gráficos	180

Listado de abreviaturas

ACENDIO Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes.

AENTDE Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de enfermería

AFCP Análisis factoriales confirmatorios preliminares

ANA American Nursing Association

ASEDC Distancia media euclídea cuadrada entre los centroides de los grupos

CIE Consejo Internacional de Enfermería

DE Diagnóstico enfermero

IAC Índice de ajuste comparativo

NANDA North American Nursing Diagnosis Association

NANDA-I North American Nursing Diagnosis Association International

NIC Nursing Interventions Classification

NOC Nursing Outcomes Classification

NDRP Nursing Diagnosis Research Project

PE Proceso enfermero

PES-NWI Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

PND Position on Nursing Diagnosis

PND-SV Position on Nursing Diagnosis Spanish Version

RECMA Raíz del error cuadrático medio de aproximación

SD Desviación estándar

SEC Suma de errores de cuadrados

TAR Teoría de la Acción Razonada

TPB Theory of Planned Behaviour

TCP Teoría de la Conducta Planificada

WHO World Health Organization

Agradecimientos

Esta tesis doctoral ha sido posible gracias a numerosas personas que de una manera u otra han contribuido en el inicio en esta etapa y me han ayudado en todo el camino. En primer lugar, quiero agradecer a los doctores Núria Fabrellas Padrés y José Manuel Romero Sánchez, por haber aceptado iniciar este camino conmigo como directores.

A la Dra. Núria Fabrellas, gracias a tu confianza pude iniciarme como investigadora. Mi gratitud hacia ti por haberme animado, sugerido y enseñado con calidez y dedicación personal en todas las etapas de esta tesis doctoral. Por aconsejarme no sólo en lo que concierne

a los estudios doctorales, si no a saber sobrellevarlos con todo lo demás. Gracias por haberte mostrado abierta a nuevos objetivos y nuevos compañeros que han aportado a esta tesis doctoral. Han sido cuatro años de muchos cambios y agradezco que hayas estado siempre al lado aportando tus conocimientos y percepciones en cada etapa, los cuales han sido indispensables. Me llevo un gran aprendizaje a tu lado, en todos los sentidos, del que espero seguir disfrutando.

Al Dr. José Manuel Romero Sánchez, también son muchos los motivos de mi gratitud hacia ti. En primer lugar, mi interés en la enfermería basada en la evidencia y

en las cuestiones relacionadas con el uso del diagnóstico enfermero me llevaron a ti, y por ello, me has ayudado de una manera grata sin haberte pedido nada previamente. Por otro lado, trabajando junto a ti y desde la distancia, ha sido muy enriquecedor, me ha llevado a aprender muchas cosas, no sólo en lo académico, sino también en lo profesional y personal. También, no me cabe duda que son muchas las personas que opinan que eres un ejemplo a seguir, por tu capacidad, ilusión y rigurosidad en todo lo que haces, por eso creo que es un gran privilegio haberte conocido y tenido como director.

Mi reconocimiento al Dr. Fabio D'Agostino, Dra. Olga Paloma Castro y Dr. Ruymán Brito, ya que he tenido la gran oportunidad de trabajar con vosotros, lo cual considero una oportunidad y una de las contribuciones más grandes que ha tenido esta tesis. Agradezco a José nuevamente que me haya llevado a vosotros. Por un lado, es fantástico conocer personas y profesionales que trabajen y crean en lo

mismo que tú, y por otro lado, vuestros trabajos y aportaciones a los artículos han sido fundamentales en el resultado final.

A la Dra. Sofía Berlanga, mi tutora de residencia, porque gracias a ti, inicié mi interés en la investigación y en trabajar en base a la evidencia. Tu rigurosidad trabajando me ha hecho tenerte como referente en todo. Tuve una gran suerte de tenerte como tutora de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, porque gracias a eso, crecí profesionalmente a pasos agigantados y aprendí la importancia de investigar sobre todo lo que hacemos en nuestra práctica. Gracias por ver en mí mis ganas e ilusión por la investigación.

A la Dra. Edurne Zabaleta, mi compañera de investigación y que, al igual que Sofía, supo ver en mí las ganas e ilusión en la investigación. Gracias Edurne por haberme enseñado tanto en investigación, cada conversación contigo por ocasional que sea, es un aprendizaje más. Contigo aprendí que la investigación se aprende

haciendo investigación, por eso, quiero mostrarte mi gratitud por haberme inmerso en proyectos, estudios, evaluaciones de investigación, ya que todo esto ha contribuido a que me embarque y continúe en esta tesis doctoral. Y de la mano en esta gran etapa, he ido con Ana M Urpí, a la que también agradezco haberme acompañado en este camino, por haber compartido juntas tantos momentos y grandes dudas que con el tiempo hemos ido resolviendo, lo cual ha sido un gran pilar para mí. No sólo me he llevado dos compañeras de investigación, si no dos grandes amigas.

A mis compañeros del CUAP Castelldefels, sin duda, el inicio y prácticamente el fin de esta tesis ha sido a vuestro lado. El gran equipo y vínculo que formamos todos no me cabe la menor duda que me ha ayudado en este largo camino. Miquel, Mónica, Marta, Luisa, Olga, Laura, Toni y el resto de la gran familia que formábamos, creo que nunca encontraré en un equipo lo que encontré en vosotros, y cuando

hable de esta tesis doctoral siempre me vendrá el CUAP a la mente, porque de alguna manera contribuisteis en ella apoyándome y ofreciendo vuestra ayuda en todo. Sin duda, lo que me llevo de mi etapa con vosotros es la profesionalidad, no ponernos limitaciones a ningún aspecto de nuestra práctica, y creer en lo que hacemos.

A Lorena Villa, Marina Garzón y Sandra Recio. La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria nos ha hecho tener tantas cosas en común, que nos ha llevado a ser como somos y a ver la enfermería como la vemos. Gracias por haber contribuido en la revisión de algunos documentos, sin duda sois una parte fundamental de esta tesis, y aunque nuestros caminos de momento se han separado, estoy segura que lo que hemos ganado juntas con la especialidad, nos mantendrá siempre unidas.

A la empresa Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP), donde trabajé en la mayor parte de esta etapa, y

donde llevé a cabo toda la formación que concierne a esta tesis, y que sin vuestra ayuda en lo laboral, no hubiera sido posible. Gracias por haberme facilitado poder realizar la formación referente a la tesis. Vuestra creencia y apuesta en la formación profesional continua ha sido fundamental en la realización de esta tesis.

A l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC), por haber contribuido en la difusión de las encuestas de esta tesis, y haberme acompañado durante todo el proceso de su desarrollo. También quiero agradecer a la dirección del Institut Català de la Salut, especialmente a la Dra. M^a Eulàlia Juvé Udina por haber colaborado y haberme facilitado los recursos necesarios para realizar la presente tesis doctoral.

También quiero expresar mi profundo agradecimiento a todos las enfermeras y enfermeros que aportaron su opinión y experiencia profesional participando en el estudio. Gracias por la generosidad y el esfuerzo personal, ya que sin vosotros no

hubiera sido posible esta tesis doctoral.

A mi madre y a mi hermano, por haberme cuidado e inculcado en mí los valores del trabajo y la persistencia en todo lo que hago desde bien pequeña.

Finalmente a Jordi, por tu apoyo incondicional en todas las cosas que conciernen a mi profesión, por haberte implicado en esta tesis doctoral y en muchos trabajos más. También, por todas esas cosas que tenemos en común que me animan a seguir adelante con todo lo que empiezo. Espero algún día ayudarte tanto como me has ayudado tú a mí. Gracias por tu paciencia, cariño e ilusión.

Resumen

Introducción: Existe un interés creciente internacional en averiguar qué factores se encuentran detrás de un uso irregular del diagnóstico enfermero. Las actitudes hacia el mismo se han posicionado como un importante factor asociado con su uso. No obstante, la unidireccionalidad de la actitud como determinante de la conducta sigue siendo una cuestión a día de hoy, debido a que existen otros factores cognitivos que pueden determinar la conducta. Estas lagunas sugieren que el control conductual percibido y la norma subjetiva, como factores cognitivos enmarcados en la Teoría de la Conducta Planificada, podrían determinar el uso del diagnóstico

enfermero de la misma manera que lo hacen las actitudes. Asimismo, el hecho que en estudios previos, el campo de trabajo haya sido una variable relacionada con la actitud, induce a pensar que los entornos de práctica enfermera podrían conformar la norma subjetiva e influir sobre el uso del diagnóstico. Por lo que investigar estos factores llevará a conocer qué otros determinantes están detrás de un uso irregular de diagnóstico enfermero. Esto permitirá guiar las estrategias de implantación en las instituciones de salud y que éstas aborden diferentes factores organizativos y profesionales.

Objetivo: Describir el uso y actitud de

las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero, y su relación con el control conductual percibido y las normas subjetivas enmarcadas en los entornos de práctica enfermera.

Métodos: Estudio de diseño transversal llevado a cabo en tres fases. En la fase 1 se realizó una revisión bibliográfica de acuerdo con las recomendaciones de Whittemore y las directrices PRISMA mediante búsqueda en bases de datos electrónicas a partir de descriptores y palabras claves. En la fase 2 se llevó a cabo un diseño transversal por conglomerados mediante encuesta en formato electrónico. La muestra fue de conveniencia en enfermeras del ámbito de atención primaria y se obtuvo a través de la dirección enfermera del Ámbito de Atención Primaria de Cataluña. En la fase 3, se llevó a cabo un diseño transversal por conglomerados mediante una encuesta en una muestra binacional (Italia y España). Las enfermeras italianas fueron reclutadas en dos hospitales (hospital universitario y

hospital general) del centro de Italia. En España, las enfermeras fueron reclutadas de los centros de Atención Primaria de Cataluña.

Resultados: En primer lugar la fase 1 obtuvo que catorce estudios incluidos aglutinaban un total de 2497 enfermeras estudiadas. Cinco estudios utilizaron metodología cualitativa para abordar el estudio de las actitudes, opiniones y experiencias de las enfermeras, y nueve utilizaron metodología cuantitativa para estudiarlas. La calidad de los estudios seleccionados fue media para el 64,2% de los artículos y alta para el 35,71% de los artículos. En segundo lugar, de la fase 2 se obtuvo una muestra de 239 enfermeras que respondieron correctamente al cuestionario completo. La mayoría de las enfermeras trabajaban en el campo asistencial, mientras que sólo el 15% trabajaban en el campo de gestión de salud o servicios. Las enfermeras pertenecientes a grupos con una mayor tasa de utilización del diagnóstico enfermero mostraron actitudes más

positivas hacia el DE. La edad se asoció con mayor utilización del diagnóstico enfermero ($p=0.014$) y el campo de trabajo con la actitud hacia el DE ($p=0,031$). Los análisis realizados han mostrado que las enfermeras que trabajaban en entornos de práctica enfermera favorables, pertenecían a los grupos con actitud más positiva ($p<0,001$) y una mayor tasa de utilización del diagnóstico enfermero ($p=0,034$) con diferencias significativas entre conglomerados. Y en tercer lugar, la fase 3 obtuvo una muestra de 549 enfermeras, en la cual, la muestra española e italiana los niveles de actitud, intención y comportamiento eran generalmente más altas para los grupos con niveles de creencias (conductuales, normativas y de control conductual) más altas de manera significativa.

Conclusiones: La actitud hacia el diagnóstico enfermero se ha mostrado una vez más como un importante factor asociado con su uso. El campo de trabajo continúa siendo una variable determinante

en las actitudes, y las variables demográficas por primera vez han mostrado tener una relación estrecha con el uso del diagnóstico enfermero. Por otro lado, la norma subjetiva evaluada mediante los entornos de práctica enfermera se ha posicionado como un factor relacionado con su uso del diagnóstico enfermero y un factor asociado a la actitud hacia el mismo. Por último, el control conductual percibido también ha mostrado ser determinante en la intención y uso del diagnóstico enfermero, por lo que podemos concluir que la Teoría de la Conducta Planificada podría ser adecuada para una mejor comprensión de los factores influyentes en el uso del diagnóstico enfermero.

Palabras clave: diagnóstico de enfermería; proceso de enfermería; enfermería; enfermeras; actitud del personal sanitario; actitud; conducta; creencias; adaptación psicológica.

Summary

Introduction: There is a growing international interest to determine which factors lie behind an irregular use of nursing diagnosis. Attitudes towards it have been positioned as an important associated factor with its use. However, the unidirectional attitude as a determinant of behavior remains an issue today, because there are other cognitive factors that can determine behavior. These gaps suggest that perceived behavioral control and the subjective norm, as cognitive factors framed in the Theory of Planned Behavior, could determine the use of nursing diagnosis in the same way as attitudes do. Likewise, the fact that in previous studies, the field of work has been a variable related to attitude, leads us to think that the nursing practice environments could conform the subjective norm and influence the use of diagnosis and the attitude. The investigation of these factors may lead to understand what other determinants are behind an irregular use of nursing

diagnosis. This will guide implementation strategies in health institutions and that they address different organizational and professional factors.

Aim: The general objective was to describe the attitude and use of the nurses towards the nursing diagnosis in function of the perceived behavioral control and of the subjective norms framed in the nurses' practice environments.

Methods: A cross-sectional study design carried out in three phases. In phase 1 a integrative review has been carried out in accordance with Whittemore recommendations and PRISMA guidelines by searching electronic databases based on descriptors and keywords. In phase 2, a cluster analysis was carried out using an electronic survey. The sample was of the convenience in the primary care nurses and was obtained through the direction of Primary Care in Catalonia. In phase 3, a cluster analysis was carried out using a survey in a binational sample (Italy and Spain). Italian nurses were recruited from

two hospitals (university hospital and general hospital). In Spain, nurses were recruited from primary care centers in Catalonia.

Results: First, the phase 1 found that fourteen included studies agglutinated a total of 2,497 nurses. Five studies used qualitative methodology to address the study of nurses' attitudes, opinions and experiences, whereas nine used quantitative methodology. The quality of the selected studies was average for 64.2% of the articles and high for 35.7% of the articles. Second, from phase 2, a sample of 239 nurses was obtained that correctly answered the complete questionnaire. Most of the nurses worked in the health care field, while only 15% worked in the field of health management or services. Nurses belonging to groups with a higher rate of utilization of the nursing diagnosis showed more positive attitudes toward nursing diagnosis. Age was associated with greater use of the nursing diagnosis ($P = 0.014$) and the work field with the attitude

towards the nursing diagnosis ($p = 0.031$). Nurses who were working in favorable nursing settings belonged to groups with a more positive attitude ($p < 0.001$) and a higher rate of utilization of nursing diagnosis ($p = 0.034$) with significant differences between clusters. Thirdly, the phase 3 obtained a total sample of 549 nurses, in which the Spanish and Italian sample, attitude, intention and behavior levels were generally higher for groups with higher behavioral beliefs, normative beliefs and control beliefs.

Conclusions: The attitude towards nursing diagnosis has once again been shown to be an important associated factor with its use. The field of work continues to be a determinant variable in attitudes, and demographic variables for the first time have been shown to be closely related to the use of nursing diagnosis. On the other hand, the subjective norm evaluated through the nurses' practice environments is an important associated factor the use of the nursing diagnosis and a factor associated to the attitude towards the

same. Finally, perceived behavioral control seems to be determinant in the intention and use of the nursing diagnosis, so we can conclude that the Theory of Planned Behavior might be adequate for a better understanding of the factors that influence the use of the nursing diagnosis.

Keywords: nursing diagnosis; nursing process; nursing; nurses; attitude of health personnel; attitude; behavior; culture; psychological adaptation.

Preámbulo

Esta tesis doctoral está enmarcada en la línea de investigación sobre el proceso enfermero, concretamente en el uso y actitud hacia el diagnóstico enfermero. El tema principal aborda la importancia del uso del diagnóstico enfermero para mostrar las contribuciones del cuidado enfermero y la importancia de los entornos de práctica enfermera como condicionantes en las conductas de las enfermeras.

En esta línea, la actitud hacia el diagnóstico ha mostrado ser un importante factor asociado a su uso; aunque existen otros factores cognitivos que pueden influir en el uso del diagnóstico enfermero. Es por ello que estas cuestiones han llevado a

plantear el estudio de la norma subjetiva y el control conductual percibido como factores conductuales condicionantes de la actitud y uso del diagnóstico enfermero.

Para ello, la estructura de la presente tesis doctoral se ha compuesto de tres estudios que permiten abordar el tema de uso y actitudes desde diferentes perspectivas. En primer lugar, se ha llevado a cabo una revisión integrativa de la literatura para investigar qué factores detrás del uso se han investigado a nivel internacional, mediante el análisis de las opiniones, experiencias y actitudes. Este análisis permitirá conocer su relación con la norma subjetiva y control conductual estudiados

en las fases 2 y 3.

En segundo lugar, mediante el análisis de las fases 2 y 3, ambas de enfoque exploratorio y descriptivo, se ha clasificado a las enfermeras en grupos en base al nivel de uso y actitud hacia el diagnóstico enfermero, relacionándolos con la norma subjetiva en la Fase 2, y con las creencias normativas, conductuales y de control en la Fase 3. Con ello se pretende lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y mayor diferencia entre los mismos, para posteriormente comparar las características sociodemográficas, profesionales u organizacionales que puedan existir.

¿Qué factores están detrás del uso y actitudes de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero?

Esta tesis doctoral permitirá ampliar el conocimiento sobre qué factores se deben tener en cuenta en la implantación del diagnóstico enfermero en diferentes entornos clínicos y qué estrategias

consensuadas por profesionales se deben llevar a cabo para incrementar el uso del diagnóstico enfermero en los diferentes contextos asistenciales. Si bien la Teoría de la Acción Razonada ha sido descrita como válida para explicar y predecir la conducta de las enfermeras mediante las actitudes, los resultados de esta tesis doctoral pretenden evidenciar la validez de la Teoría de la Conducta Planificada para conocer en mayor profundidad otros factores que también pueden influir en el uso del diagnóstico enfermero.

Estos aspectos serán abordados en tres fases:

La primera fase se ha realizado con el fin de analizar las opiniones, experiencias y actitudes hacia el diagnóstico en la bibliografía internacional, y observar si éstas guardan relación con los factores externos e internos de la enfermera estudiados en las dos fases siguientes.

La segunda fase, pretende estudiar en qué medida los entornos de práctica

enmarcados en las normas subjetivas, influyen en el uso del diagnóstico enfermero y éste en las actitudes. Este estudio se ha llevado a cabo en una muestra española de enfermeras del ámbito de atención primaria.

La tercera fase conforma la última etapa de esta tesis doctoral en la que se ha querido investigar sobre las creencias normativas, conductuales y de control que relacionadas con las actitudes, norma subjetiva, control conductual y la intención conductual. Se ha llevado a cabo en dos muestras poblacionales y en dos ámbitos distintos para investigar y comparar el comportamiento a nivel internacional.

Capítulo 1. Introducción

1. Antecedentes y estado actual

El impacto del cuidado enfermero en la salud de las personas es indiscutible, ya sea por la visión del tratamiento holístico de la persona, familia y comunidad (Herdman, 2012), por la mejora de la adherencia terapéutica (Pérez-Rivas et al., 2016) o por la disminución de la mortalidad (Aiken et al., 2014). No obstante, estas contribuciones han sido poco evaluadas debido a que los registros de los procesos de salud derivados del cuidado enfermero han sido irregulares (Thoroddsen, Saranto, Ehrenberg & Seremus, 2009). Por este motivo, el proceso enfermero (PE), como forma dinámica y sistematizada

de ofrecer cuidados (Alfaro, 2003), es extremadamente importante en los entornos clínicos para demostrar las contribuciones y mejorar la práctica enfermera (Cárdenas-Valladolid et al., 2012; Pérez-Rivas et al., 2016). Dentro del PE, el diagnóstico enfermero ocupa una parte muy relevante, ya que es el juicio clínico sobre el individuo, la familia o la comunidad de las respuestas a los procesos de salud (Herdman, 2012), y proporciona la base para las intervenciones de las que la enfermera tiene responsabilidad. El diagnóstico enfermero fue creado con el fin de mostrar las contribuciones enfermeras en el cuidado de la población (Carpenito,

En este capítulo se realiza una revisión de los elementos conceptuales que han servido de base para la realización de esta tesis doctoral, así como de las investigaciones realizadas anteriormente que guardan vinculación con el problema de estudio. De tal manera que se ubique el diagnóstico enfermero, las actitudes y creencias, y los entornos de práctica en un marco teórico.

2003). Por tanto, el lenguaje enfermero describe la actividad derivada del cuidado y permite evaluar sus contribuciones en los resultados de salud de las personas (Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2008).

Cada vez existe más evidencia del impacto del uso del proceso enfermero y especialmente del diagnóstico enfermero tanto para la disciplina como la población. Se han señalado ventajas para las enfermeras, como la mejora del pensamiento crítico en su práctica clínica (Müller-Staub, 2009), y una mayor identidad profesional (Axelsson, Björvell & Mattiasson, 2006) y autonomía (Elizalde & Almeida, 2006). Por otra parte, el uso del diagnóstico enfermero se ha mostrado que lleva a las enfermeras a una mejor planificación de la atención, mejorando la calidad de las intervenciones y, por tanto, los resultados alcanzados en sus pacientes (Müller-Staub, 2009). Algunos de estos demuestran un mejor manejo clínico, mejor adherencia terapéutica en

pacientes crónicos y una disminución de los costes farmacéuticos (Pérez-Rivas et al., 2016). Teniendo en cuenta los beneficios anteriores, existe un creciente interés internacional en investigar los elementos que influyen en el uso del diagnóstico enfermero.

Varios estudios llevados a cabo en diferentes países han encontrado que las actitudes se han postulado como un factor asociado del uso del diagnóstico enfermero, lo que revela que las enfermeras que tienen una actitud positiva hacia el mismo lo usaron en mayor medida (Guedes, Turrini, Sousa, Baltar & Cruz, 2012; Romero-Sánchez et al., 2014; D'Agostino et al., 2016).

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) es la base teórica en la que se ha fundamentado la mayor parte del estudio de actitudes hasta ahora. Según esta teoría, la conducta está determinada por la intención, y esta intención a su vez viene determinada por las actitudes y las normas subjetivas. Al estudiar la relación

entre actitudes en diferentes contextos clínicos y otros factores demográficos, profesionales o de nivel de contacto con los diagnósticos (Romero-Sánchez et al., 2014), se obtuvo que las enfermeras que tienen una interacción más estrecha con los mismos, presentan actitudes más positivas respecto a las que no tienen el mismo grado de contacto; es decir, se demostró la relación entre actitud y conducta. También, el campo de trabajo, concretamente el de gestión enfermera, fue relacionado con una actitud más favorable hacia el diagnóstico respecto a las que trabajan en otro ámbito (Romero-Sánchez et al., 2014), y este hallazgo induce a pensar que los entornos de trabajo pueden influir también en la conducta de uso del diagnóstico enfermero y la actitud, entendiendo los entornos como algún tipo de presión social o norma subjetiva (Fishbein & Ajzen, 1975).

Los resultados de estudios recientes apoyan las teorías clásicas sobre las actitudes, en las que se ha declarado

que las actitudes y la conducta están estrechamente relacionados (Cruz, Hayashi, Oliva & Correa, 2006; Romero-Sánchez et al., 2014; D'Agostino et al., 2016). Sin embargo, además de las actitudes y normas subjetivas, el control conductual percibido también puede ser un determinante en el uso del diagnóstico enfermero que se debe tener en cuenta, entendiendo el mismo como la capacidad percibida por las enfermeras en llevar a cabo la conducta. La Teoría de la Conducta Planificada (TCP), como extensión de la TAR, contempló este nuevo determinante. Como norma general, cuanto más favorable sea la actitud y la norma subjetiva con respecto a un comportamiento, y cuando mayor sea el control conductual percibido, más fuerte es la intención de la persona de ejecutar la conducta considerada (Ajzen, 1991).

Existe evidencia sobre la influencia de las normas subjetivas, el control conductual percibido, la intención conductual y las actitudes como factores asociados a la

conducta de las enfermeras en la toma de decisiones en diferentes contextos clínicos (Edwards et al., 2001; Sauls, 2007), y concretamente en el uso del diagnóstico enfermero enmarcados en la Teoría de la Conducta Planificada (Rudolph, 2008). En el caso de esta tesis doctoral, los entornos de práctica se han considerado también conformadores de la norma subjetiva, debido a que ésta es la presión social de personas cercanas o allegadas a las enfermeras, y el hecho que en estudios previos el campo de trabajo haya sido una variable relacionada con la actitud hacia el diagnóstico (Romero-Sánchez et al., 2014), sugiere que deben ser estudiados como factores externos con influencia en la conducta.

Los entornos de práctica han sido mundialmente estudiados, debido a su relevancia en el desarrollo de la profesión y en los resultados de la salud en la población (Warshawsky & Havens, 2011). En estudios donde se ha analizado la influencia de los entornos de práctica

relacionados con el grado de participación de las enfermeras en la gestión del centro, la utilización de modelos teóricos de cuidados, o las cargas de trabajo, se ha obtenido que son determinantes en los registros de cuidados, la calidad de la atención, y los resultados de los pacientes (Lake, 2002; Aiken et al., 2014, Wang & Liu, 2015). Es por ello que las políticas de las instituciones, como la implementación de lenguajes enfermeros estandarizados en la práctica y el desarrollo de protocolos en base a estos, la formación en materia de diagnóstico, y la disminución de cargas de trabajo, podrían ser factores relacionados con la utilización y actitudes frente al diagnóstico enfermero.

Siguiendo esta línea argumental, la Teoría de la Conducta Planificada y los entornos de práctica formalmente estudiados sugieren que las enfermeras que tengan actitudes positivas hacia el diagnóstico enfermero, o bien creen que tienen apoyo de los compañeros y directores, y además perciban que está bajo su control

y capacidades registrarlos, deberían estar más dispuestas a utilizarlos en la práctica enfermera. Estos temas serán abordados en tres fases que conforman esta tesis doctoral.

2. Marco teórico y conceptual

2.1 Diagnóstico enfermero

Concepto y definición

Unas de las funciones más relevantes de la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a procesos de salud, y la promoción del cuidado de individuos, familias y comunidades. (ANA, 1980, 2010). Por este motivo, diversas asociaciones científicas nacionales e internacionales, posicionan el diagnóstico enfermero como eje central de la atención debido a su enfoque centrado en la persona (ANA, n.d; NANDA-I, 2017, ACENDIO, n.d). Hasta la fecha, el término diagnóstico enfermero ha sido entendido en contextos diferentes. En primer lugar,

puede ser entendido como el juicio clínico fruto del razonamiento diagnóstico que realiza una enfermera sobre la respuesta de un individuo a un proceso de salud. En segundo lugar, puede ser entendido como la segunda fase del proceso enfermero, en la cual, el diagnóstico se realiza después de una valoración y tras éste se determinan unos objetivos y se planifican unas intervenciones (Alfaro-LeFevre, 2002; Herdman, 2012). Y en tercer lugar, el diagnóstico puede ser entendido y a la vez enmarcado dentro de una clasificación diagnóstica como la desarrollada por la North American Nursing Diagnosis Association (Herdman, 2012), o enmarcado en una terminología de interfase como la Terminología ATIC (Juvé-Udina, 2012, 2016) (Tabla 1). El impulso a la creación de dichas clasificaciones fue; mostrar las contribuciones del cuidado enfermero en la salud, permitir las comparaciones de la práctica enfermera a nivel internacional, ampliar y especificar el cuerpo de conocimientos disciplinar, y en definitiva, promover el desarrollo de la

Tabla 1.

Gordon (1976)	<<Los diagnósticos de enfermería hechos por las enfermeras profesionales, describen los problemas de salud reales o potenciales, que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia, son capaces y están autorizadas para tratar>>.
Roy (1982)	<<El diagnóstico de enfermería es una frase concisa o término que resume un grupo de indicadores empíricos que representan patrones de un individuo como unidad>>.
Shoemaker (1984)	<<Juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recogida y análisis de datos. Proporciona la base de las prescripciones para un tratamiento definitivo del cual la enfermera es responsable. Está expresado de forma concisa e incluye la etiología de la situación cuando se conoce>>.
NANDA, 1999	<<Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable>>.
AENTDE, 2001	<<Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente>>.
Juvé-Udina, 2016	<<Fase del proceso de atención que implica un ejercicio deliberativo de análisis de los datos de la valoración de la persona beneficiaria de los cuidados y la emisión de un juicio clínico –o la conclusión de varios juicios- sobre su estado de salud y acerca de las consecuencias y reacciones, reales o de riesgo, en las diferentes dimensiones del individuo y su integridad, en el contexto de su entorno y su experiencia particular, y dentro del ámbito de la responsabilidad profesional enfermera, que incluye también la corresponsabilidad con el beneficiario de cuidados y/o con otros profesionales de la salud>>.

Tabla 1 Definiciones más relevantes de diagnóstico enfermero.

profesión (Carpenito, 2003; Juvé-Udina, 2016).

A lo largo de la historia del desarrollo de la profesión enfermera, se han descrito múltiples definiciones del diagnóstico enfermero; algunas de las más relevantes se exponen en la tabla 1.

Existen cuatro tipos de diagnóstico que la enfermera está capacitada para tratar: El primero, hace referencia a los problemas de salud presentes, evidenciados por manifestaciones, signos y síntomas, en el cual se emite un juicio clínico focalizado en el problema (Herdman, 2012; Juvé-Udina, 2016). También, dentro del diagnóstico real, se encuentran los conceptos de recurrencia y progresión, que parten de la valoración de una situación clínica diagnosticada por un médico (Juvé-Udina, 2016). El segundo, hace referencia al juicio clínico centrado en la vulnerabilidad de la persona a una afección de salud, en el cual se emite un diagnóstico de riesgo ante un problema potencial. El tercero, hace referencia al juicio clínico

relacionado con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano, es decir, se emite un diagnóstico de promoción de la salud (Carpenito, 2003; Herdman, 2012). Y el cuarto, hace referencia a los síndromes, relacionado con un conjunto de diagnósticos enfermeros (Carpenito, 2003; Herdman, 2012a; Juvé-Udina, 2016).

En definitiva, el diagnóstico enfermero capta la variedad de la atención enfermera, y junto a las intervenciones y objetivos estandarizados trata de lograr estándares para expresar los cuidados enfermeros (ACENDIO, n.d.)

El diagnóstico enfermero en contexto del proceso enfermero.

El modelo universal enfermero más aceptado es el proceso enfermero, un método sistemático de identificación y resolución de problemas para ofrecer cuidados centrados en la persona (Gordon, 1996; Alfaro-LeFevre, 2003). El PE es sistemático porque está compuesto

por cinco pasos que incluyen la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación (Alfaro-LeFevre, 2003; Herdman, 2012). También puede entenderse como un proceso de toma de decisiones en el que la valoración y evaluación marcan el resto de pasos (Juvé-Udina, 2012b).

La enfermera, para formular un correcto diagnóstico, necesita de una valoración objetiva o subjetiva previa que le permita formular hipótesis o explicaciones de las respuestas humanas. Posteriormente, analiza estos datos, identifica los problemas reales o potenciales y emite el diagnóstico enfermero que proporciona la base de la planificación de resultados u objetivos a los que debe llegar el paciente y/o familia, y determina las intervenciones en base al juicio clínico emitido con anterioridad (Herdman, 2012). Por este motivo, el diagnóstico es el eje central en el proceso enfermero (Carpenito, 2003). Por último, la evaluación conforma la última fase del proceso, en la que la

enfermera se cuestiona la adecuación de las intervenciones en la consecución de los objetivos pactados anteriormente con la persona (Alfaro-LeFevre, 2002).

Los principales beneficios del proceso enfermero son la facilitación del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a procesos de salud, el desarrollo de un plan de cuidados eficaz ajustado a la persona y no a la enfermedad, y la mejora de la comunicación interprofesional (Alfaro-LeFevre, 2003). Las principales características se presentan en la tabla 2.

Implicaciones del diagnóstico enfermero en la disciplina enfermera

La prestación de cuidados de salud es una actividad de varias disciplinas que interactúan a la vez sobre el paciente, lo cual es fundamental para conseguir el bienestar de los pacientes. El cuidado enfermero, no sólo procede del diagnóstico enfermero, ya que la enfermera también es responsable de los problemas de colaboración con otras disciplinas. No

Tabla 2.

Centrado en la persona , ya que considera cómo es afectado el paciente y familia por los problemas y/o procesos de salud, y se centra en capacitar a las personas a conseguir la mayor independencia funcional.
Orientado a la identificación de problemas , mediante la valoración y el diagnóstico enfermero.
Orientado en los objetivos , es decir, a la resolución de problemas mediante la identificación de objetivos, la selección de las intervenciones adecuadas, y la evaluación de los resultados.
Basado en el método científico , ya que la identificación del diagnóstico se realiza en base a una clasificación diagnóstica, de intervenciones y objetivos internacional validados internacionalmente.
Registrado de manera estándar , para mejorar la calidad de la documentación, la continuidad y la eficiencia en los cuidados de salud.

Tabla 2. Principales características del proceso enfermero según Alfaro-LeFevre, 2012.

obstante, el diagnóstico enfermero es clave para la planificación coordinada de los diferentes agentes involucrados en el cuidado del paciente por lo que es extremadamente importante su uso para asegurar la calidad de la atención centrada en la persona (Gordon, 1996).

La calidad en los servicios de salud es un concepto cada vez más incorporado en muchos países en los últimos años, y a día de hoy es objetivo de muchas instituciones sanitarias (WHO, 2003).

El indicador más importante de calidad son los resultados en salud de la población. Esto permite medir, explicar y predecir la efectividad de las intervenciones que llevan a cabo los profesionales sanitarios (Lunney, 2011; WHO, 2003).

Para dar unos cuidados de calidad, es imprescindible que la disciplina enfermera cuente con un registro sólido y propio de su actividad clínica. El uso diagnóstico enfermero permite evaluar los cuidados, mejorar la actividad clínica y mostrar la

contribución enfermera. Pero para ello, no es suficiente con conocerlo y aplicarlo, es necesario razonar sobre la valoración llevada cabo, interpretarla y actuar en consecuencia; es decir, es primordial tener razonamiento crítico para ofrecer cuidados de calidad (Lunney, 2011).

El razonamiento crítico es un proceso que engloba por un lado, habilidades cognitivas como el análisis, la aplicación de estándares, la discriminación, la búsqueda de información, el razonamiento lógico, la predicción y la transformación del conocimiento, y por el otro lado, hábitos mentales, como la confianza, perspectiva conceptual, creatividad, flexibilidad, curiosidad, integridad intelectual, intuición imparcialidad, perseverancia y reflexión. Todos ellas están interrelacionados y se aplican mediante el uso del diagnóstico enfermero y a lo largo del proceso enfermero (Müller-Staub, 2009; Lunney, 2011). Tanner (2006) en su estudio relaciona el razonamiento crítico vinculado al juicio clínico, por lo que puede

entenderse que el diagnóstico enfermero fomenta el desarrollo del pensamiento crítico enfermero (Lunney, 2011), así como la calidad de la documentación clínica (Müller-Staub, 2009), lo cual contribuye a la mejora de la comunicación entre enfermeras, favoreciendo la visibilidad de las intervenciones y la continuidad del cuidado (Rutherford, 2008). Al mismo tiempo permite la medición correcta de la calidad de la atención y la evaluación coste-efectiva de los cuidados (Müller-Staub, 2009; Castellan, Sluga, Spina, & Sanson, 2016; D'Agostino et al., 2017).

Implicaciones del diagnóstico enfermero en la salud de la población.

El diagnóstico enfermero permite identificar y registrar necesidades de pacientes muy distintas a las identificadas por otras disciplinas, por lo que evidencia una clara aportación en el cuidado de las personas (Elizalde & Almeida, 2006). Los objetivos finales del cuidado enfermero son prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud, mediante

la capacitación de las personas en el manejo de su salud, ofreciendo cuidados eficientes y de calidad buscando formas de mejorar la satisfacción de la atención (Alfaro-LeFevre, 2002). Además, el diagnóstico facilita la toma de decisiones enfermeras y puede codificarse bajo una taxonomía internacional que permite la comparación de cuidados entre diferentes instituciones en el mundo, evaluarlos y por tanto mejorarlos (Carpenito, 2003).

Existe evidencia que remarca que el uso del diagnóstico enfermero bajo registros estandarizados informatizados conduce a mejores resultados en salud; en primer lugar, el uso del proceso enfermero, y por tanto del diagnóstico como eje central del mismo, bajo registros de cuidados estandarizados, se ha relacionado con un mejor control clínico de la enfermedad crónica (Cárdenas-Valladolid et al., 2012; Pérez-Rivas et al., 2016), como por ejemplo mejora del control glucémico de la diabetes y de cifras de la presión arterial, en el ámbito de atención primaria (Cárdenas-

Valladolid et al., 2012). En segundo lugar, ha relacionado con aspectos asistenciales como la prevención de problemas en las personas mayores. Las enfermeras que utilizaron el proceso enfermero en personas con enfermedades crónicas obtuvieron mejores coberturas de servicios sanitarios y menores costes farmacéuticos (Pérez-Rivas et al., 2016). En definitiva, los pacientes tratados por enfermeras que usan el proceso enfermero en la atención clínica presentaron mejores indicadores de control de enfermedad crónica (Pérez-Rivas et al., 2016). Y en tercer lugar, la utilización del diagnóstico enfermero dentro de registros estandarizados, clasificaciones enfermeras informatizadas, se relaciona con la continuidad del cuidados contribuyendo así a mejorar la seguridad del paciente (Müller-Staub, Lavin, Needham & Van Achterberg, 2007; Saranto et al., 2013). Aun así, a día de hoy sigue existiendo la necesidad de más estudios en distintos ámbitos para reafirmar esta aportación (Urquhart et al., 2009).

En conclusión, el diagnóstico enfermero guía las intervenciones enfermeras a seguir, las mejora, y facilita la coherencia entre juicio clínico e intervenciones y resultados, hecho que favorece una atención más efectiva (Müller-Staub et al., 2007), por lo que su uso está involucrado significativamente en los resultados de los pacientes (Müller-Staub, 2009).

2.2. Creencias, actitudes y conducta

Definición y concepto

Allport (1935) definió las actitudes como un estado mental o neuronal de predisposición organizado por medio de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica en la respuesta del individuo a todos los objetos o situaciones con los que se relaciona. Dicho de otra manera, las actitudes son evaluaciones que realizan los individuos (buenas o malas) hacia los objetos, que determinarán el nivel de favorabilidad y tendrán efectos significativos en las emociones,

percepciones y conducta (Worchel, Cooper, Goethals & Olson, 2003) (Tabla 3).

En primer lugar, es una disposición porque se considera como una cualidad de comportamiento y permite saber qué hacer ante diferentes objetos o conductas (Bargh, Chaiken, Govender y Pratto, 1992 citado en Fraise & Meili, 1967), y por tanto un atributo de la persona, es decir, una estructuración preparatoria reaccional (Fraise & Meili, 1967).

En segundo lugar, la actitud es adquirida, y requiere una relación con un objeto (sociocultural, personal o material) en una situación perceptiva (Worchel, et al., 2003). En la siguiente tabla, se exponen algunas definiciones de actitudes.

Para entender la formación de actitudes, es necesario entender la estructura y sistema de las creencias. El precursor más inmediato de la actitud es la creencia. Según Young & Germani (1967, p. 30), la creencia es <<una organización durable

Tabla 3.

Allport, 1935	<i>“Estado mental o neuronal de predisposición, organizado por medio de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica en la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona.”</i>
Fishbein & Ajzen, 1975	<i>“Preposición aprendida a responder de una manera consistente favorable o desfavorablemente respecto al objeto dado”.</i>
Eagly & Chaiken, 1993	<i>“Evaluaciones generales que las personas hacen respecto a lo que les rodea, incluidas personas, ideas o cosas”</i>

Tabla 3. Principales definiciones de actitudes

de las percepciones y los conocimientos relativos a ciertos aspectos del mundo de un individuo>>. Las creencias están formadas dentro de un sistema en el cual están interconectadas y se relacionan entre sí de forma organizada. Es importante definir dos términos: la centralidad y la intensidad de las creencias. La centralidad es la importancia de la creencia en el sistema de creencias de la persona. Por otro lado, la intensidad es la fuerza en la que las creencias son retenidas, o la seguridad de la persona sobre esa creencia. Los cuatro principios de la centralidad de las creencias son: (Oskamp, 1997).

1. Las creencias sobre uno mismo son las más centrales en comparación con el resto de creencias.
 2. Las creencias compartidas sobre la propia identidad o existencia son más centrales que las no compartidas.
 3. Las creencias que son derivadas de otras creencias (no del contacto con el objeto de creencia) son menos centrales que las que no son derivadas de otras.
 4. Las creencias en materia de gustos, son menos centrales que otras creencias y por lo general, tienen menos influencia.
- Por otro lado, es conveniente tener en

cuenta el papel que juegan las opiniones dentro del estudio de actitudes. Si bien algunos autores consideran conceptos idénticos actitud y opinión, es importante destacar que otros manifiestan algunas diferencias entre ellos. La opinión como *<<la expresión, verbal o de otra índole, de actitudes, siempre que se produzca en una situación de controversia, es decir, cuando no exista unanimidad de actitudes sobre el mismo valor social>>*. Es por eso que la opinión siempre se manifestará como una actitud, pero una actitud no siempre se manifestará como opinión, ya que para ello, es necesario que haya un conflicto entre actitudes y se cree una opinión (Young & Germani., 1967, p.33). Toda opinión, depende de una determinada perspectiva, es decir, depende de un determinado grupo social y por tanto tiene, al igual que las actitudes, un componente emocional (irracional) en equilibrio con un componente más racional. Dependerá del grupo social que la sustenta y del objeto de opinión (Young & Germani, 1967).

Las actitudes forman parte de un proceso de aprendizaje, no son innatas, y están vinculadas a diversos procesos fisiológicos y/o psicológicos como la motivación y el desarrollo de la personalidad. La actitud es más perdurable cuanto más arraigada está a la personalidad, y más pasajera cuanto más determinada está por diferentes situaciones. Por eso, la actitud se adquiere a través de las influencias que se experimentan (Fraisie & Meili, 1967).

Funciones de las actitudes

La función más representada de las actitudes es su influencia en la conducta, y por ello las actitudes se forman de una manera rápida y pueden ser cambiantes. No obstante, en muchas ocasiones existe una resistencia psicológica a cambiarlas, debido que también presentan otras funciones psicológicas importantes (Sabucedo & Morales, 2015).

- Función general adaptativa. Optimiza las relaciones entre los individuos acercándolos hacia la gratificación y

alejándolos de los estímulos aversivos, de tal manera que facilita la adaptación de las personas a diferentes situaciones de la vida.

-Función de organización del conocimiento. Está involucrada en la organización de la información percibida y ayuda a organizarla en la memoria, de tal manera que el individuo en numerosas ocasiones recupera información en función de las actitudes adoptadas.

- Función de expresión de valores. Está involucradas en los valores y con ello en la identidad de las personas.

- Función defensiva del yo. Evade verdades dolorosas propias del individuo, como por ejemplo, responsabilizar a otros sujetos de adversidades que son propias.

Formación de las actitudes y creencias

Uno de los modelos que permite explicar la formación de actitudes es la Teoría de la Acción Razonada (TAR) descrita en 1975, en el que se relaciona las creencias, presión social, intenciones y conducta

(Fishbein & Ajzen, 1975). A grandes rasgos, este modelo sostiene que las actitudes vienen determinadas, a menudo, por información cognitiva, es decir, las creencias que tenga el individuo hacia un objeto. Este tipo de información está basada en el conocimiento del individuo sobre la situación u objeto. El origen de las creencias son las experiencias personales directas con el objeto y las basadas en información indirecta que provengan de otras personas. Las primeras, determinarán una actitud más fuerte y predirán mejor la conducta que las indirectas (Worchel et al., 2003).

Por otro lado, las actitudes también pueden estar determinadas por la información afectiva, como puede ser sentimientos de felicidad o de enfado por una determinada experiencia, y éstos se pueden dar independientemente de la información cognitiva (Worchel et al., 2003).

La simple exposición es un tipo de información afectiva en la que se adquiere una actitud más o menos favorable en

función del número de veces que se haya expuesto el concepto ante la persona (el objeto acaba siendo familiar para la persona después de una exposición repetida). El condicionamiento clásico es otro tipo de información afectiva, en la que el individuo relaciona el objeto con una experiencia positiva o negativa, lo cual produce una actitud favorable o desfavorable hacia el objeto (Worchel et al., 2003).

Las actitudes también pueden estar determinadas por la información conductual, es decir, a partir de una conducta pasada, inferimos en una determinada actitud. Por lo que se trata de una autopercepción de las actitudes a partir de las conductas basada en la teoría de la autopercepción de Bem. En otras palabras, la conducta incide en una actitud más o menos definida (Worchel et al., 2003).

En último lugar, las actitudes pueden estar formadas por factores biológicos, como pueden ser hormonas, fármacos

y factores genéticos, que pueden determinar algunas predisposiciones hacia las actitudes dependiendo o no de los factores ambientales nombrados anteriormente (Worchel et al., 2003). Las posibles consecuencias de estos factores físicos o biológicos no se encuentran relacionadas con las actitudes en estudio en esta tesis doctoral, por lo que únicamente se estudiará sobre los factores cognoscitivos, afectivos y conductuales que puedan incidir en las actitudes de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero en los diferentes entornos clínicos.

Fuerza de las actitudes

La fuerza de las actitudes hace referencia a la capacidad de dicha actitud en predecir más o menos una determinada conducta y pensamiento, y esta fuerza marcará su estabilidad en el tiempo e impacto en el comportamiento de la persona. Por lo que, hablaremos de extremidad para referirnos al grado en que la actitud se refleja en valores extremos en la escala de medida (muy negativa o muy

positiva), y hablaremos de ambivalencia para referirnos al grado en que la actitud está compuesta por una combinación de evaluaciones positivas y negativas hacia un mismo objeto (Sabucedo & Morales, 2015).

Actitudes y conducta

Relacionado con lo anteriormente expuesto, la fortaleza en las actitudes muestra una mayor consistencia en el comportamiento. Por ello, podemos afirmar que en la estructura de las actitudes, la intención de conducta es un buen predictor de conducta real (el precursor más directo) (Oskamp, 1997). No obstante, la relación entre actitudes y conducta ha sido analizada en profundidad en numerosos estudios (Wicker, 1969; Worchel et al., 2003), debido a que las correlaciones halladas se han mostrado ambiguas en cuanto a la dirección de causalidad (Richard, 1989). Concretamente, en los últimos estudios sobre actitudes y diagnóstico enfermero, si bien es cierto que ha habido una fuerte relación entre actitudes y uso del

diagnóstico, no ha podido establecerse una clara relación de causalidad (Romero-Sánchez, 2014). Estas cuestiones serán comentadas en el siguiente apartado con una de las postulaciones más relevantes sobre la relación entre actitudes, intención y conducta: la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975).

Teorías de las actitudes

Teoría de la Acción Razonada

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) de Ajzen y Fishbein explica la relación entre actitudes, intenciones, creencias y normas sociales subjetivas (Ajzen & Fishbein, 1980). La conducta está determinada por una intención, y a su vez, ésta está determinada por una actitud hacia la conducta y una norma subjetiva. La actitud es la creencia evaluativa (conductual) acerca de las consecuencias de realizar una determinada conducta. En segundo lugar, las normas subjetivas es la presión social para actuar de una determinada manera (Richard, 1989). Estas normas

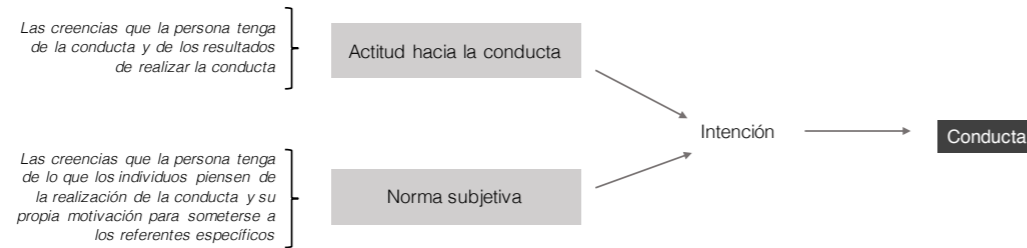


Figura 1. Teoría de la Acción Razonada. (Ajzen & Fishbein, 1980, adaptado de Worchel et al., 2003)

subjetivas están determinadas por las creencias normativas; es creencias sobre los demás hacia el individuo en cuestión. (Figura 1)

Ajzen y Fishbein (1980) argumentaron que para la medición de actitudes como predictores de conducta, se debían de estudiar teniendo en cuenta la congruencia entre actitudes y conducta. Estos autores consideraron que las actitudes específicas eran predictores de conductas específicas, y las actitudes generales eran predictores de conducta generales (Worchel et al., 2003).

Actitudes generales y conductas generales

Las actitudes generales son aquellas hacia los objetos, personas y/o temas, y las conductas generales son todo tipo de conducta hacia un objeto, como por ejemplo, actitud hacia el diagnóstico enfermero. Partiendo de este punto se determinó que toda actitud individual hacia un tema, auguraría el carácter favorable una conducta relevante para el tema, pero no pronosticaría una actitud específica (Worchel et al., 2003).

Actitudes específicas y conductas específicas

Una actitud específica es una actitud hacia una determinada conducta como usar el diagnóstico enfermero. Una medida específica de la conducta se realiza preguntando una acción hacia un objeto en particular y en un momento determinado. Por ello, es importante tener en cuenta, según Fishbein y Ajzen (1975), que la actitud ha de ser compatible con la conducta en términos de medir y predecir conductas.

La Teoría de la Acción Razonada proporciona buenas predicciones de conducta en función de unas pocas variables, pero no existe un único modelo causal que pueda demostrar su superioridad en todos los dominios conductuales (Richard, 1989). Por este motivo, algunos autores desarrollaron estudios para poner a prueba dicha teoría (Fredricks & Dosset, 1983) y las conclusiones señalaron la necesidad de mejorarla llevando a cabo estudios que

midan la estabilidad de las actitudes, creencias normativas (normas subjetivas), conductas y sus interrelaciones en el tiempo, debido a que la decisión momentánea que describe la TAR, no parecía coincidir en el tiempo con la persistencia de actitudes y conducta (Richard, 1989).

Existen estudios que avalan que la actitud hacia el diagnóstico enfermero puede adecuarse a dicha teoría (Romero-Sánchez et al., 2013) y detectan una asociación directa entre actitudes y conducta de utilización en la práctica clínica y enseñanza (Lunney & Krenz, 1992; Oliva, Lopes, Volpato & Hayashi, 2005; Cruz et al., 2006;). Sin embargo, la relación causal entre actitudes y conducta no ha podido establecerse en algunos ámbitos de estudios actitudinales (Richard, 1989), y tampoco en el contexto de actitudes hacia el diagnóstico enfermero (Romero-Sánchez, 2014). Esto es debido a que una correlación positiva entre actitudes y conducta puede significar tres hipótesis

no excluyentes entre sí: 1) la actitud tiene una influencia sobre la conducta, 2) la conducta influye sobre la actitud, y 3) ambas, actitudes y conducta son influidas por alguna otra variable (Richard, 1989).

En la Teoría de la Acción Razonada, la presión social o la norma subjetiva se considera independiente a la actitud un predictor de la conducta, de tal manera, que si las normas subjetivas tienen mucha fuerza sobre el individuo, es decir, ejercen mucha presión al realizar una conducta, las actitudes hacia la conducta influirán poco. En este sentido, las actitudes pronosticarán conductas sólo cuando las acciones no estén controladas o dominadas por las presiones sociales (Worchel et al., 2003); por lo que no se puede afirmar que toda conducta está bajo el dominio total de la voluntad del individuo. Las actitudes influyen en la conducta si la persona puede elegir hacerla o no, ya que factores como amenazas graves o grandes recompensas por una acción o conducta dominan la voluntad. Es por ello que en esta teoría

se expuso que las conductas están supeditadas a un control externo, por lo que en ocasiones el individuo puede presentar actitudes favorables hacia una conducta pero tal conducta le puede parecer que está fuera de su control (y por tanto está bajo control de factores externos). En este caso las actitudes pueden ser irrelevantes (Worchel et al., 2003).

Teoría de la Conducta Planificada (TCP).

A pesar del éxito de la Teoría de la Acción Razonada, esta teoría ha sufrido diversos análisis críticos (Richard, 1989), y la propia evolución de la TAR marcó el desarrollo de un tercer determinante de intención conductual. En la conducta no sólo influye la actitud y las normas subjetivas, sino también el control conductual percibido. A partir de ahí, Ajzen (1985 citado en Worchel et al., 2003) desarrolló la Teoría de la Conducta Planificada.

La Teoría de la Conducta Planificada (TCP) es una extensión de la Teoría de

la Acción Razonada, y actualmente es una de las más adecuadas para explicar, predecir y explicar el comportamiento humano, aplicado a la toma de decisiones relacionadas con la salud (Ajzen, 1991). De la misma manera que en la TAR, el factor central de la conducta es la intención del individuo (Ajzen, 1991), pero el aspecto más relevante que hace diferir una teoría de la otra es el control conductual percibido, el cuál es el control sobre el desempeño de una conducta (Ajzen, 2002).

La intención conductual es el factor motivacional que influye en una conducta, es decir, es una indicación del esfuerzo que están dispuestas a hacer las personas con tal de realizar una conducta, y es la precursora más inmediata de la conducta. No obstante, la intención de comportamiento sólo se traducirá en comportamiento si éste se encuentra bajo control voluntario; es decir, si la persona decide si puede realizar o no el comportamiento (Ajzen, 1991). La intención también puede estar influenciada directamente por las actitudes

o normas subjetivas. El control conductual tiene un alto impacto en la intención e indirectamente afecta a la conducta (Ajzen, 2002). Según la TCP, la percepción del control de comportamiento, junto con la intención de conducta, se pueden utilizar directamente para predecir la conducta.

La TCP postula tres determinantes de las intenciones y acciones: (Figura 2)

- Actitud hacia la conducta, es el grado en el que una persona tiene una evaluación favorable o desfavorable respecto a adoptar una conducta.
- Normas subjetivas, es la influencia social percibida para realizar o no la conducta en cuestión.
- Control conductual percibido, es la capacidad de realizar el comportamiento percibido, y ésta viene determinada según los obstáculos e impedimentos encontrados de forma anticipada.

Como norma general, cuanto más favorable sea la actitud y la norma subjetiva con respecto a un comportamiento, y cuanto

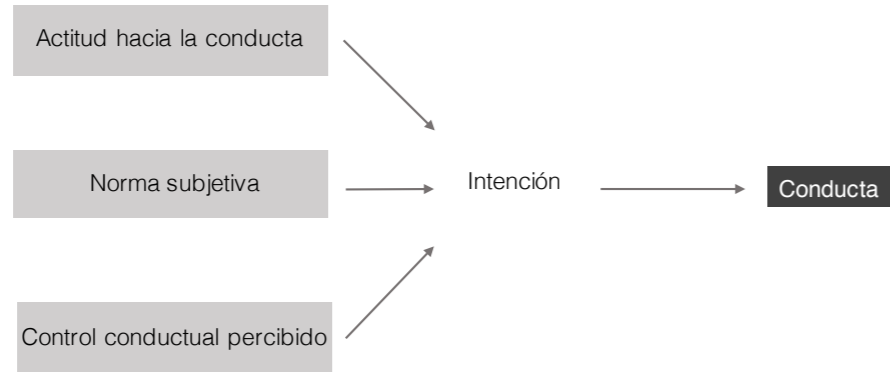


Figura 2. <<Teoría de la Conducta Planificada>>. Adaptado de Ajzen (1991)

mayor sea el control conductual percibido, más fuerte será la intención de la persona de ejecutar la conducta considerada (Ajzen, 1991).

Papel de las creencias

Las creencias juegan un papel importante en el desarrollo del comportamiento humano, ya que se consideran dominantes de las intenciones y acciones de la persona. Las creencias determinan las actitudes hacia un comportamiento (creencias conductuales), también determinan las normas subjetivas (creencias normativas),

y la percepción de control conductual (creencias de control conductual) (Ajzen, 1991, 2002). (Figura 3)

1) Creencias conductuales y actitudes hacia los comportamientos.

Son las que determinan las actitudes hacia una conducta. De acuerdo con la teoría de la acción razonada, las actitudes se desarrollan a partir de las creencias que una persona tiene hacia una conducta de un objeto o concepto (Fishbein & Ajzen, 1975). Estas creencias mediante la asociación con otros objetos o conceptos

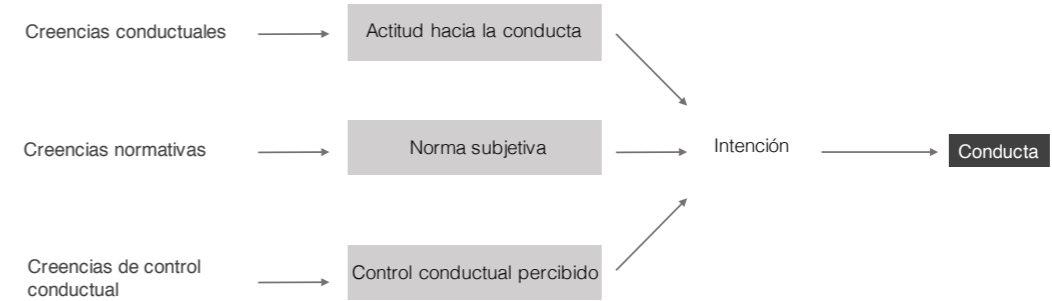


Figura 3. Creencias normativas, conductuales y de control de la Teoría de la Conducta Planificada. (Adaptado de Ajzen, 1991, 2002).

vinculan el comportamiento con un determinada consecuencia o resultado, realizando una evaluación positiva o negativa, y automáticamente adquiriendo una actitud, del comportamiento.

2) Creencias normativas y las normas subjetivas.

Son aquellas que determinan las normas subjetivas. Las creencias normativas se refieren a la creencia acerca de cómo las personas referentes del individuo aprueban o no la ejecución de su conducta (Richard, 1989). La fuerza de

cada creencia normativa se multiplica por la motivación de la persona para cumplir con el referente en cuestión. La suma de estos dos factores da como resultado la fuerza de la norma subjetiva (Ajzen, 1991).

3) Creencias de control y el control de comportamiento.

Son las que determinan la percepción de control conductual. Cuántos menos obstáculos y más recursos y oportunidades sientan las personas al realizar una acción determinada, mayor será el control percibido sobre el comportamiento (Ajzen,

1991). Las creencias de control pueden basarse en parte en la experiencia pasada con el comportamiento, y también están influenciadas por la información de segunda mano sobre la conducta, como puede ser la experiencia de amigos, conocidos, etc. (Worchel et al., 2003).

En resumen, las creencias acerca de las consecuencias de una conducta son actitudes determinantes de la conducta. Las creencias normativas son vistas como normas subjetivas determinantes, y las creencias acerca de los recursos y oportunidades son vistas como un control subyacente del comportamiento percibido (Ajzen, 1991).

En conclusión, la Teoría de la Conducta Planificada ofrece una variedad de aplicaciones a distintos contextos y en concreto en el de la salud. Algunos ejemplos en el campo de la enfermería han sido estudiados, como lo es el caso de Sauls (2007) y Edwards et al. (2001). Concretamente, el estudio de Rudolph (2008) puso en práctica la TCP

en el estudio del uso y actitudes hacia el diagnóstico enfermero. En definitiva, la Teoría de la Conducta Planificada ofrece una gran cantidad de información relevante para entender conductas y/o llevar a cabo intervenciones efectivas para cambios conductuales (Ajzen, 1991).

Medición de las actitudes y creencias

Medición de actitudes

Thurstone (1928) propuso la primera medición de actitudes, y desde entonces se han desarrollado dos tipos de medidas de actitudes: los métodos directos y los indirectos. En los primeros, se realiza la medición preguntando a la persona su opinión hacia un objeto o sujeto (medidas de autoinforme). Los métodos indirectos realizan una inferencia en las actitudes de los individuos hacia un objeto a partir de las respuestas (aparentemente) no relacionadas con dichas actitudes, sin preguntar directamente acerca de ellas (Sabucedo & Morales, 2015).

Esta tesis está enmarcada en las medidas

indirectas ya que son desarrolladas en la medida de actitudes hacia el diagnóstico. Dentro de las indirectas, la medida más sencilla para la medición es preguntarle al individuo directamente sobre sus opiniones y evaluaciones. En primer lugar, las escalas de acuerdo son una medida de actitud en la que habitualmente se usa la escala de Likert (Likert, 1932 citado por Sabucedo & Morales, 2015), la cual propone que la suma de una serie de respuestas a elementos diseñados para medir la misma actitud permite situar a la persona en una determinada posición de actitud. En segundo lugar, los instrumentos con formato de adjetivos, como el diferencial semántico, desarrollado por Osgood, Suci & Tannenbaum (1957 citado por Sabucedo & Morales, 2015), también han sido muy utilizados para medir actitudes. Estos instrumentos miden mediante pares de adjetivos opuestos entre sí, y la evaluación se obtiene sumando las puntuaciones a cada par de adjetivos que pueden variar en función del diseño por parte del investigador.

Medición del control conductual y medición basada en las creencias

El control conductual percibido puede medirse de la misma manera que las actitudes, de manera directa o indirecta sobre la capacidad del individuo de desempeñar la conducta. De manera directa, se realiza la medición del control conductual haciendo preguntas sobre la capacidad de realizar una conducta. La medición indirecta se realiza midiendo la creencia, la cual tiene la ventaja de proporcionar una visión de las bases cognitivas subyacentes a las percepciones de la persona sobre su control conductual (Ajzen, 2002). En este último caso, se genera una lista de factores que puedan favorecer o impedir realizar una conducta. Para ello, se pide a los encuestados que marquen la probabilidad percibida o frecuencia de un factor de control pueda facilitar o impedir la conducta (fuerza de creencia de control), y que marquen el grado en que la presencia del factor de control tiene poder de facilitar o impedir el

desempeño de la conducta (poder de la creencia de control) (Ajzen, 2002).

A su vez, varios factores pueden facilitar o impedir el desempeño de una conducta, algunos de ellos pueden ser internos al individuo (habilidades, conocimiento, fuerza de voluntad) también entendido como autoeficacia. Otros pueden ser externos, también entendidos como controlabilidad. Un ejemplo de controlabilidad sería la disponibilidad de un programa informático en el que las enfermeras puedan encontrar el diagnóstico enfermero y utilizarlo en sus registros. La distinción de los factores internos o externos puede tener implicaciones relevantes para predecir y explicar comportamientos. Asimismo, en la medición del control conductual percibido, se puede hacer tratando este control como un factor unitario, o bien medir haciendo distinción entre la autoeficacia y controlabilidad (Ajzen, 2002).

2.3. Actitudes hacia el diagnóstico enfermero

Medición de la actitud hacia el diagnóstico enfermero: Escala de Posicionamiento hacia el diagnóstico enfermero versión española (PND-SV).

Positions on Nursing Diagnosis (PND) fue la primera escala psicométrica específica para medir las actitudes de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero por las profesoras Lunney y Krenz en 1992 (Lunney & Krenz, 1992). Posteriormente, las adaptaciones y desarrollo de la escala se han llevado a cabo en diversos países (Cruz et al., 2006; Hasegawa, Ogasawara & Katz, 2007; Netto & Almeida 2009), siendo en 2013 cuando Romero – Sánchez et al. (2013), llevaron a cabo la adaptación transcultural al contexto español de la herramienta psicométrica con el fin de evaluar formalmente con datos objetivos la actitud de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero: Escala Positions on Nursing Diagnosis Spanish Version

(PND-SV).

PND-SV es un instrumento fiable para evaluar la actitud hacia el diagnóstico enfermero en enfermeras españolas. La versión española ha mostrado evidencias de una aceptable fiabilidad debido a su elevada consistencia interna y los coeficientes test-retest obtenidos en el desarrollo de la escala. El coeficiente alfa de Cronbach estuvo por encima de 0.90, y los valores extremadamente altos de alfa sugirieron que algunos ítems fueron redundantes (Romero-Sánchez et al., 2013). En efecto, las correlaciones de todos los ítems mostraron una correlación alta con la puntuación total de la escala, y disminuían o mantenían igual el valor de alfa, excepto el ítem 9 (fácil-difícil). Las pruebas realizadas para evaluar la fiabilidad test-retest de la escala, en un periodo de dos semanas apoyaron la estabilidad de sus respuestas, y los resultados de fiabilidad fueron similares a los obtenidos en la escala original de Lunney y Krenz (Lunney & Krenz, 1992). Así pues, los resultados

obtenidos en la prueba de validez mediante el análisis factorial observatorio y la técnica de los grupos conocidos, y en la validez de criterio, en términos de validez concurrente, apoyaron la validez global de la escala (Romero-Sánchez et al., 2013).

La utilidad de la escala para distinguir entre aquellas personas que tienen una actitud más favorable o más desfavorable fue mostrada con la prueba de grupos conocidos, tanto para la puntuación de la escala como para la mayoría de los ítems. Por otro lado, las pruebas de validez de criterio mostraron que la actitud hacia el diagnóstico enfermero estaba correlacionada con el nivel de uso tanto en la práctica asistencial como de formación del mismo. Así pues, las enfermeras que presentaron una actitud favorable, fueron las que más contacto habían tenido con el diagnóstico enfermero. Este hallazgo también fue encontrado en estudios anteriores de actitud y conducta del diagnóstico enfermero (Oliva et al., 2005; Cruz et al., 2006) lo cual apoya la validez

concurrente de la herramienta española.

Aplicabilidad de la escala PND-SV

La escala actualmente tiene un amplio abanico de aplicaciones tanto en el campo de investigación, como en el asistencial en los diferentes contextos clínicos. En el campo académico, se ha desarrollado una escala abreviada que mide actitudes de los estudiantes de enfermería con la intención de medir la aceptación del diagnóstico en los estudiantes con mayores tasas de respuesta. Esta escala también detecta actitudes en enfermeras de manera costo-efectiva y las relaciona con diferentes entornos y con otras variables internas a la enfermera.

La formación del diagnóstico enfermero se ha relacionado con una actitud positiva hacia éste. Las intervenciones formativas en materia de diagnóstico aumentarían la actividad diagnóstica de las enfermeras y mejorarían la actitud hacia el diagnóstico enfermero. Por ello PND-SV es útil para medir la efectividad de las intervenciones

educativas en diferentes contextos clínicos (Romero-Sánchez, 2014).

Cabe destacar que debido al desarrollo internacional de la escala, los resultados de las diversas aplicaciones mencionadas anteriormente, son comparables en diversos ámbitos y contextos internacionales.

Relación entre actitud, intención conductual, norma subjetiva y conducta en la utilización del diagnóstico enfermero.

Cada vez se van sumando más investigadores al estudio de las actitudes hacia el diagnóstico enfermero y el uso del mismo (Rudolph, 2008; Romero-Sánchez, 2014; Leoni-Scheiber et al., 2016). En todos ellos se destaca la correlación directa entre la actitud positiva y el uso. Además, el nivel de contacto con el diagnóstico (formación o investigación sobre el tema) se correlaciona con una actitud más positiva respecto a las que no tienen una relación tan estrecha con el mismo

(Rudolph, 2008; Romero-Sánchez et al., 2014). Este hallazgo cuenta con el apoyo de teorías de psicología social (teoría de la acción razonada y de la conducta planificada). Entendemos por conducta, en este caso, el uso del diagnóstico enfermero en la práctica enfermera, y éste uso, puede estar influenciado por las creencias (experiencias) y actitudes determinadas por las mismas (Richard, 1989; Sabucedo & Morales, 2015).

Se debe agregar que del mismo modo que no se ha encontrado una relación unidireccional entre la actitud y la conducta en otros ámbitos de la psicología social (Richard, 1989), tampoco se ha encontrado en relación al diagnóstico enfermero (Romero-Sánchez, 2014). Los factores externos podrían incidir en la formación de actitudes favorables o desfavorables hacia el diagnóstico (Romero-Sánchez, 2014). En relación con esto, los otros aspectos que también determinan la conducta son la norma subjetiva y el control conductual percibido.

Rudolph (2008) encontró correlaciones positivas entre actitud, intención conductual, y uso del diagnóstico en el uso del diagnóstico enfermero aplicando la Teoría de la Conducta Planificada. Asimismo, encontró correlaciones positivas entre intención conductual, norma subjetiva y uso del diagnóstico. No obstante, la norma subjetiva en el estudio de Rudolph fue evaluada mediante pares de adjetivos opuestos sobre la percepción de las enfermeras sobre sus compañeros (Rudolph, 2008). Las mismas relaciones entre actitud, intención, norma subjetiva y conducta, se han encontrado en la toma de decisiones en otros contextos asistenciales (Edwards et al., 2001; Sauls, 2007).

En esta tesis doctoral, se ha querido considerar los entornos de práctica como influyentes en el uso, y por sus características podrían conformar las normas subjetivas, ya que son la presión social a la que las enfermeras están sometidas en el uso del diagnóstico

enfermero (Fishbein & Ajzen 1975; Ajzen, 1991). Algunos aspectos dentro de esta línea de investigación, como el hecho que el campo de trabajo sea una variable relacionada con la actitud hacia el diagnóstico (Romero-Sánchez et al., 2014), induce a pensar que los entornos de práctica, y por ello la norma subjetiva, ejercen un control sobre el uso del diagnóstico enfermero. Por ello, en este ámbito de entornos de práctica éstas lagunas hacen necesario su estudio y profundizar en ello.

El último aspecto que se debe tener en cuenta en el estudio del uso del diagnóstico enfermero, es el control conductual percibido, ya que puede tener la misma fuerza que las normas subjetivas o las actitudes, y dominar la intención y conducta hacia el uso del diagnóstico enfermero de la misma manera que las normas subjetivas y las actitudes. Tal y como se ha comentado anteriormente, el control conductual percibido es aquello que la persona cree que está en sus

manos para llevar a cabo una acción, o lo que es lo mismo, la percepción de la persona sobre su capacidad para realizar una conducta (Ajzen, 1991). En el caso del estudio de uso del diagnóstico enfermero, un ejemplo sería que las enfermeras creen que pese a la falta de tiempo no pueden registrar el diagnóstico y sólo realizan registros informales en la documentación del paciente, o que por falta de formación no se ven capacitadas para identificar el diagnóstico correcto. En este caso seguramente no lleven a cabo la conducta, es decir, no utilicen el diagnóstico enfermero en la práctica clínica pese a considerar que es importante (actitud favorable). Rudolph (2008), posicionó en su estudio las actitudes y las normas subjetivas como importantes factores relacionados con el uso del diagnóstico, pero no estudió el control conductual percibido como factor relacionado con su uso.

En definitiva, para contribuir en el estudio del diagnóstico enfermero, una de las

claves es evaluar el contexto en el que se desarrolla su uso (normas subjetivas), las actitudes de las enfermeras, y sus capacidades percibidas para utilizarlo en la práctica (control conductual percibido). Esto permitiría ver de qué manera influyen en la práctica y cómo modularlos para mejorar el uso del diagnóstico, con las mejoras en la contribución en la profesión y salud de la población que esto conllevaría.

2.4. Entornos de práctica enfermera

Definición y concepto

Los entornos de práctica se definen como las características de la organización en un entorno de trabajo que facilitan o limitan la práctica enfermera (Lake, 2002). Los entornos favorables, se caracterizan por enmarcarse dentro de una situación política institucional innovadora centrada en la retención de talento, por llevar a cabo estrategias de formación profesional continuas, tener sistemas de recompensa

adecuados para el personal, dotarse de equipos y suministros suficientes y promover un entorno de trabajo seguro (CIE, 2007).

Existe evidencia creciente sobre la relación de los entornos de práctica y la calidad de la atención en el campo enfermero, debido a que la satisfacción y/o burnout profesional influye en el desempeño laboral de los profesionales que trabajan con otras personas en situaciones vitales diversas (Freudenberger y Richelson, 1980).

Las características individuales de las enfermeras, como son la edad y el sexo, influyen en los niveles de satisfacción laboral y calidad de la atención. Pero sobre todo, los factores más influyentes son los entornos de práctica como, el ratio enfermera/paciente, el número de horas por semana o número de pacientes atendidos por turnos (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002).

Siguiendo esta línea, cabe señalar que las cargas laborales que las enfermeras

sufren repercuten directamente en la satisfacción laboral y el burnout, y a su vez éstos en la calidad de la atención y por tanto en los resultados de salud. Aiken et al. (2002), mostraron que aumentar el número de pacientes por cada enfermera, repercutía directamente en un aumento de mortalidad y en una probabilidad de presentar burnout o baja satisfacción laboral. En definitiva, las características organizativas tienen un impacto directo en el entorno de trabajo, en la satisfacción laboral, y en la seguridad del paciente (Institute of Medicine, 2001).

Medición de los entornos de práctica enfermera: Escala del Entorno de Práctica Enfermera del Nursing Work Index (PES-NWI).

Los entornos de trabajo de la enfermera han sido estudiados en diferentes países con el objetivo de predecir y explicar la calidad de la atención y los resultados de salud de la población (Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker & Giovannetti, 2005; Gunnarsdottir, Clarke, Rafferty &

Nutbeam, 2009; Tourangeau et al., 2007; Aiken et al, 2008). Estos estudios sugieren crear entornos de práctica enfermera positivos, ya que tienen un impacto importante y amplio a nivel personal, profesional y poblacional.

La escala del Entorno de Práctica enfermera del Nursing Work Index, adaptada de la original Practice Environment Scale - Nursing Work Index (PES-NWI) fue diseñada para medir y comparar los entornos, y facilitar los objetivos de muchas instituciones de salud de crear entornos favorables que promuevan la excelencia de cuidados (Warshawsky & Havens, 2011). PES-NWI está preparada para medir diferentes contextos organizativos mediante 31 ítems clasificados en 5 subescalas que miden: 1) la participación de las enfermeras en los asuntos del centro; 2) el fundamento enfermero en la calidad de los cuidados; 3) la capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros; 4) la dimensión de la plantilla y

por último, 5) las relaciones entre médicos y enfermeras.

La primera subescala evalúa la participación de las enfermeras en los asuntos del centro y mide si las enfermeras ocupan puestos de gestión en la organización y participan en las políticas del centro. Además, mide la relación entre la dirección y las enfermeras, y las relaciones de igualdad entre los directivos del centro. La segunda subescala contempla el fundamento en el que se basan los cuidados enfermeros en la institución, evaluando aspectos de uso del diagnóstico y proceso enfermero, calidad de los cuidados y competencia enfermera. La tercera evalúa el liderazgo y apoyo por parte de los supervisores y coordinadores enfermeros, mediante el análisis de diferentes aspectos de liderazgo como la defensa de los intereses de las enfermeras, la utilización de los errores como oportunidad de aprendizaje, el asesoramiento y reconocimiento del trabajo. La cuarta subescala mide las

cargas de trabajo evaluando el ratio enfermera / paciente, el apoyo de otros profesionales y el intercambio de información de cuidados con otras enfermeras. En quinto y último lugar, la subescala "relación entre médicos y enfermeras" evalúa el trabajo en equipo entre médicos y enfermeras, y la existencia o no de buenas relaciones y si estas están basadas en la colaboración (De Pedro et al., 2011).

PES-NWI se ha utilizada en múltiples estudios y contextos y se considera una medición altamente confiable y válida de los entornos de práctica de enfermería (Warshawsky & Havens 2011). La versión española del instrumento, desarrollada y validada en el ámbito de Atención Primaria por De Pedro et al. (2011), es utilizada en esta tesis doctoral.

Impacto de los entornos de práctica

Los entornos de práctica se han evaluado en diferentes contextos y conjuntamente con otras variables organizativas,

Tabla 4

AUTOR	VARIABLE ORGANIZACIONAL	INDICADORES ENFERMEROS	INDICADOR DE SALUD
ARMSTRONG, LASCHINGER, WONG, 2008	Clima de seguridad del paciente	Empoderamiento	-
BERNDT, PARSONS, PAPER & BROWNE 2009	-	Autonomía clínica y control de la propia práctica enfermera	-
GARDNER ET AL., 2009	Intervenciones para el confort del paciente	Confort del paciente	Intervenciones para el confort del paciente. Calidad de cuidado percibida.
MANOJLOVICH & DECICCO, 2007	Comunicación entre médicos y enfermeras	Empoderamiento	Infecciones nosocomiales, errores de medicación
AIKEN, 2008	Burnout, satisfacción laboral	-	Mortalidad, reanimación cardiopulmonar ineficaz, ratio enfermera-paciente
SAMUELS & FETZER, 2009	-	Manejo del dolor basado en la evidencia	-
LAKE, 2002	Hospitales magnéticos	-	-

Tabla 4.

Asociaciones entre la escala PES-NWI y otras variables profesionales y de salud. Adaptación de Warshawsky & Havens (2011). Esta tabla muestra los resultados de los estudios comparativos entre los entornos de práctica enfermera y variables organizacionales, indicadores enfermeros y de resultados de los pacientes.

indicadores enfermeros y de salud de la población (Warshawsky & Havens, 2011). Algunos de estos contextos son unidades de cuidados intensivos, de cardiología, de ortopedia, de neurología, de psiquiatría y oncología. En la Tabla 4, se recogen las principales aplicaciones de la escala PES-NWI por distintos autores. Impacto en el desarrollo de la profesión

Warshawsky & Havens (2011) analizaron artículos que estudiaran entornos con dicha escala y encontraron relación positiva entre las puntuaciones de PES-NWI, el empoderamiento y autonomía de las enfermeras. En particular, hubo una asociación directa entre el liderazgo y el apoyo de las gerencias (tercera subescala), y la adecuación de recursos (cuarta subescala) con la satisfacción de la enfermera. Aunque por el contrario, no se encontraron asociaciones significativas entre la práctica basada en la evidencia y el manejo del dolor por parte de la enfermera (Samuels & Fetzer, 2009).

Las puntuaciones más elevadas de

PES-NWI se relacionaron directamente con las organizaciones que daban más reconocimiento a la excelencia profesional. En cambio, las puntuaciones más bajas de la escala, se asociaron con niveles de formación más bajos en la institución (Friese, Lake, Aiken, Silber & Sochalski, 2008).

Siguiendo en esta línea, se encontraron asociaciones directamente proporcionales entre las puntuaciones de PES-NWI y clima de trabajo y seguridad del paciente (Armstrong & Laschinger, 2006), así como también hubo una asociación positiva entre el clima de trabajo y las relaciones entre médicos y enfermeras (Manojlovich & DeCicco, 2007).

Impacto en la salud de las personas

Warshawsky & Havens (2011) encontraron una relación positiva entre las puntuaciones más altas de PES-NWI y la calidad de la atención. Cabe destacar la correlación positiva entre la calidad de la atención y las subescalas "participación de la enfermera

en los asuntos del centro” y “fundamento enfermero en la calidad de los cuidados”.

Por otro lado, un estudio encontró que existía relación entre el número de hospitalizaciones en los pacientes que recibían diálisis y el trabajo en equipo entre enfermeras y médicos (Gardner, Thomas-Hawkins, Fogg & Latham, 2007). Dentro del análisis de las relaciones interprofesionales, uno de los hallazgos más interesantes ha sido la relación entre la comunicación entre médicos y enfermeras, el entorno de trabajo y la disminución de los errores de medicación (Manojlovich & DeCicco, 2007). Asimismo, también ha sido descrita la relación entre puntuaciones generales de PES-NWI y número de errores de medicación y sepsis de catéter. Por último, el número de infecciones nosocomiales y caídas con lesión se relacionó con puntuaciones más bajas de PES-NWI (Manojlovich & DeCicco, 2007; Kutney-Lee, Lake & Aiken, 2009).

En conclusión, las repercusiones de los

entornos favorables han sido estudiadas en diferentes aspectos de la práctica, como la calidad de la atención, satisfacción laboral con la organización, cargas de trabajo, entre otros. Un hallazgo muy relevante, ha sido la relación entre la calidad de la atención y el “fundamento enfermero de la calidad de los cuidados”. Los ítems de esta subescala, evalúan el uso del proceso enfermero y del diagnóstico enfermero, y puntuaciones más altas particularmente de esta subescala, se han relacionado con una mayor calidad de la atención. Esto supone un punto de partida para muchas organizaciones, y para el estudio del uso y actitudes hacia el diagnóstico enfermero relacionado con diferentes entornos de práctica enfermera. Estos aspectos serán abordados a lo largo de la Fase 2 de la presente tesis doctoral.

3. Planteamiento y formulación del problema de investigación

Tradicionalmente varios han sido los factores relacionados con el uso del diagnóstico enfermero, como la formación, las cargas de trabajo (Trigueros, San-Martín, Ballesteros & López, 2003; Raña-Lama, Pita-Vizoso, Conceiro-Rúa, Fernández-Fraga & García-Martínez, 2004) y la persistencia de sistemas de trabajo tradicionales en los que la labor de las enfermeras se centra en las tareas colaborativas con otros profesionales, con escaso desarrollo del rol independiente (Martínez-Marcos et al., 1996). En la última década se ha prestado mayor atención a nuevos posibles condicionantes de su uso a las propias enfermeras, como puede ser la actitud que éstas presenten hacia el diagnóstico enfermero (Cruz et al., 2006; Halverson et al., 2011; Romero-Sánchez et al., 2013; D’Agostino et al., 2016). Clásicamente, las actitudes se han estudiado como posibles predictores de la conducta. De hecho, si consideramos

como conducta el uso del diagnóstico enfermero, las investigaciones defienden que las enfermeras que tienen una actitud más positiva hacia el diagnóstico enfermero lo utilizan en mayor grado que aquellas que presentan perfiles de actitudes negativos (Romero-Sánchez et al., 2014; D’Agostino et al., 2016). Esta relación, avalada por las teorías psicológicas como la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen, 1993), no es perfecta, ya que una actitud no conlleva siempre la realización de una conducta, debido a que existen otras variables que pueden incidir en el proceso en el que una conducta es llevada a cabo. De hecho, se ha determinado que factores como la formación sobre el tema (Collins, 2013; Romero-Sánchez et al., 2014; D’Agostino et al., 2016) y/o el ámbito de actividad, en el caso de nuestro país, (Romero-Sánchez et al., 2014) inciden en que la actitud de la enfermera sea más o menos positiva. Sin embargo, más allá de la actitud hacia el diagnóstico enfermero, existen factores externos a la enfermera que pueden incidir en el uso, como puede ser la norma

subjetiva, que la Teoría de la Acción Razonada define como la presión social que las enfermeras reciben de su entorno para realizar una determinada conducta (Ajzen & Fishbein, 1980).

En relación a la norma subjetiva se ha empezado a prestar atención a los entornos de práctica enfermera como condicionantes del uso del diagnóstico enfermero. Los entornos de práctica enfermera son las características de la organización que facilitan o limitan la práctica enfermera. Si consideramos el diagnóstico enfermero como el eje central de la práctica independiente de la enfermería, en el contexto del proceso enfermero, podría deducirse que los entornos favorecedores de la práctica enfermera potenciarían su uso. Esta hipótesis se ve refrendada por el hecho que, en estudios previos del diagnóstico, el campo de trabajo haya sido una variable relacionada con la actitud hacia el mismo (Romero-Sánchez et al., 2014), lo cual sugiere que los entornos de práctica

deben ser estudiados como factores externos a la enfermera con influencia en la conducta.

Por otro lado, existen otros factores dentro de las teorías psicológicas, en este caso de la Teoría de la Conducta Planificada, que también pueden determinar la conducta de uso, como el control conductual percibido que hasta ahora no ha sido tenido en cuenta en el estudio del diagnóstico enfermero. De acuerdo con la Teoría de la Conducta Planificada, el control conductual percibido podría ser un factor relacionado con el uso del diagnóstico enfermero. Esta teoría es una de las más adecuadas para explicar y predecir el comportamiento humano. Por lo que se considera importante conocer en qué medida estos factores pueden asociarse a la conducta de las enfermeras en el uso del diagnóstico.

Estas han sido las inquietudes que han impulsado a continuar el estudio del diagnóstico enfermero, por ello, en este marco se ha querido desarrollar un

estudio completo de los componentes psicológicos que determinan la conducta humana, y así investigar de manera formal qué factores están detrás de un uso irregular del diagnóstico enfermero.

Capítulo 2. Justificación, hipótesis y objetivos

Justificación

Esta tesis doctoral se ha desarrollado a lo largo de tres etapas. En la primera fase, se pone en evidencia los diferentes factores personales, profesionales e institucionales implicados en el diagnóstico enfermero y, por tanto, su realización se justifica en el hecho de que podría ser útil para desarrollar una estrategia a tres niveles si se pretende mejorar las actitudes y uso del diagnóstico enfermero en la atención de salud. La importancia de esta fase radica también en conocer, previamente al estudio las actitudes relacionadas con otros factores externos y cognitivos, las opiniones, experiencias y actitudes

halladas a escala internacional. La actitud y uso del diagnóstico no guardan una relación exacta de unidireccionalidad, sino que existen otros factores externos y cognitivos que pueden condicionar la conducta y esta puede condicionar la actitud. Toda actitud, norma subjetiva y control conductual percibido, viene determinado directamente de las creencias conductuales, normativas y de control. Estas creencias, vienen determinadas directamente por las experiencias propias y de los allegados y las actitudes de los mismos. Por lo tanto, lo anteriormente expuesto sugiere que es necesario estudiar las experiencias

En este capítulo se define la justificación, la hipótesis y los objetivos que conforman esta tesis doctoral. En primer lugar, se presenta la justificación en la que se expone las implicaciones y relevancia de los aspectos estudiados en cada uno de las fases que conforman esta tesis. En segundo lugar, se presenta la hipótesis general, y en tercer lugar, se presenta el objetivo general y los objetivos específicos relativos a las tres fases componentes de esta tesis doctoral.

y opiniones previas relacionadas con el diagnóstico enfermero para determinar la relación que guardan con los entornos estudiados formalmente en la fase 2 y las creencias normativas, conductuales y de control halladas en la fase 3 de esta tesis doctoral.

La realización de la fase 2, es decir, la evaluación de las características de las enfermeras y su entorno de práctica, se justifica en su utilidad para determinar si se establece una relación entre actitud, uso, variables demográficas y profesionales y entornos de práctica. También, permitiría determinar si estos factores externos que inciden en el uso del diagnóstico enfermero son apoyados por las teorías clásicas de las actitudes, como la Teoría de la Acción Razonada o la Teoría de la Conducta Planificada.

Por último, en relación a la fase 3, determinar si los niveles de creencias conductuales, normativas y de control conductual guardan relación con el nivel de actitud y uso; sería útil para determinar

si la Teoría de la Conducta Planificada es válida para predecir y explicar el uso del diagnóstico enfermero.

Con todo esto, la triangulación de las tres fases sobre los diferentes factores cognitivos y profesionales asociados al diagnóstico enfermero permitirá ampliar el conocimiento sobre el uso del diagnóstico a nivel internacional y entender más profundamente el fenómeno.

Hipótesis

La actitud de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero es un importante factor relacionado con su uso, pero existen otros factores cognitivos, como el control conductual percibido y la norma subjetiva conformada por los entornos de práctica, que pueden determinar la actitud y uso del diagnóstico enfermero.

Objetivo general

Determinar perfiles de uso y actitud de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero desde varias perspectivas teóricas en dos muestras internacionales y evaluar

las características diferenciales entre los mismos.

Objetivos específicos

1. Explorar las actitudes, opiniones y experiencias de las enfermeras en el uso del diagnóstico enfermero en base a la literatura, y analizar su influencia en la profesión y en la calidad de la atención. (fase 1)
2. Determinar perfiles de enfermeras según su actitud y uso del diagnóstico enfermero en el ámbito de atención primaria (Fase 2).
3. Comparar las características enfermeras (sociodemográficas y profesionales) y la percepción de los entornos de práctica entre los perfiles encontrados (Fase 2).
4. Determinar perfiles de enfermeras respecto a su actitud hacia el diagnóstico enfermero de acuerdo con la Teoría de la Conducta Planificada en dos muestras binacionales (española e italiana) procedentes de diferentes ámbitos de atención (atención primaria y hospitalaria). (Fase 3)

5. Comparar los perfiles de enfermeras detectados en relación al uso del diagnóstico enfermero, intención, edad y experiencia laboral (Fase 3).
6. Evaluar las actitudes, intención, norma subjetiva y el control conductual percibido en relación al uso del diagnóstico enfermero (Fase 3).

Capítulo 3. Métodos

Diseño

Estudio de diseño transversal llevado a cabo en tres fases. La primera fase se ha llevado a cabo para investigar las actitudes, opiniones y experiencia. La justificación de la Fase 1 radica en que, tal y como se ha expuesto en el marco teórico, detrás de las actitudes hacia el diagnóstico enfermero, se pueden encontrar factores organizativos y experiencias vividas y/o de personas allegadas a las enfermeras, que puedan influir en el uso y actitud hacia el diagnóstico. Por eso se ha considerado relevante sintetizarlos en una revisión integrativa.

En las fases 2 y 3 se ha identificado los factores cognitivos y la relación que guardan con los entornos de práctica. La segunda fase trata de un análisis por conglomerados en el que, enmarcado en la Teoría de la Acción Razonada, investiga grupos de enfermeras según su entorno de práctica y actitud hacia el diagnóstico. La tercera fase, pretende, en el marco de la Teoría de la Conducta Planificada, evaluar el comportamiento de los factores cognitivos relacionados con el uso del diagnóstico enfermero en dos muestras internacionales.

En este capítulo, se presenta el apartado de métodos, compuesto por tres fases. En la primera fase, se ha realizado una revisión integrativa de la bibliografía. En la segunda, se ha llevado a cabo un análisis por conglomerados a una muestra de enfermeras del ámbito de atención primaria de Cataluña con el propósito de analizar la relación entre los entornos de práctica, el uso y actitud del diagnóstico enfermero. En la tercera fase, se ha llevado a cabo un análisis por conglomerados en dos muestras internacionales de enfermeras; una en una región española y la otra en una región italiana, con el objetivo de evaluar los factores cognitivos y el uso del diagnóstico enfermero enmarcado en la Teoría de la Conducta Planificada, y evaluar el comportamiento en dos muestras distintas.

Fase 1: Revisión bibliográfica: Actitudes, opiniones y experiencias hacia el diagnóstico enfermero: una revisión de la bibliografía.

Diseño

Se realizó una revisión bibliográfica de acuerdo con las recomendaciones de Whittemore & Knaf (2005) y las directrices PRISMA (Urrutia & Bonfill, 2010).

Proceso de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó a partir de tres estrategias. En la primera, se realizó una búsqueda en bases de datos electrónicas a partir de descriptores y palabras claves. En la segunda, se revisaron las citas de los artículos para detectar aquellos que pudieran ser relevantes para la revisión. Y en la tercera, se consideraron las propuestas de artículos de miembros del equipo investigador (Whittemore & Knaf 2005).

Criterios de elegibilidad

Los estudios fueron seleccionados de

acuerdo con los siguientes criterios.

Los artículos seleccionados fueron originales, considerando tanto los que utilizaban metodología cualitativa como cuantitativa para comprender el fenómeno de la forma más completa (Whittemore & Knaf, 2005),

Ámbito y participantes. La población objetivo consistía en enfermeras o enfermeros asistenciales, docentes e investigadores que trabajasen en el ámbito hospitalario y/o en atención primaria.

Objetivo. Estudios que analizaban la actitud, opiniones y experiencias de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero.

Idioma. Se incluyeron artículos publicados en inglés, español, portugués y alemán.

Fecha de publicación. Se incluyeron los artículos publicados desde 2005 hasta la marzo de 2016.

Bases de datos. Las fuentes de datos consultadas fueron CINAHL, Pubmed, PsycINFO, CUIDEN, ScienceDirect.

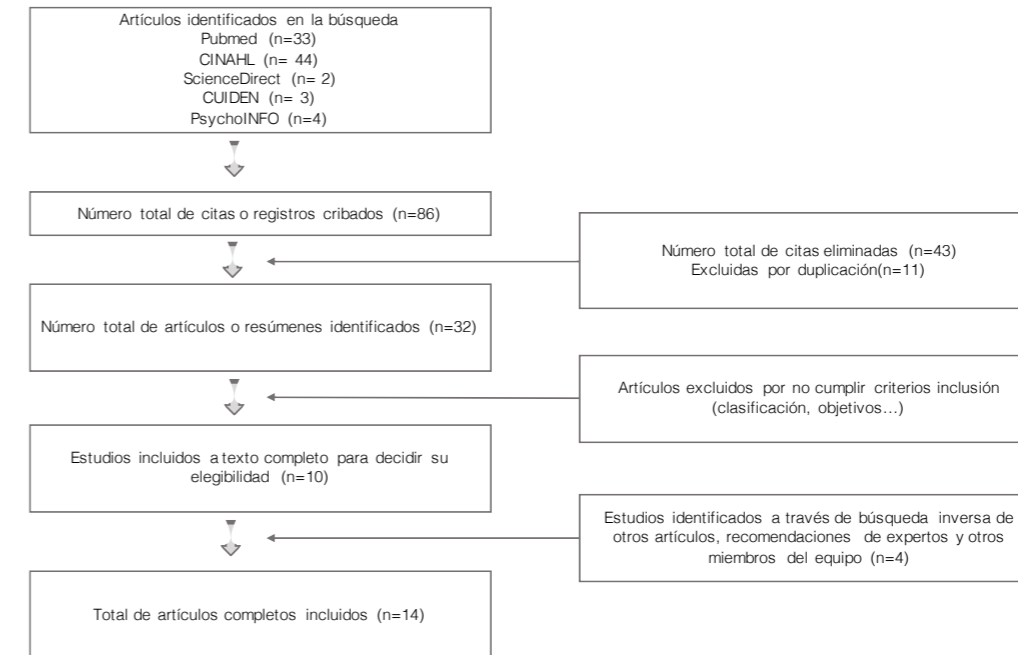


Figura 4. Diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fases de la revisión bibliográfica de la Fase 1. (Adaptado de Urrutia & Bonfill, 2010)

Además, se buscaron artículos potencialmente elegibles dentro de las citas de los artículos seleccionados.

Términos de búsqueda. Se utilizaron para la búsqueda los descriptores MESH "Attitude health personnel", "nursing diagnosis", "nursing process" y "nursing".

Selección de estudios

Los resultados de cada búsqueda individual se unificaron, y se eliminaron los

artículos duplicados. Los artículos fueron examinados según título y resumen. Los artículos potencialmente relevantes, se evaluaron según los criterios de elegibilidad por dos de los investigadores.

Proceso de selección

Ochenta y seis artículos fueron identificados de los cuales, tras la lectura de título y resumen, cuarenta y tres fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión. De los 32 artículos

restantes se recuperaron y revisaron los textos completos, excluyéndose 22 por no ser útiles para cumplir el objetivo de la revisión. Adicionalmente, se añadieron cuatro estudios tras la revisión de las citas de los estudios seleccionados previamente. Finalmente catorce estudios cumplieron criterios de inclusión (Figura 4). La búsqueda se llevó a cabo en marzo 2016.

Evaluación de la calidad metodológica

Dos investigadores evaluaron de forma independiente la calidad metodológica de los estudios incluidos utilizando los instrumentos siguientes: El programa CASPe (Cano-Arana, González-Gil & Cabello-López, 2010) para estudios cualitativos, STROBE (Berra, Elorza, Estrada & Sánchez et al., 2008) para los estudios observacionales y Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group para los estudios de intervención antes/después (National Institutes of Health, n.d).

Extracción de datos y síntesis

Tras la evaluación de la calidad de los **14 estudios seleccionados se realizó un análisis temático de todos los estudios para identificar las características descritas en cada documento. Un investigador extrajo los datos de cada estudio en una tabla que contenía diseño, muestra, ámbito, y hallazgos del estudio.**

Fase 2: Influencia de las características de las enfermeras y los entornos de práctica en el diagnóstico enfermero en una muestra de enfermeras del ámbito de atención primaria.

Diseño

Descriptivo transversal mediante encuesta en formato electrónico.

Población y ámbito

La realización de la fase 2 fue llevada a cabo en los centros de Atención Primaria de Salud del Institut Català de la Salut (ICS)

y las enfermeras asociadas a la Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC).

Según la memoria del CatSalut del año 2015, la población enfermera que desarrollaba su actividad asistencial de atención primaria era de 4.200 enfermeras en toda Cataluña, distribuidas en 302 Centros de Atención Primaria del ICS. La solicitud de participación en el estudio y la difusión de la encuesta se realizó de manera piramidal. La dirección central de enfermería del ICS hizo la difusión a las responsables de cada uno de los ámbitos de atención primaria. Estas responsables hicieron la difusión a las enfermeras de cada centro de atención primaria. Por este motivo, es posible que la encuesta no haya abarcado el total de la enfermeras que desarrollan su actividad asistencial en el ámbito de atención primaria del ICS.

La AIFICC aglutina un total de 900 enfermeras asociadas que trabajan en el ámbito de atención primaria de Cataluña. A estas enfermeras, previo permiso a la

presidenta de la sociedad, se les pidió su colaboración en el estudio. la encuesta. Por lo que la muestra poblacional estuvo conformada en un inicio por un total 5.100 enfermeras, (4.100 enfermeras contratadas por el ICS y 900 enfermeras socias de AIFICC).

Muestra

Para la selección de la muestra, se utilizó un muestreo de conveniencia a enfermeras reclutadas en centros de atención primaria de salud de Cataluña nombrados en el apartado anterior.

Recogida de datos

La recopilación de datos se llevó a cabo mediante una encuesta en formato electrónico. La dirección enfermera del Ámbito de Atención Primaria de Catalunya del Institut Català de la Salut, envió a enfermeras de diferentes centros de Atención Primaria, una carta de presentación del estudio por correo electrónico, invitándolas a participar voluntariamente. Además, asociaciones

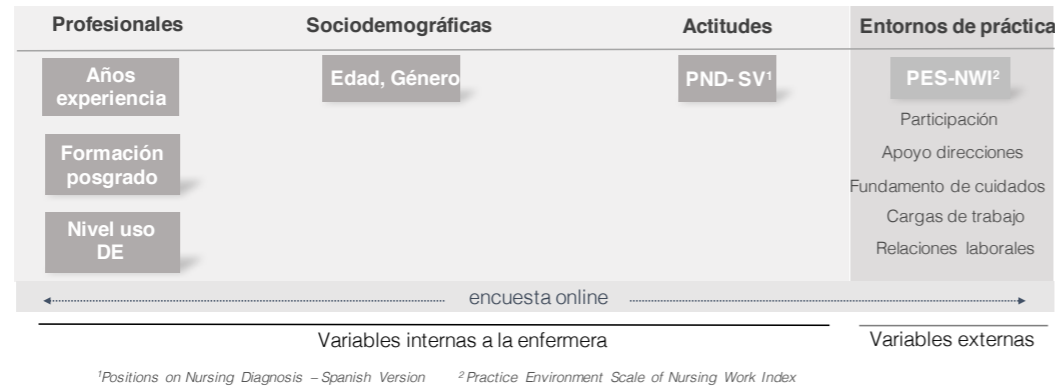


Figura 5. Variables e instrumentos de la Fase 2.

profesionales y científicas locales de enfermería también participaron en el envío de forma electrónica de la encuesta. El correo electrónico contenía la carta de invitación (Anexos 2 y 4) y un enlace a la encuesta. Los datos fueron recogidos de junio a septiembre de 2015. Para el análisis se eliminaron todos los datos incompletos o incorrectos.

Variables e instrumentos

Las variables utilizadas fueron socio-demográficas y profesionales, de autoevaluación sobre el uso del

diagnóstico enfermero, de actitud de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero mediante la escala PND-SV, y los entornos de práctica enfermera mediante la escala PES-NWI. (Figura 5)

Socio-demográficas y profesionales: edad, género y datos profesionales (años de experiencia como enfermera, campo de trabajo, formación posgrado).

Autoevaluación sobre el uso del diagnóstico enfermero, utilizando una escala Likert de 5 puntos donde 1 refiere a nunca y 5 a siempre.

**ESCALA DE POSICIONAMIENTO ANTE EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO (EPADE)
POSITION ON NURSING DIAGNOSIS – SPANISH VERSION (PND-SV)**

Valore cómo se siente respecto al CONCEPTO DIAGNÓSTICO ENFERMERO en el momento presente. Señale con una X el punto que mejor represente su opinión sobre la línea que une cada pareja de adjetivos. Por favor, responda a todos los ítems.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

01	AMBIGUO	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	CLARO
02	SIN SIGNIFICADO	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	CON SIGNIFICADO
03	AGRADABLE	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	DESAGRADABLE
04	FUERTE	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	DÉBIL
05	VALIOSO	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	SIN VALOR
06	NEGATIVO	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	POSITIVO
07	TONTO	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	INTELIGENTE
08	CÓMODO	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	INCÓMODO
09	FÁCIL	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	DIFÍCIL
10	NO REALISTA	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	REALISTA
11	FACILITADOR	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	OBSTACULIZADOR
12	SIN VALIDEZ	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	VÁLIDO
13	SIGNIFICATIVO	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	INSIGNIFICANTE
14	RELEVANTE	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	IRRELEVANTE
15	INGRATO	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	GRATIFICANTE
16	CONVENIENTE	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	INCONVENIENTE
17	ACEPTABLE	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	INACEPTABLE
18	MALO	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	BUENO
19	CREATIVO	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	RUTINARIO
20	SIN IMPORTANCIA	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	IMPORTANTE

Position on Nursing Diagnosis (PND) © Margaret Lunney & MaryAnne Krenz; PND Spanish Version (PND SV) © José Manuel Romero Sánchez, correspondence: jose.romerosanchez@mail.uca.es. Reproduced with permission.

Figura 5.1. Position on Nursing Diagnosis Spanish Version (PND-SV)

Actitudes de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero, mediante la Escala de Posicionamiento hacia el Diagnóstico Enfermero (PND-SV). Se trata de una escala de 20 ítems que mide el diferencial semántico desarrollado por Lunney y Krenz (1992). Cada elemento consiste en un par de adjetivos opuestos bipolares, que representan las propiedades polares del diagnóstico enfermero, separadas por una línea de 7 puntos. A cada punto se le asigna un número de 1 a 7, donde 7 corresponde al punto más cercano al adjetivo positivo y 1 al negativo. Se solicita al participante que coloque una marca donde en el punto que represente más sus sentimientos sobre el concepto. La puntuación global (rango de 20 a 140) se obtiene con la suma de los puntos seleccionados en cada ítem. Las puntuaciones más altas indican una mejor actitud hacia el diagnóstico enfermero y viceversa; la actitud neutra es representada por una puntuación de 80. La herramienta PND-SV (Romero-Sánchez et al., 2013) ha mostrado evidencia de propiedades psicométricas satisfactorias,

revelando un modelo de un factor con criterios adecuados y validez de contraste de grupos. Asimismo, ha indicado la misma consistencia interna y fiabilidad test-retest que en la versión original (Lunney & Krenz, 1992) y otras adaptaciones transculturales (D'Agostino et al., 2016) (Figura 5.1).

Entornos de práctica enfermera, mediante Escala de Entornos de Práctica del Nursing Work Index (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index) (PES-NWI). PES-NWI es un cuestionario de 31 ítems desarrollado por Lake (2002) del Nursing Work Index (Kramer & Hafner, 1989) para medir la percepción de las enfermeras con respecto a su práctica. En esta escala los encuestados deben calificar la medida en que están de acuerdo con el atributo organizativo de su entorno de práctica representando cada ítem, clasificado con respuestas que van desde 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo).

El instrumento está compuesto por cinco subescalas: 1) Participación de las

Escala del Entorno de Práctica Enfermera del Nursing Wok Index

Indique, rodeando con un círculo, el grado en que usted está de acuerdo en que las siguientes afirmaciones están presentes en su entorno de trabajo, teniendo en cuenta que el 1 implica que está totalmente en desacuerdo con la frase que se le propone y, el 4 significa que está absolutamente de acuerdo con el enunciado

		Absolutamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN ASUNTOS DEL CENTRO					
1. Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del Centro (Juntas, Organos de decisión.)	1	2	3	4	
2. Las enfermeras del Centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo	1	2	3	4	
3. Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería	1	2	3	4	
4. La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras	1	2	3	4	
5. El/La Director/a de Enfermería es accesible y fácilmente "visible"	1	2	3	4	
6. Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica	1	2	3	4	
7. Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día	1	2	3	4	
8. Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del Centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...	1	2	3	4	
9. Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del Centro.	1	2	3	4	
FUNDAMENTO ENFERMERO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS					
10. Se usan los diagnósticos enfermeros	1	2	3	4	
11. Hay un programa activo de garantía y mejora calidad	1	2	3	4	
12. Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso	1	2	3	4	
13. Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico	1	2	3	4	
14. La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	1	2	3	4	
15. Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	1	2	3	4	
16. Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente	1	2	3	4	
17. Los gestores del Centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad	1	2	3	4	
18. Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras	1	2	3	4	
19. Las enfermeras del Centro tienen una competencia clínica adecuada	1	2	3	4	
CAPACIDAD, LIDERAZGO Y APOYO A LAS ENFERMERAS POR PARTE DE LOS GESTORES ENFERMEROS					
20. La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder	1	2	3	4	
21. La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	1	2	3	4	
22. La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica	1	2	3	4	
23. La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras	1	2	3	4	
24. Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho	1	2	3	4	
DIMENSIÓN DE LA PLANTILLA Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS					
25. Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo	1	2	3	4	
26. Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad	1	2	3	4	
27. Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.	1	2	3	4	
28. Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras	1	2	3	4	
RELACIONES ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS					
29. Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras	1	2	3	4	
30. Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo	1	2	3	4	
31. La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada	1	2	3	4	

Figura 5.2. Escala del Entorno de Práctica Enfermera del Nursing Work Index.

enfermeras en los asuntos del centro (9 ítems); 2) Fundamentos de la atención enfermera (10 ítems); 3) Capacidad de las direcciones enfermeras, liderazgo y apoyo a las enfermeras (5 ítems); 4) Recursos adecuados de persona (4 ítems) y 5) Relaciones entre enfermeras y médicos (3 ítems).

Se calculó la media de cada subescala y una puntuación global compuesta, donde los valores superiores a 2,5 son indicativos de unos entornos de práctica favorables y los valores por debajo de esa puntuación de corte indican un resultado menos favorable. El PES-NWI se ha utilizado en múltiples estudios y contextos y se considera una medición altamente confiable y válida de entornos de práctica enfermera (Warshawsky & Havens, 2011). La versión española del instrumento fue desarrollada y validada en el ámbito de atención primaria por De Pedro et al. (2011) ha sido utilizada para el desarrollo de esta tesis doctoral. (Figura 5.2).

Análisis estadístico

Se utilizó la estadística descriptiva para resumir los datos, como la frecuencia y porcentaje para las variables cuantitativas, y media y desviación estándar para las variables cualitativas. La normalidad de las variables cuantitativas se verificó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors. Para categorizar a los participantes en grupos con perfiles de actitud similares, se empleó un análisis de agrupamiento jerárquico basado en las respuestas a todos los ítems de PND-SV usando un método de vinculación promedio con una distancia euclídea cuadrada. Se evaluaron varias soluciones de conglomerados y se consideró la más adecuada la que produjera conglomerados con diferencias máximas de las demás y que tuviera significación teórica.

La prueba de Kruskal-Wallis H. se utilizó en cada respuesta de cada ítem, también se utilizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA) en el agregado de todos para evaluar las diferencias entre grupos. La

replicación del proceso de agrupación se realizó sobre diferentes subconjuntos de la muestra para corroborar su consistencia interna. Para clasificar a los participantes en grupos con perfiles similares de utilización de diagnóstico enfermero, se empleó la autoevaluación de la frecuencia de uso del DE. Los participantes se clasificaron de la siguiente manera: los que respondieron “nunca” y “rara vez” se colocaron en el grupo de tasa de utilización baja, “a veces” en el grupo de tasa de utilización media, y “a menudo” y “siempre” en tasa de utilización alta.

La prueba de Chi-Cuadrado se utilizó para comparar los grupos de variables categóricas. Para evaluar las diferencias entre variables continuas se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis H. y se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para las comparaciones post hoc de pares.

Los análisis se realizaron utilizando SPSS v.21 (SPSS Inc., Chicago, IL, EEUU.) y la significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de investigación clínica correspondiente al área donde se llevó a cabo el estudio (Anexo 1). Se garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos. Cada participante leyó un formulario de consentimiento informado y mostró su conformidad y voluntad de participar haciendo clic en un cuadro de confirmación antes de acceder a la encuesta. (Anexo 3).

Fase 3: Influencia de las características enfermeras, actitud, intención y conducta ante el diagnóstico enfermero en enfermeras con distintas creencias conductuales, normativas y de control conductual.

Diseño

Estudio de diseño transversal mediante encuesta.

Población y ámbito

La realización de la fase 3 fue llevada a cabo en dos regiones y ámbitos distintos.

En el ámbito español, se llevó a cabo el estudio a centros de Atención Primaria de Salud del Institut Català de la Salut (ICS) y las enfermeras asociadas a la Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC). Según, la memoria del CatSalut del año 2015, la población enfermera que desarrollaba su actividad asistencial de atención primaria era de 4.100 enfermeras en toda Cataluña, distribuidas en 302 Centros de Atención Primaria del ICS. La solicitud de participación en el estudio y la difusión de la encuesta se realizó de manera piramidal. La dirección central de enfermería del ICS hizo la difusión a las responsables de cada uno de los ámbitos de atención primaria. Estas responsables hicieron la difusión a las enfermeras de cada centro de atención primaria. Por este motivo, es posible que la encuesta no haya abarcado el total de la enfermeras que desarrollan

su actividad asistencial en el ámbito de atención primaria del ICS.

La AIFICC aglutina un total de 900 enfermeras asociadas que trabajan en el ámbito de atención primaria de Cataluña. A estas enfermeras, previo permiso a la presidenta de la sociedad, se les pidió su colaboración en el estudio. la encuesta.

En el ámbito italiano, las enfermeras fueron reclutadas en dos hospitales; un hospital universitario donde la población estaba conformada de 690 enfermeras, y un hospital general en el que la población de estudio estaba conformada por 825 enfermeras.

Por lo que la muestra poblacional estuvo conformada en un inicio por un total 6.515 enfermeras, (4100 enfermeras contratadas por el ICS, 900 enfermeras socias de AIFICC, y 1.415 enfermeras del ámbito hospitalario).

Muestra

Para la selección de la muestra, se utilizó un muestreo de conveniencia en enfermeras

reclutadas en dos hospitales (hospital universitario y hospital general). En España, las enfermeras fueron reclutadas en centros de atención primaria de salud de Cataluña.

Recopilación de datos

Los datos fueron recogidos de mayo a septiembre de 2014 en Italia y de junio a septiembre de 2015 en España. En el caso de la muestra italiana, los investigadores reclutaron a las enfermeras clínicas de los dos hospitales pidiéndoles que completaran los instrumentos al final de su turno para evitar las presiones relacionadas con el trabajo o las limitaciones de tiempo. El tiempo requerido para completar los instrumentos era de unos 15 minutos.

A través de las direcciones de Atención Primaria de Barcelona y de la Sociedad Catalana de Enfermería Familiar y Comunitaria de Catalunya se invitó a las participantes potenciales a participar voluntariamente. Esta invitación se realizó por correo electrónico, en el

cual se adjuntaba, junto a una carta de presentación y el consentimiento informado, un enlace a la encuesta que debían contestar. Cada enfermera empleó unos 10-15 minutos para completar los instrumentos. (Anexos 2 y 4).

Variables e instrumentos

Los instrumentos administrados a las enfermeras fueron un cuestionario sociodemográfico y varias escalas que miden diferentes facetas del uso del diagnóstico enfermero según la Teoría de la Conducta Planificada.

Cuestionario sociodemográfico, diseñado por el equipo de investigación para recoger variables sociodemográficas y profesionales de enfermeras como edad, género, años de trabajo en enfermería, y formación en materia de diagnóstico enfermero.

Escala TPB Nursing Diagnosis desarrollada en base a la Teoría de la Conducta Planificada, compuesta por cinco subescalas que miden:

1. ¿En qué grado está usted a favor de utilizar el diagnóstico enfermero en la práctica clínica en una escala de 0 a 10, donde "0" corresponde a "Nada favorable" y "10" a "muy favorable"? Ponga una cruz sobre el número que corresponda

Nada Favorable 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy favorable

2. ¿Cómo ha sido la formación que ha recibido sobre diagnóstico enfermero durante todo su proceso formativo (Grado/Diplomatura, Master, Especialidad, etc.)? (seleccione la respuesta más adecuada para usted):

- La formación recibida ha estado muy centrada en el diagnóstico enfermero
- La formación recibida incluía el diagnóstico enfermero
- La formación recibida no incluía el diagnóstico enfermero
- He participado en eventos sobre diagnóstico enfermero (seminarios, cursos de formación continua, etc.)
- Formación autodidacta en diagnóstico enfermero. Horas en un año _____
- Enseño diagnóstico enfermero a otros (especificar a quién)

3. ¿Con qué frecuencia registra usted diagnósticos Enfermeros?

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

4. En su opinión, ¿Qué probabilidad hay de que el uso del diagnóstico enfermero en la práctica clínica...?

	Nada probable	Poco probable	Ni probable ni improbable	Probable	Muy probable
a) Favorezca una asistencia holística e individualizada (Considerando al paciente como un todo).	1	2	3	4	5
b) Mejore la calidad de la asistencia	1	2	3	4	5
c) Aumente la carga de trabajo	1	2	3	4	5
d) Facilite la selección de las intervenciones enfermeras apropiadas	1	2	3	4	5
e) Promueva la autonomía y responsabilidad profesional	1	2	3	4	5
f) Facilite la comunicación entre compañeros/as	1	2	3	4	5
g) Promueva la utilización de un lenguaje reconocido por todos los compañeros/as	1	2	3	4	5
h) Haga perder el componente humano categorizando al paciente en etiquetas diagnósticas	1	2	3	4	5

5. En su opinión, ¿cuánta importancia tiene para usted que el uso del diagnóstico enfermero en la práctica clínica...?

	Nada importante	Poco importante	Ni importante ni no importante	Importante	Muy importante
a) Favorezca una asistencia holística e individualizada (Considerando al paciente como un todo).	1	2	3	4	5
b) Mejore la calidad de la asistencia	1	2	3	4	5
c) No aumente la carga de trabajo	1	2	3	4	5
d) Facilite la selección de las intervenciones enfermeras apropiadas	1	2	3	4	5
e) Promueva la autonomía y responsabilidad profesional	1	2	3	4	5
f) Facilite la comunicación entre compañeros/as	1	2	3	4	5
g) Promueva la utilización de un lenguaje reconocido por todos/as los compañeros/as	1	2	3	4	5
h) No haga perder el componente humano categorizando al paciente en etiquetas diagnósticas	1	2	3	4	5

Figura 5.3. Escala TPB Nuringing Diagnosis

6. A continuación se enumeran algunas situaciones que podrían FACILITAR que usted utilice el diagnóstico enfermero en la práctica clínica. ¿Cuál es la PROBABILIDAD de que se produzcan en su lugar de trabajo? ¿Qué probabilidad hay de que usted ...?

	Nada probable	Poco probable	Ni probable ni improbable	Bastante probable	Muy probable
a) Tenga una reducción de la carga de trabajo	1	2	3	4	5
b) Reciba formación específica sobre diagnóstico enfermero	1	2	3	4	5
c) Utilice registros de enfermería informatizados con planes de cuidados estandarizados	1	2	3	4	5
d) Obtenga incentivos (primas de incentivo, etc.)	1	2	3	4	5
e) Tenga el apoyo de la institución a la que pertenece	1	2	3	4	5

7. Ahora considere las siguientes situaciones que podrían OBSTACULIZAR que usted utilice el diagnóstico enfermero en la práctica clínica. ¿Cuál es la PROBABILIDAD de que se produzcan en su lugar de trabajo? ¿Qué probabilidad hay de que usted ...

	Nada probable	Poco probable	Ni probable ni improbable	Bastante probable	Muy probable
a) Tenga un exceso de carga de trabajo	1	2	3	4	5
b) Tenga una inadecuada formación específica en diagnóstico enfermero	1	2	3	4	5
c) No esté motivado/a para utilizar el diagnóstico enfermero	1	2	3	4	5
d) Trabaje en condiciones de escasez de personal	1	2	3	4	5

8. En su opinión, ¿cuánta IMPORTANCIA tienen las siguientes situaciones en FACILITAR que usted utilice el diagnóstico enfermero en la práctica clínica en su lugar de trabajo?

	Nada importante	Poco importante	Ni importante ni no importante	Importante	Muy importante
a) Tener una reducción de la carga de trabajo	1	2	3	4	5
b) Recibir formación específica sobre diagnóstico enfermero	1	2	3	4	5
c) Utilizar registros de enfermería informatizados con planes de cuidados estandarizados	1	2	3	4	5
d) Obtener incentivos (primas por objetivos, etc.)	1	2	3	4	5
e) Tener el apoyo de la institución a la que pertenece	1	2	3	4	5

9. En su opinión, ¿cuánta IMPORTANCIA tienen las siguientes situaciones en OBSTACULIZAR que usted utilice el diagnóstico enfermero en la práctica clínica en su lugar de trabajo?

	Nada importante	Poco importante	Ni importante ni no importante	Importante	Muy importante
a) Tener exceso de carga de trabajo	1	2	3	4	5

Figura 5.3. Escala TPB Nuringing Diagnosis .

10. En su opinión, ¿En qué grado ACEPTARÍAN las SIGUIENTES PERSONAS que usted utilice el diagnóstico enfermero en la práctica clínica?

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
a) El paciente al que atiende	1	2	3	4	5
b) El familiar del paciente al que atiende	1	2	3	4	5
c) Las enfermeras de su servicio/centro	1	2	3	4	5
d) Los médicos de su servicio/centro	1	2	3	4	5
e) Su supervisor/a de enfermería	1	2	3	4	5
f) Su director/a de enfermería o coordinador/a de cuidados	1	2	3	4	5
g) Su institución sanitaria	1	2	3	4	5

11. ¿Cuánta **IMPORTANCIA** tiene para usted que las siguientes personas **ACEPTEN** que usted utilice el diagnóstico enfermero en la práctica clínica?.

	Nada importante	Poco importante	Ni importante ni no importante	Importante	Muy importante
a) El paciente al que atiende	1	2	3	4	5
b) El familiar del paciente al que atiende	1	2	3	4	5
c) Las enfermeras de su servicio/centro	1	2	3	4	5
d) Los médicos de su servicio/centro	1	2	3	4	5
e) Su supervisor/a de enfermería	1	2	3	4	5
f) Su director/a de enfermería o coordinador/a de cuidados	1	2	3	4	5
g) Su institución sanitaria	1	2	3	4	5

12. Marque con una cruz en cada PAREJA DE ADJETIVOS lo que supone para usted la UTILIZACIÓN del diagnóstico enfermero en la práctica clínica

	Mucho	Poco	Algo	Poco	Mucho	
a) Ventajoso	1	2	3	4	5	Contraproducente
b) Útil	1	2	3	4	5	Inútil
c) Difícil	1	2	3	4	5	Fácil
d) Desagradable	1	2	3	4	5	Agradable
e) Cómodo	1	2	3	4	5	Incómodo
f) Obstaculizador	1	2	3	4	5	Facilitador
g) Gratificante	1	2	3	4	5	Ingrato
h) Importante	1	2	3	4	5	Sin importancia
i) No pertinente	1	2	3	4	5	Pertinente

Figura 5.3. Escala TPB Nursing Diagnosis

- Creencias Conductuales. Cada elemento pregunta cuánto es de importante que el diagnóstico enfermero a) mejore la calidad de la atención; b) facilite la elección de intervenciones apropiadas; c) promueva la autonomía de la enfermera; d) facilite la comunicación entre enfermeras; e) no haga perder el elemento humano categorizando al paciente en etiquetas de diagnóstico.

- Creencias de Control. Cada elemento pregunta cuánto son de importantes las siguientes situaciones para facilitar el uso del diagnóstico en la práctica: a) recibir una formación específica sobre el diagnóstico enfermero; b) utilizar la documentación electrónica enfermera con un sistema de apoyo a la toma de decisión clínica; c) tener recompensas; d) contar con el apoyo institucional.

- Creencias Normativas. Los elementos preguntan cuánto es de importante que las siguientes personas aprueben el uso del diagnóstico enfermero: a) pacientes; b) enfermeros; c) médicos; d) directores

enfermeros.

Las escalas que miden creencias conductuales, normativas y de control utilizan una escala de respuesta de Likert de 5 puntos: de 1 (nada importante) a 5 (muy importante). La puntuación de la escala se obtiene sumando cada ítem. Las puntuaciones más altas indican mejores creencias de control. (Figura 5.3)

- Intención de uso del DE. Se presenta un único ítem para medir la intención de las enfermeras en usar el diagnóstico enfermero en la práctica clínica. El ítem pregunta: <<¿Cuál es su intención de usar el diagnóstico enfermero en la práctica clínica?>>. La puntuación oscila entre 0 (nada favorable) y 10 (extremadamente a favor de usarlo). (Figura 5.3)

- Conducta, pregunta a las enfermeras con un solo elemento sobre su conducta para registrar el diagnóstico enfermero. El ítem pregunta: <<¿Cuántas veces registra el diagnóstico enfermero en la práctica?>>. La puntuación oscila entre 1 (nunca) y 5

(siempre). (Figura 5.3)

Actitudes de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero, mediante la Escala de Posicionamiento hacia el Diagnóstico Enfermero (PND-SV). Se trata de una escala de 20 ítems que mide el diferencial semántico desarrollado por Lunney y Krenz (1992). Cada elemento consiste en un par de adjetivos opuestos bipolares, que representan las propiedades polares del DE, separadas por una línea de 7 puntos. A los encuestados se les solicita al participante colocar una marca en el punto que represente más sus sentimientos sobre el concepto. A cada punto se le asigna un número de 1 a 7, donde 7 corresponde al punto más cercano al adjetivo positivo y 1 al negativo. La puntuación global (rango de 20 a 140) se obtiene añadiendo el número asignado al punto seleccionado en cada ítem. Las puntuaciones más altas indican una mejor actitud hacia el DE y viceversa, con una actitud neutra representada por una puntuación de 80. La escala PND ha mostrado evidencia de

propiedades psicométricas satisfactorias, revelando un modelo de un factor con criterios adecuados y validez de contraste de grupos, así como consistencia interna y fiabilidad test-retest en la versión original (Lunney & Krenz, 1992) y otras adaptaciones transculturales (D'Agostino et al., 2016) incluyendo la versión española utilizada en esta tesis doctoral (Romero-Sánchez et al, 2013). (Figura 5.1 de la página 81)

Validez de contenido de las escalas

En primer lugar, las escalas TPB Nursing Diagnosis se desarrollaron en italiano y su desarrollo fue guiado por la Teoría de la Conducta Planificada. Los ítems fueron desarrollados basándose en una revisión de la literatura y entrevistando una muestra de conveniencia de 33 enfermeras clínicas. Posteriormente, los ítems fueron adaptados para abordar construcciones de la TCP por un grupo de 3 enfermeras, con experiencia en diagnóstico enfermero que confirmó la validez de las escalas TPB Nursing Diagnosis. En segundo lugar, las

escalas TPB Nursing Diagnosis fueron traducidas al español de acuerdo con Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000).

Consideraciones éticas

Antes de la recopilación de datos, se obtuvo una aprobación del estudio de la Junta de Revisión Institucional de cada localidad (Anexo 1). Además, los participantes fueron informados sobre el objetivo del estudio, y firmaron el formulario de consentimiento informado. La participación fue voluntaria y los datos fueron analizados e informados únicamente en forma agregada. (Anexo 3).

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó en cuatro etapas. En primer lugar, las estadísticas descriptivas [p, frecuencia, media, desviación estándar (SD)] se utilizaron para describir las características sociodemográficas de la muestra italiana y española. Además, las puntuaciones de los individuos por cada escala se

calcularon como la media de los ítems incluidos en cada escala.

En segundo lugar, se realizó una serie de análisis factoriales confirmatorios preliminares (AFCP) para investigar la dimensión hipotética de las escalas que miden las creencias conductuales, las creencias de control, y las creencias normativas sobre el DE. La bondad de ajuste se evaluó utilizando Chi-cuadrado (X^2), el índice de ajuste comparativo (IAC) y la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RECMA). El ajuste de modelos se considera aceptable si el Chi-Cuadrado está asociado a un valor de probabilidad no significativo, el IAC es superior a 0.90 y el RECMA menor que 0.80; IAC mayor que 0.95 y RECMA menor que 0.05 indican un ajuste excelente (Brown, 2015; Kline, 2015). Una vez que se evaluó la dimensión, las alfas de Cronbach se calcularon para medir la consistencia interna de las escalas y las puntuaciones de los individuos, se calcularon como la media de los ítems incluidos en cada

escala.

En tercer lugar, se realizó un análisis de conglomerados utilizando las puntuaciones estandarizadas de los individuos de las escalas de creencias conductuales, normativas y de control. Este análisis se llevó a cabo por separado para las muestras italiana y española. Como sugieren Asendorpf, Borkneau, Ostendorf y Van Aken (2001), el método jerárquico inicial de Ward (1963) permitió elegir una gama de posibles soluciones basadas en la suma de errores de los cuadrados. Consideremos N como el número de racimos extraídos en una solución particular. Un fuerte aumento de la suma de errores de cuadrados entre n y $n-1$ soluciones sugiere que n y $n-1$ grupos son muy pocos para explicar adecuadamente la variabilidad de la población. Por otro lado, aumentos muy similares en la suma de errores de cuadrados para las soluciones de n y $n+1$ sugieren que los clústeres $n+1$ son demasiados y no añaden nada en términos de identificación

de tipologías, haciendo la solución menos parsimoniosa.

Por este motivo, se realizó un método no jerárquico de K-means en cada una de las soluciones elegidas para incrementar adicionalmente la suma de errores de cuadrados (SEC) explicada anteriormente, moviendo a los individuos a mejores grupos de ajuste. La solución óptima fue seleccionada en base a la interpretabilidad de los conglomerados y a cuatro criterios internos: un valor bajo del índice C (Hubert & Levin, 1976) y G (+) (Rohl, 1974), y un valor más alto del índice Gamma (Baker & Hubert, 1975) y la correlación punto-biserial (Milligan, 1981) indican un mejor ajuste.

Las dos soluciones óptimas (es decir, una para la muestra española y otra la italiana) se compararon entre sí para averiguar si los conglomerados eran similares en todas las poblaciones. La semejanza se calculó matemáticamente a través de la distancia media euclídea cuadrada entre los centroides de los grupos (ASEDC). En

la literatura, no se proporcionaron valores límite para este índice, pero Bergman, Nurmi y Alexander (2012) sugirieron que una ASEDC inferior a 0.25, indica un grado aceptable de similitud entre dos grupos. Las técnicas de agrupamiento empleadas en este estudio están fuertemente afectadas por la presencia de valores atípicos multivariados y sólo pueden realizarse en datos completos. Así, 71 enfermeras (12,4%) (37 italianas y 34 españolas) fueron excluidas de los análisis debido a datos incompletos o porque fueron detectados como valores atípicos multivariados, reduciendo la muestra inicial de 570 a 499 enfermeras.

Finalmente, se compararon los grupos para investigar las posibles diferencias en edad, género, años de trabajo, formación en materia de DE, actitud hacia el DE, intención de uso del DE, y conducta real en la elaboración del diagnóstico enfermero. Las diferencias se investigaron utilizando un análisis unidireccional de la varianza (ANOVA), con la pertenencia

al conglomerado como variable independiente. Omega cuadrado (ω^2) se utilizó como medida de tamaño del efecto. Además, se realizaron pruebas post-hoc para resaltar las diferencias entre todos los posibles pares de conglomerados. Para variables categóricas (es decir, género y formación en DE), se utilizaron tablas de contingencia en lugar de ANOVA. Chi-cuadrado se realizó para determinar la asociación entre las variables incluidas en la tabla y las probabilidades hipergeométricas se calcularon para cada célula para determinar si la frecuencia esperada era significativamente diferente de la frecuencia observada.

Los datos se analizaron utilizando Sleipner 2.1 (Bergman & El.Khoury, 2002), Mplus versión 7 (Muthén & Muthén, 1998-2012) y SPSS versión 22 (IBM Corp., 2015)

Capítulo 4. Resultados

Resultados Fase 1

Los catorce estudios incluidos aglutinaban un total de 2497 enfermeras estudiadas. Cinco estudios utilizaron metodología cualitativa para abordar el estudio de las actitudes, opiniones y experiencias de las enfermeras (Axelsson et al., 2006; Elizalde & Almeida, 2006, Lima & Kurcgant, 2006; Luna & Valadares, 2013; Cachón-Pérez, Álvarez-López & Palacios-Ceña, 2011), y nueve utilizaron metodología cuantitativa para estudiarlas (Oliva et al., 2005; Rudolph, 2008, Cruz et al., 2006, Collins, 2013, Paganin, Moraes, Pokorski & Rabelo, 2008, Halverson et al., 2011, Romero-Sánchez et al., 2014, Junttila, Salantëra

& Hulpi, 2005; Leoni-Scheiber, Matteucci & Müller-Staub, 2016). La calidad de los estudios seleccionados fue media para el 64,2% de los artículos y alta para el 35,71 % de los artículos. La tabla 5 resume los resultados de esta revisión.

Estudios cualitativos

Cinco estudios cualitativos han analizado las perspectivas y experiencias de 61 enfermeras hacia el diagnóstico enfermero. Todos fueron realizados en un entorno hospitalario en tres países.

El estudio de Axelsson et al. (2006) fue diseñado con metodología cualitativa mediante entrevistas semi-estructuradas

En este capítulo se presentan los resultados relativos a esta tesis doctoral. En primer lugar, se presentan los resultados de la revisión bibliográfica que conforman la Fase 1. En segundo lugar, se presentan los resultados de la Fase 2 sobre la influencia de las características enfermeras y su entorno de práctica en el diagnóstico enfermero. Y en tercer lugar se presentan los resultados de la Fase 3, sobre las creencias de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero en Italia y España

Base de datos	Autor/Año/País	Título	Objetivo	Diseño/ámbito	Hallazgos	Calidad
Pubmed	Axelsson et al., 2006. Suecia	Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice.	Describir las razones de las enfermeras para usar el diagnóstico enfermero en la práctica clínica	Estudio cualitativo de 12 enfermeras con experiencia de 6 meses a 18 años, que formulen en su práctica el diagnóstico enfermero en el ámbito hospitalario.	Las diferentes razones para usar el diagnóstico enfermero son: que permite una visión holística, que implica pensar profundamente sobre la situación del paciente, facilita la toma de decisiones, y permite la evaluación de los cuidados.	Media
Pubmed	Junttila et al., 2005. Finlandia	Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation	Conocer las actitudes de las enfermeras hacia el uso del diagnóstico enfermero en la documentación de un área peri operatoria?	Estudio cuantitativo mediante encuesta a 146 enfermeras que trabajen en cuatro unidades de un hospital universitario.	Los diagnósticos enfermeros son vistos como una contradicción en la práctica clínica: Presentan actitudes favorables pero no lo ven útil en el entorno peri-operatorio.	Media
Pubmed	Leoni-Scheiber et al., 2016. Alemania	Nurses' Attitudes toward the "Advanced Nursing Process" before and after an educational intervention – a quasi-experimental study.	Evaluar los efectos de una intervención formativa en las actitudes hacia el diagnóstico enfermero.	Estudio de intervención cuasi-experimental que fue llevado en Austria y Alemania. Intervención educativa antes-después en una muestra de 51 enfermeras.	Antes de la intervención formativa el promedio de puntuaciones de actitudes en las enfermeras austriacas fue más positivo que en el grupo de enfermeras alemanas. Después del estudio intervención ambos grupos consideraron significativamente el diagnóstico enfermero más convincente y entendible.	Alta
ScienceDirect	Cachón-Pérez et al., 2011. España.	El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico.	Describir el significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC para las enfermeras que trabajan en las unidades de cuidados intensivos madrileñas.	Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico a 19 enfermeras del ámbito de cuidados intensivos en un entorno hospitalario.	Las categorías analizadas tras el análisis es, vivir integrando dos caras de la misma moneda, como una imposición conceptual por parte de los gestores, y por último, considerarlo una oportunidad de desarrollo de la disciplina y unificar criterios.	Media
CUIDEN	Luna & Valadares, 2013 Brasil	The applicability of nursing diagnosis in the field of clinical medicine: The experience at the university hospital.	Caracterizar las acciones y actitudes de las enfermeras considerando el uso pragmático del diagnóstico enfermero, discutir los resultados como una iniciativa para el cuidado humano, y proponer un instrumento para el diagnóstico enfermero para poder registrar su trabajo lo más eficaz.	Investigación cualitativa, estudio de caso. En un entorno de hospital universitario a 10 enfermeras residentes	Se analizaron tres categorías: La primera, la consideración del diagnóstico como un factor limitante. La segunda, es la sistematización de la asistencia, considerando aun así complicada la aplicabilidad del diagnóstico en base a esta sistematización. Y la tercera, en la línea de la anterior, es la dificultad de realizar los diagnósticos de manera efectiva.	Media

Tabla 5. Descripción de las características de los estudios incluidos en la revisión

PsychoINFO	Lima & Kurcgant 2006 Brasil	Meanings of the nursing diagnosis implementation process for nurses at university hospital.	Entender el significado de las enfermeras atribuido al proceso de implementación de una clasificación de diagnósticos enfermeros como una fase en el sistema del cuidado enfermero en un hospital universitario.	Estudio de caso con aproximación metodológica de naturaleza cualitativa en 8 enfermeras en el contexto de una unidad clínica hospital.	Antes de la aplicación del Sistema Atención Estandarizada, el diagnóstico era considerado como una carga de trabajo, dificultoso. Tras implicar las enfermeras en la implementación, consideraron el diagnóstico como algo novedoso y que facilitaba el trabajo en la unidad clínica.	Media
PsychoINFO	Romero-Sánchez et al., 2014 España	The relationship between characteristics of nurses and their attitude towards nursing diagnosis: a cluster analysis	Clasificar una muestra de enfermeras en grupos en función de su actitud hacia el diagnóstico enfermero.	Diseño transversal mediante encuesta a 548 enfermeras.	Análisis clúster en 3 grupos en función de la actitud neutra, positiva o negativa. El grupo de actitud positiva presentó significativamente un nivel de contacto más estrecho respecto a los otros dos.	Alta
CINAHL	Halverson et al., 2011 EEUU	Minnesota Nurses ' Perceptions of Nursing Diagnoses	Identificar las percepciones de las enfermeras de Minnesota sobre el diagnóstico enfermero y examinar cómo estas percepciones cambian en el tiempo.	Estudio descriptivo comparativo mediante encuesta a 564 enfermeras.	Los resultados mostraron una opinión ambivalente hacia el diagnóstico. Están de acuerdo en que promueven la profesión pero no en que representa claramente la situación del paciente, considerándolos demasiado generales.	Alta
CINAHL	Paganin et al., 2008 Brasil	Factors that inhibit de use of nursing language.	Identificar el impacto de los factores institucionales, profesionales y personales en el registro del diagnóstico enfermero.	Estudio transversal mediante encuesta diseñada para medir los factores profesionales, institucionales y personales en 21 enfermeras de un servicio de emergencia y cuidados intensivos.	Las cargas de trabajo y el tipo de servicio son los factores más influyentes en el uso del DE. La opinión hacia la terminología diagnóstica es un importante factor relacionado con el uso, por lo que la falta de un sistema estandarizado mejoraría el uso.	Media
CINAHL	Collins, 2013 India	Effect of continuing nursing education on nurses' attitude toward and accuracy of nursing diagnosis	Evaluar la efectividad de un programa formativo de 12 horas sobre el diagnóstico enfermero, pensamiento crítico y razonamiento clínico.	Estudio cuas-experimental en dos hospitales a 100 enfermeras, 50 en cada grupo.	La intervención educativa mejora la actitud hacia el diagnóstico enfermero significativamente, el pensamiento y razonamiento crítico.	Alta
Hand Search	Elizalde & Almeida, 2006 Brasil	Nurses' perceptions of a nursing diagnosis implemented in a teaching hospital.	Analizar la percepción del diagnóstico enfermero implantado en una institución.	Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio a 10 enfermeras en un contexto hospitalario.	El uso del diagnóstico ha contribuido a la puesta en marcha de actualización y formación al respecto. También, a ejercitar el pensamiento crítico y reflexivo y dejar de lado las actividades más mecanizadas. Las bases de un registro del diagnóstico son la búsqueda de la identidad profesional y registro científico del trabajo.	Media

Tabla 5. Descripción de las características de los estudios incluidos en la revisión

Hand search	Cruz et al., 2006 Brasil	Atitudes frente ao diagnóstico de enfermagem durante a implementação de classificação de diagnósticos.	Comparar las actitudes de las enfermeras frente al diagnóstico enfermero en dos momentos del proceso de implementación de una clasificación de diagnósticos enfermeros.	Longitudinal, tras aplicación de implementación de diagnósticos NANDA, fueron evaluadas las actitudes antes y después con el instrumento PND. N= 60 enfermeras en un entorno hospitalario.	Las actitudes de las enfermeras fueron favorables. Hubo un incremento no significativo tras la implementación del diagnóstico, ya que previamente ya tenían puntuaciones altas de la escala PND. El uso del diagnóstico no influye negativamente en la actitud.	Media
Hand Search	Rudolph, 2008 EEUU	The utilization of nursing diagnoses by registered nurses; An attitudinal study	Examinar las actitudes de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero.	Estudio experimental pretest/postest a una muestra de conveniencia de 950 enfermeras dividida en grupo control y experimental. Herramienta NDRP basada en la TCP.	Las razones más documentadas para escribir el diagnóstico son, mejorar la atención al paciente, la comunicación, y desarrollar planes de atención. Las más nombradas para no escribirlo fueron la falta de tiempo, la consideración que no se adaptan a la práctica avanzada, sólo son entendidos por las enfermeras. Basado en la TBP, se obtuvo correlación positiva entre nivel de contacto y actitud y entre intención de comportamiento y actitud.	Alta
Hand Search	Oliva et al., 2005 Brasil	Positions on nursing diagnosis: attitudes of nurses and nursing students	Describir las actitudes de las enfermeras y estudiantes de enfermería en relación al concepto de diagnóstico enfermero.	Diseño descriptivo y correlacional con el instrumento PND a 55 enfermeras.	Las enfermeras con mayor grado de contacto, presentaron mejor actitud. Más de un 96% presentaron actitudes positivas.	Media

Tabla 5. Descripción de las características de los estudios incluidos en la revisión

llevando a cabo el análisis del contenido. Asimismo, el estudio de Cachón-Pérez et al. (2011), llevó a cabo un enfoque fenomenológico. Luna & Valadares (2013) y Lima & Kurcgant (2006), llevaron a cabo un estudio de caso, en este caso, el segundo fue con aproximación metodológica de naturaleza cualitativa. Elizalde & Almeida (2006), utilizaron un enfoque descriptivo y exploratorio. En todos ellos, los principales hallazgos obtenidos están relacionados con las experiencias y las perspectivas de las enfermeras. Tabla 5.

Estudios cuantitativos

Nueve estudios han evaluado perspectivas y actitudes mediante métodos cuantitativos, los cuales representaron la opinión de 2497 enfermeras.

Seis estudios evaluaron las actitudes y perspectivas mediante un diseño transversal. Tres de estos estudios utilizaron el cuestionario Position on Nursing Diagnosis (PND) (Oliva et al., 2005; Cruz et al., 2006; Romero-Sánchez

et al., 2014) y tres un cuestionario adaptado (Junttila et al., 2005; Paganin et al., 2008; Halverson et al., 2011). El diseño intervención pre-post fue utilizado en otros tres estudios restantes (Rudolph, 2008; Collins, 2013; Leoni-Scheiber et al., 2016) para evaluar los cambios actitudinales a raíz de intervenciones educativas y motivacionales. De estos, Leoni-Scheiber et al. (2016) y Collins (2013), utilizaron la herramienta PND para evaluar los cambios, y Rudolph (2008) utilizó la herramienta Nursing Diagnosis Research Project (NDRP) basada en la Teoría de la Conducta Planificada. Estos estudios se llevaron a cabo en seis países diferentes, cuatro en entornos hospitalarios únicamente y cinco en varios ámbitos. En todos ellos, los principales resultados describen las actitudes y la relación con otros factores enfermeros e institucionales. Tabla 5.

Actitudes, opiniones y experiencias

Las actitudes de las enfermeras han sido evaluadas en nueve estudios que componen esta revisión, de los cuales en

más de la mitad se utilizó un cuestionario adaptado y validado para medirlas. Junttila et al. (2005), Collins (2013), Cruz et al. (2006), Oliva et al. (2005), Leoni-Scheiber et al. (2016), Romero-Sánchez et al. (2014) y Lima & Kurcgant (2006) encontraron actitudes positivas, relacionadas con diferentes factores de formación y nivel de contacto, mientras que Halverson et al. (2011) y Rudolph (2008), encontraron predominio de una actitud neutra con tendencia negativa relacionada con el nivel de contacto y apoyo de los colegas. Tabla 5.

Las opiniones se han recogido en siete estudios (Junttila et al., 2005; Axelsson et al., 2006; Elizalde & Almeida, 2006; Lima & Kurcgant, 2006; Rudolph, 2008; Cachón-Pérez et al., 2011; Halverson et al., 2011). Las principales opiniones positivas están relacionadas con el desarrollo de la profesión e identidad enfermera. Pero por el contrario, algunas opiniones apuntan a que no representa la actividad enfermera en algunos servicios de cuidados no

representan un beneficio en el paciente (Paganin et al., 2008; Rudolph, 2008; Cachón-Pérez et al., 2011). Tabla 5.

Las experiencias en el uso del diagnóstico se han recogido en seis estudios (Elizalde & Almeida, 2006; Rudolph, 2008; Paganin et al., 2008; Cachón-Pérez et al., 2011; Halverson et al., 2011; Luna & Valadares, 2013), y principalmente están relacionadas con el apoyo que tenían las enfermeras en el uso del diagnóstico, en la formación específica sobre el tema, en el modelo de cuidados y en las cargas de trabajo. Tabla 5.

Resultados Fase 2

Descripción de la muestra

La muestra comprendió 239 enfermeras que respondieron correctamente al cuestionario completo, lo que representa una tasa de respuesta para los cuestionarios aceptables. La mayoría de las participantes eran mujeres (88,70%) (Gráfico 1), con una media de edad de

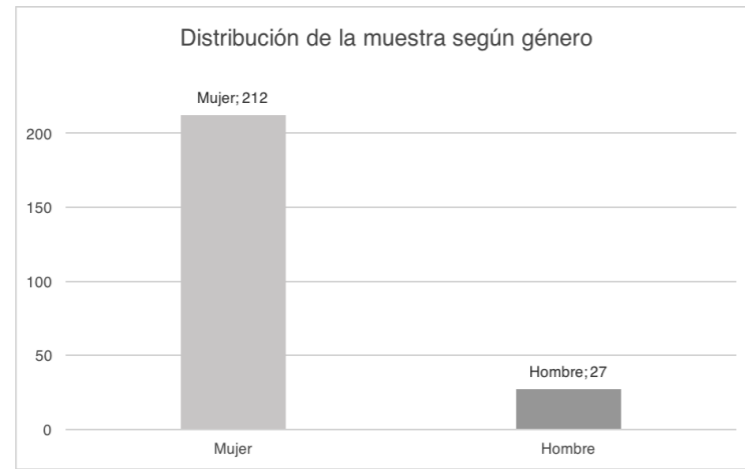


Gráfico 1. Distribución de la muestra según género

40,42 años (DE 10,21). La mayoría de las enfermeras trabajaban en el campo asistencial, mientras que sólo el 15% trabajaban en el campo de gestión de salud o servicios.

La experiencia media de años trabajados fue de 22,31 años (DE 10,50). La gran mayoría de la muestra tenía algún tipo de formación de posgrado (90,80%). La tabla 6 muestra los resultados anteriores en detalle.

Selección y validación de conglomerados

Antes de evaluar la asociación entre las variables estudiadas y el DE, especialmente con la actitud hacia el concepto y su utilización, las participantes fueron categorizadas en conglomerados mutuamente excluyentes con actitudes y perfiles de utilización similares, respectivamente (Figura 6).

El análisis por conglomerados, realizado para agrupar a las enfermeras en función de su actitud hacia el DE, determinó

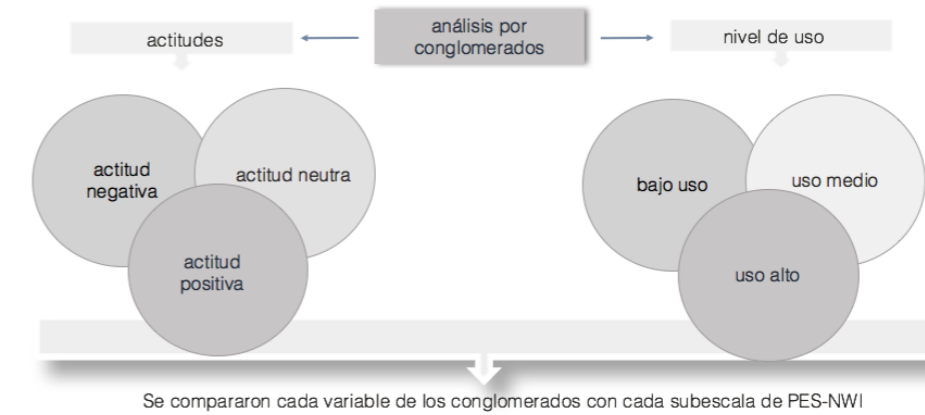


Figura 6. Selección e identificación de conglomerados.

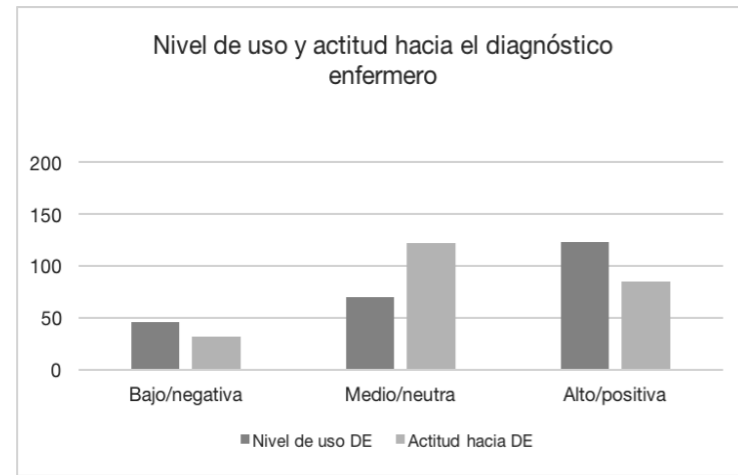
que una solución de tres grupos era la más adecuada. Cada uno de los grupos comprendía las actitudes de las enfermeras negativas ($n=32$), actitud neutra ($n=122$) y positivas ($n=85$) hacia los perfiles del diagnóstico enfermero (Gráfico 2). La tabla 6 muestra las puntuaciones medias globales de las actitudes de las enfermeras obtenidas por cada grupo. Las pruebas de Kruskal-Wallis H. y MANOVA se utilizaron para verificar la consistencia interna de la solución de cada grupo elegido, y se determinó que los sujetos pertenecientes a cada grupo diferían significativamente

de la puntuación de cada ítem de la escala PND-SV ($p<0,05$) y en el agregado de los mismos ($\Lambda=0,104$, $F=551,008$, $p<0,001$), respectivamente.

Los resultados anteriores indicaron que la interpretación de conglomerados era teóricamente consistente y permitió una diferenciación óptima entre las participantes según los perfiles de actitud. Además, la replicación del análisis de conglomerados en diferentes subconjuntos dio resultados similares.

La clasificación de la muestra basada en

Gráfico 2. Diferencias de conglomerados entre actitud hacia el diagnóstico y uso. Eje Y representa en números absolutos la puntuación de la escala PND-SV.



la autoevaluación de la frecuencia de uso del diagnóstico enfermero formó 3 grupos compuestos por participantes con un bajo (n=46), medio (n=70) o alto (n=123) perfil de tasa de utilización del diagnóstico enfermero. (Gráfico 2)

Las enfermeras pertenecientes a grupos con una mayor tasa de utilización del diagnóstico enfermero lograron mayores puntuaciones totales en la escala de PND-SV, y por lo tanto mostraron actitudes más positivas hacia el diagnóstico enfermero, con diferencias significativas entre cada conglomerado ($p < 0,001$).

La influencia de las características de las enfermeras en el diagnóstico enfermero.

La Tabla 6 muestra los descriptores para cada grupo y las comparaciones entre grupos para todas las variables. No hubo diferencias significativas entre las diferentes actitudes de los 3 grupos con las variables demográficas. Sin embargo, la edad ($p=0,014$) se asoció con mayor utilización del diagnóstico enfermero: a mayor edad de la enfermera, mayor tasa de utilización del diagnóstico enfermero.

Sólo una variable profesional, el campo

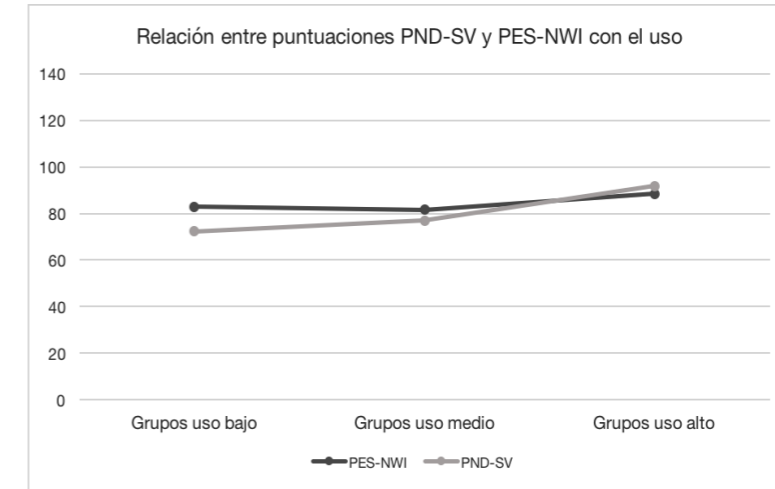


Gráfico 3. Relación de las puntuaciones entre la escala de actitud (PND-SV) y entorno (PES-NWI) y los grupos de conglomerados según nivel de uso. Eje Y: Representa en números absolutos las puntuaciones de las escalas.

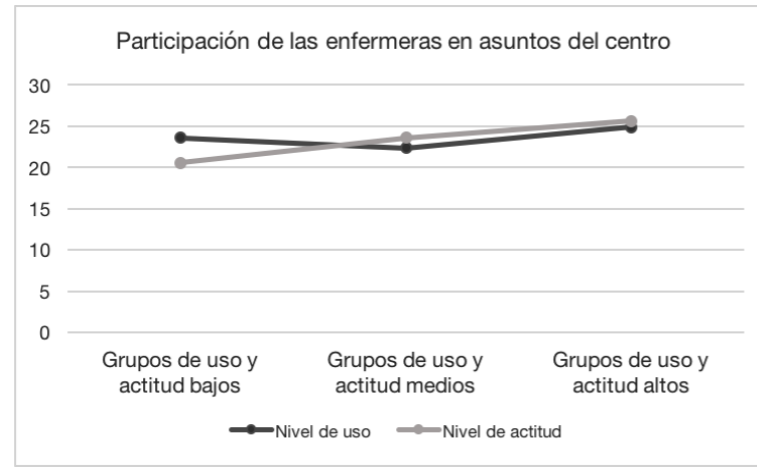
de trabajo, se asoció significativamente con la actitud hacia el DE ($p=0,031$). Las enfermeras involucradas en el campo de la gestión tenían mejores actitudes que las que trabajaban en el campo asistencial. En cuanto a la utilización del diagnóstico enfermero, se encontró una asociación con la experiencia de trabajo de las enfermeras ($p=0,035$): a mayor experiencia de la enfermera, mayor fue el uso del diagnóstico enfermero.

Influencia de los entornos de práctica en el diagnóstico enfermero.

Los análisis realizados han mostrado que las enfermeras que obtuvieron puntuaciones más altas en la escala PES-NWI, pertenecían a los grupos con actitud más positiva ($p < 0,001$) y una mayor tasa de utilización del diagnóstico enfermero ($p=0,034$) con diferencias significativas entre conglomerados. En el Gráfico 3 se representa la relación entre las escalas de actitud y entornos de práctica según los grupos de nivel de uso.

Resultados similares se encontraron para las subescalas del PES-NWI "participación de la enfermera en los asuntos del centro"

Gráfico 4. Relación entre las puntuaciones de la subescala “Participación de las enfermeras en los asuntos del centro” y los grupos de uso y actitud hacia el diagnóstico enfermero. Eje Y: Representa en números absolutos las puntuaciones de la subescala analizada.



y “fundamentos de enfermería para la calidad de la atención”; las enfermeras que obtuvieron mayores puntuaciones en estas subescalas, pertenecían a los grupos de actitud positiva y mayor uso. (Gráfico 4 y 5)

Además, la subescala “capacidad, liderazgo y apoyo de las direcciones de enfermería”, se asoció significativamente y positivamente con la actitud hacia el DE, pero no para su utilización. Sin embargo, las puntuaciones obtenidas en las subescalas “dotación del personal y adecuación de recursos” y “relaciones

entre enfermeras y médicos” no fueron significativamente diferentes entre los grupos. La Tabla 6 muestra los resultados de manera más detallada.

Resultados Fase 3

Características de los participantes

La muestra española estuvo compuesta por 277 individuos (206 mujeres y 21 hombres) con edades comprendidas entre 23 y 64 años (M= 45, SD= 10,16), mientras que la muestra italiana estaba compuesta por 272 individuos (181 mujeres, 91 hombres) con

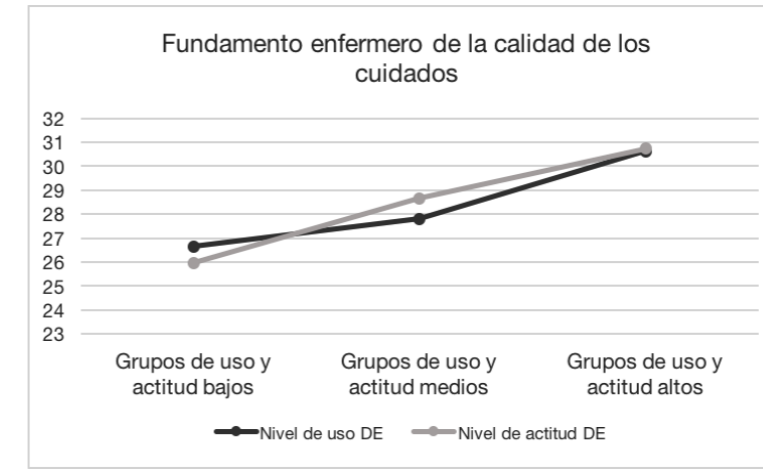


Gráfico 5. Relación entre las puntuaciones de la subescala “Fundamento enfermero para la calidad de la atención” y los grupos de nivel de actitud y uso del diagnóstico enfermero. Eje Y: Representa en números absolutos las puntuaciones de la subescala analizada.

un rango de edad entre 22 a 60 años (M= 36,54, SD 8,63). Las enfermeras españolas tenían una media de 22,1 años trabajados (SD= 10,3, rango 0-44), mientras que las enfermeras italianas tenían una media de 11,44 años trabajados (SD= 9,1, rango 1-40). En cuanto a la formación en DE, las personas que recibieron una formación altamente centrada en el DE, fueron similares en las dos poblaciones (23,3% de la muestra española y 23,2% de la italiana), pero las enfermeras italianas que no recibieron formación sobre el DE fueron más numerosas (21,3%) que las españolas

(10,6%).

Pruebas de validez y fiabilidad

En el AFCP, la validez factorial de las nuevas escalas desarrolladas (creencias conductuales, normativas, de control, y actitudes hacia el DE) el ajuste de los datos resultó de aceptable a excelente (Tabla 7). Todas las escalas resultaron mono dimensionales con buenas cargas de factores y con una consistencia interna de apoyo confiable (Tabla 7).

Identificación de conglomerados

Los análisis factoriales confirmatorios

Tabla 6.

Variables	Conglomerados de actitudes hacia el diagnóstico								Conglomerados del nivel de uso del diagnóstico						
	Total	Grupo 1: Negativa	Grupo 2: Neutral	Grupo 3: Positiva	Comparación entre conglomerados				Grupo 1: Bajo	Grupo 2: Medio	Grupo 3: Alto	Comparación ente conglomerados			
	N=239	n=32	n=122	n=85	Chi- Cuadrado	gl	p-valor	Conglomerados*	n=46	n=70	n=123	Chi- Cuadrado	gl	p-valor	Conglomerados*
Edad [media (DE)]	45.42 (10.21)	48.41 (8.91)	45.31 (10.22)	44.46 (10.55)	$\chi^2=3.43^\dagger$	2	0.180	-	41.48 (11.06)	45.14 (10.34)	47.06 (9.44)	$\chi^2=8.57^\dagger$	2	0.014	
Género [n (%)]					$\chi^2=2.81^*$	2	0.245	-				$\chi^2=1.56^*$	2	0.459	
Mujer	212 (88.70)	31 (96.90)	108 (88.50)	73 (85.90)					39 (84.80)	61 (87.10)	112 (91.10)				
Hombre	27 (11.30)	1 (3.10)	14 (11.50)	12 (14.10)					7 (15.20)	9 (12.90)	11 (8.90)				
Experiencia profesional [mean (DE)]	22.31 (10.5)	24.88 (9.56)	22.25 (10.49)	21.42 (10.92)	$\chi^2=2.37^\dagger$	2	0.305	-	18.85 (11.07)	21.61 (10.68)	24.00 (9.96)	$\chi^2=6.69^\dagger$	2	0.035	
Campo trabajo [n (%)]:					$\chi^2=6.92^*$	2	0.031	-				$\chi^2=0.17^*$	2	0.992	
Campo asistencial	187 (86.20)	25 (92.60)	102 (90.30)	60 (77.90)					37 (86.00)	52 (86.70)	98 (86.00)				
Gerencial, académico o investigación	30 (13.80)	2 (7.40)	11 (9.70)	17 (22.10)					6 (14.00)	8 (13.30)	16 (14.00)				
Formación postgrado [n (%)]:					$\chi^2=5.23^*$	4	0.264	-				$\chi^2=4.36^*$	4	0.360	
Ninguna	22 (9.2)	2 (6.3)	10 (8.2)	10 (11.8)					23 (50.00)	33 (47.10)	54 (43.90)				
Especialidad	32 (13.4)	1 (3.1)	20 (16.4)	11 (12.9)					9 (19.60)	10 (14.30)	13 (10.60)				
Máster o programa doctorado	185 (77.4)	29 (90.6)	92 (75.4)	64 (75.3)					14 (30.40)	27 (38.60)	56 (45.50)				
NWI [media (DE)]:															
Participación	23.89 (6.34)	20.53 (6.59)	23.56 (6.38)	25.61 (5.63)	$\chi^2=13.79^\dagger$	2	<0.001	[1,2][1,3][2,3] ^ψ	23.56 (6.94)	22.37 (6.23)	24.86 (6.02)	$\chi^2=7.24^\dagger$	2	0.027	[1,3][2,3] ^ψ
Fundamento del cuidado	29.03 (5.60)	25.97 (6.72)	28.65 (5.28)	30.73 (5.02)	$\chi^2=14.55^\dagger$	2	<0.001	[1,2][1,3][2,3] ^ψ	26.65 (6.14)	27.80 (5.46)	30.62 (4.98)	$\chi^2=17.90^\dagger$	2	<0.001	[1,3][2,3] ^ψ
Apoyo gerencial	14.84 (4.34)	13.09 (5.22)	14.61 (4.45)	15.82 (3.55)	$\chi^2=6.80^\dagger$	2	0.033	[1,3][2,3] ^ψ	14.39 (4.64)	14.46 (4.32)	15.21 (4.23)	$\chi^2=1.80^\dagger$	2	0.406	-
Adecuación de los recursos	8.95 (3.09)	8.22 (3.27)	8.89 (3.05)	9.30 (3.07)	$\chi^2=2.66^\dagger$	2	0.265	-	9.17 (3.03)	8.70 (3.22)	9.01 (3.06)	$\chi^2=0.80^\dagger$	2	0.669	-
Relación entre médicos y enfermeras	8.67 (2.12)	8.03 (2.12)	8.77 (2.12)	8.82 (2.11)	$\chi^2=4.01^\dagger$	2	0.134	[1,3] ^ψ	9.06 (1.61)	8.33 (2.21)	8.72 (2.23)	$\chi^2=2.92^\dagger$	2	0.231	-
Puntuación total PES-NWI	85.38 (17.01)	75.84 (19.17)	84.45 (16.98)	90.29 (14.43)	$\chi^2=13.41^\dagger$	2	<0.001	[1,2] [1,3] [2,3] ^ψ	82.84 (17.48)	81.66 (17.37)	88.44 (16.15)	$\chi^2=6.76^\dagger$	2	0.034	[2,3] ^ψ
Puntuación PND-SV [(media DE)]	84.30 (27.79)	37.81 (9.59)	75.80 (10.13)	114.01 (13.61)	$\chi^2=193.25^\dagger$	2	<0.001	[1,2] [1,3] [2,3] ^ψ	75.32 (28.11)	76.96 (26.52)	91.84 (26.43)	$\chi^2=15.45^\dagger$	2	<0.001	[1,3] [2,3] ^ψ

*Diferencia significativa entre conglomerados. gl: grados de libertad; PND-SV: Positions on Nursing Diagnosis-Spanish Version. †Kruskal-Wallis. *Chi-square. ‡Mann-Whitney.

Tabla 6. Descripción de las características de la muestra y comparación entre actitud hacia el diagnóstico enfermero y el nivel de uso.

Tabla 7.

Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio en las escalas de creencias. Los rangos de carga estandarizados (Rango λ) y los alfas de Cronbach se informan en las últimas dos columnas.

Tabla 7.

Escala	χ^2	gl	p valor	RECMA	CFI	Rango λ	α
Creencias conductuales	6.03	5	.304	.020	.999	.60 – .91	.903
Creencias de control	5.17	2	.075	.056	.991	.46 – .89	.738
Creencias normativas	3.68	2	.159	.073	.992	.57 – .97	.804
Actitud	22.21	7	.002	.066	.984	.62 – .87	.893

preliminares (AFCP) fueron aceptables para un ajuste excelente de la estructura de una sola dimensión de las escalas usadas para medir creencias conductuales, de control y normativas hacia el DE. La consistencia interna de las escalas fue aceptable y el Alfa de Cronbach están informados en la Tabla 7 junto con los índices de ajuste y el rango de carga de los ítems.

El método jerárquico inicial de Ward produjo resultados similares en ambas poblaciones, lo que sugirió que el número óptimo de agrupaciones estaba

comprometido entre 4 y 6. De hecho, como se puede observar en el Gráfico 6, las soluciones, las soluciones con 3 grupos o menos se asociaron con fuertes aumentos en la suma de errores de cuadrados, indicando pérdidas sustanciales en la varianza explicada. Por el contrario, las soluciones con 7 grupos o más, mostraron aumentos regulares de la suma de cuadrados, lo que indica que la identificación de más de un conglomerado fue necesaria y probablemente redundante.

La Tabla 8 muestra los criterios internos

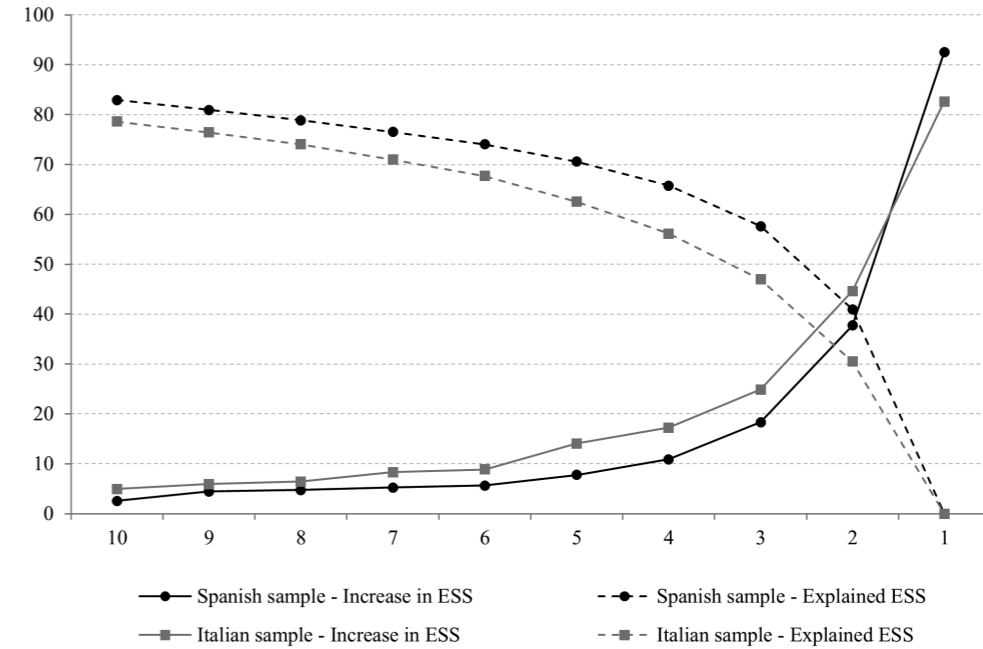


Gráfico 6. Representación gráfica de la suma de errores de cuadrados y su incremento para las soluciones de agrupamiento en las dos muestras de población después del método de Ward. El valor de la suma de errores de cuadrado se indica en el eje Y, y el número de racimos extraídos en el eje X.

Tabla 8.

	Muestra española			Muestra italiana		
	6 conglom.	5 conglom.	4 conglom.	6 conglom.	5 conglom.	4 conglom.
Índice C	.096 *	.114	.116	.147	.120	.104 *
G (+)	.026 *	.036	.047	.038 *	.048	.059
Gamma	.845 *	.804	.790	.767 *	.745	.704
Coefficiente de correlación biserial puntual	.386	.393	.458 *	.382	.407 *	.407 *
Suma de Cuadrados explicada	76.37	73.18	67.54	70.15	66.67	60.07

*Mejor solución para el criterio específico dentro de la población

Tabla 8.

Representación de los criterios internos y de la suma de errores de cuadrados en las dos poblaciones de conglomerados.

*Mejor solución para el criterio específico dentro de la población

calculados después de aplicar K-means a las soluciones seleccionadas en ambas muestras. Tres de los cuatro criterios sugirieron claramente que la solución de los seis grupos era óptima para la muestra española, mientras que en la muestra italiana la situación era mucho más confusa. Basado en la interpretabilidad de los conglomerados e impulsado por un principio de parsimonia, la solución de los cuatro grupos fue elegida como óptima para la muestra italiana.

Las dos soluciones se muestran en el Gráfico 7. Tres pares de racimos fueron similares en las poblaciones: S5-I3 (ASEDC <0,01), S6-I4 (ASEDC = 0,02) y S3-I2 (ASEDC = 0,17). S5 e I3 mostraron creencias de comportamiento y control justo por encima de las creencias promedio, y las normativas justo debajo de ella. S6 e I4 mostraron altos valores en todas las escalas, especialmente las creencias normativas. Los grupos dentro de estos pares eran casi idénticos, pero S3-I2 presentaron algunas diferencias.

Por un lado, las creencias conductuales y normativas estaban por encima de S3 y por debajo de I2 de la media, pero la distancia entre ellas no fue significativa en ambas muestras (es decir, inferiores a 0,25), por lo que se interpretaron como niveles promedio. Por otro lado, ambos grupos mostraron creencias de control bajas, pero su nivel fue mucho menor en la muestra española. Además de estos tres, no se encontraron otros pares similares en las dos poblaciones desde la perspectiva de ASEDC. Sin embargo, a primera vista, los grupos S1 y I1 mostraron ser muy similares, ambos con valores bajos en todas las creencias, aunque más bajos en la muestra española. No se encontró ninguna equivalencia para los dos conglomerados españoles restantes, es decir, los grupos S2 y S4.

Diferencias de conglomerados

Para el análisis de actitud hacia el diagnóstico enfermero, la intención de uso, el comportamiento real en la elaboración del diagnóstico enfermero,

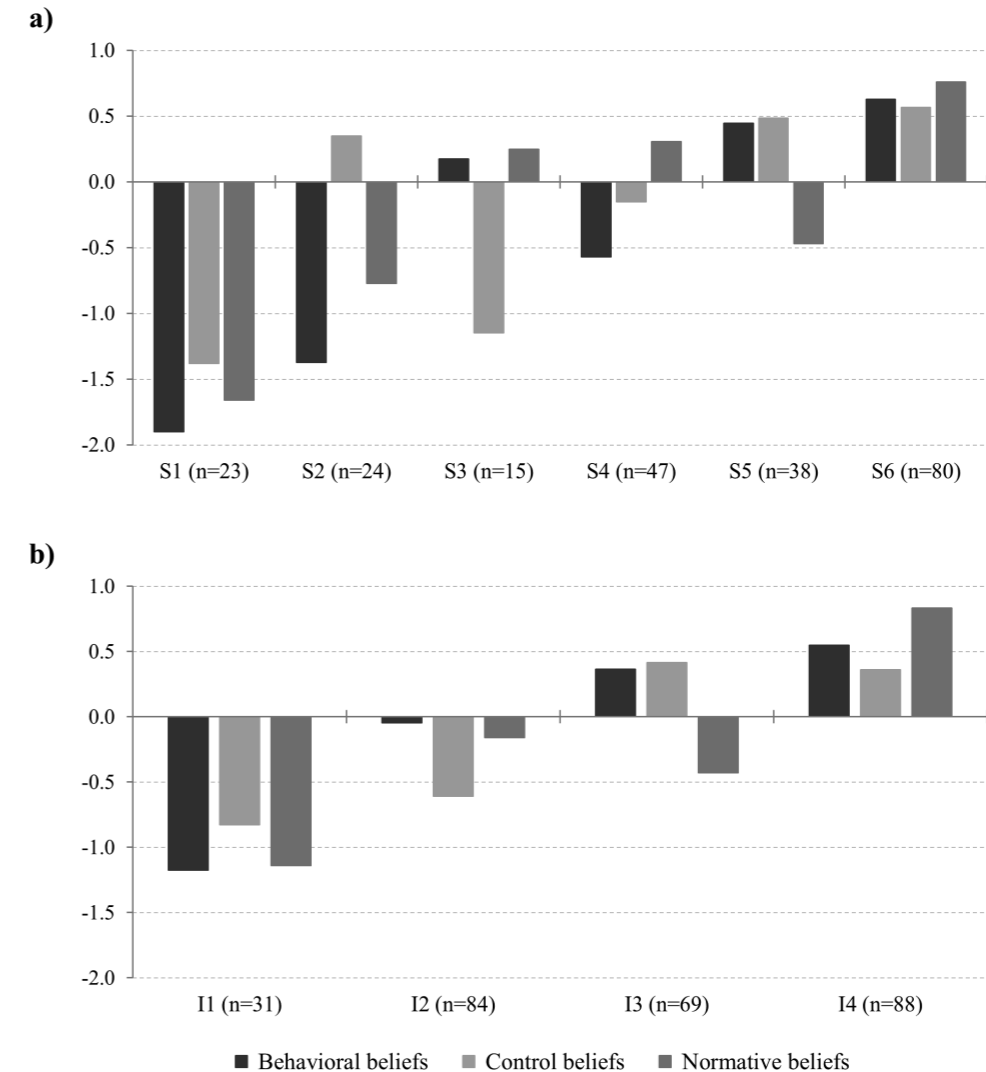


Gráfico 7. Soluciones óptimas de conglomerados para las muestras españolas (a) e italianas (b): las puntuaciones estandarizadas de las escalas de creencias se muestran para cada grupo. Los grupos se informan en el eje X con el tamaño de la muestra.

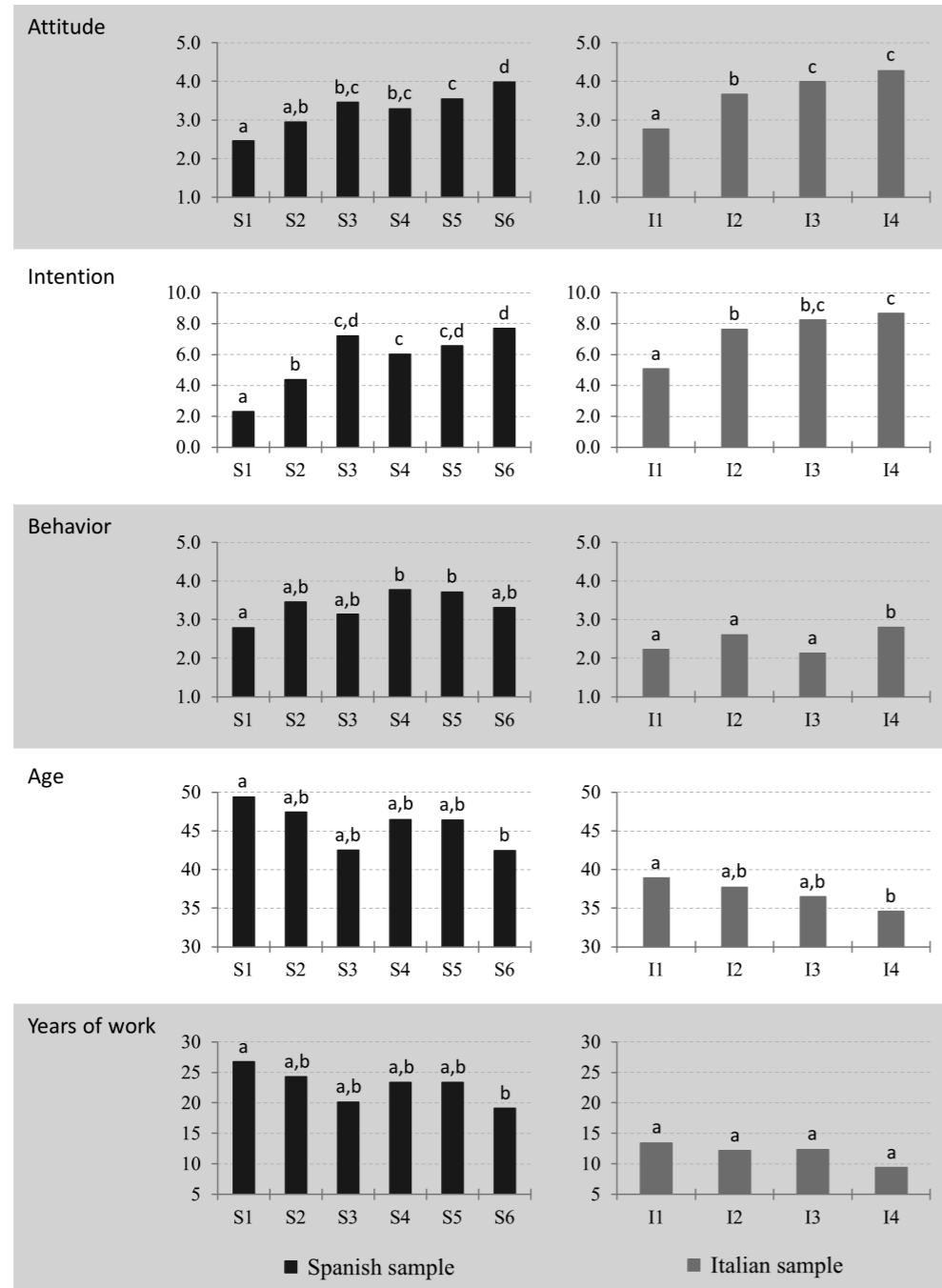


Gráfico 8. Diferencias de agrupaciones dentro de las dos poblaciones: resultados de las pruebas post hoc. Dentro de cada muestra, las mismas letras indican medias sin diferencias significativas ($p > 0,05$).

la edad y la experiencia laboral, se llevó a cabo el análisis ANOVA para investigar las diferencias entre los grupos dentro de cada población. El GT2 de Hochberg fue elegido como prueba post hoc porque, ya que comparando con otras pruebas, tiene mayor potencia con un alto número de comparaciones y grupos con diferentes tamaños de muestra (Field, 2013). Los resultados se muestran en el Gráfico 8.

Los conglomerados de la muestra española fueron significativamente diferentes en las actitudes [$F(5,221) = 30,22, p < 0,001, \omega^2 = 0,39$], intención [$F(5,221) = 27,85, p < 0,001, \omega^2 = 0,37$], conducta [$F(5,221) = 3,86, p = 0,002, \omega^2 = 0,06$], edad [$F(5,221) = 2,75, p = 0,020, \omega^2 = 0,04$], y años de trabajo [$F(5,221) = 2,99, p = 0,012, \omega^2 = 0,04$]. Las pruebas post hoc revelaron que los niveles de actitud, intención y comportamiento eran generalmente más altos para los grupos con niveles de creencias más altas. Del mismo modo, la edad y experiencia laboral fueron generalmente más bajas para los grupos con mayores niveles de creencias.

Con la excepción de comportamiento, cada variable dependiente mostró los mismos dos grupos asociados a valores extremos: el grupo con las creencias más positivas (es decir, S6) y el grupo con las creencias más negativas (es decir, S1). Además de estas regularidades, la actitud hacia el DE y la intención de uso del DE fueron las variables más discriminadas por la pertenencia a un grupo. El grupo S5 mostró un nivel de actitud que era solamente inferior a S6, y más alto que todos los otros grupos; lo mismo ocurrió con S4 en relación con el nivel de intención. Por otra parte, hubo un grupo que destacó más en relación a la intención: S2 mostró un nivel de intención superior a S1 pero inferior al resto de conglomerados. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a género [$\chi^2(5) = 3,33, p = 0,650$] y educación en ND [$\chi^2(10) = 17,69, p = 0,060$] entre los grupos españoles.

En cuanto a la muestra italiana, el análisis ANOVA indicó diferencias significativas entre conglomerados en actitudes [F

(3,268) = 33,28, $p < 0,001$, $\omega^2 = 0,26$], intención [F (3,268) = 26,67, $p < 0,001$, $\omega^2=0,22$], conducta [F (3,268)= 4,56, $p=0,004$, $\omega^2=0,04$], edad [F (3,268)= 2,86, $p=0,037$, $\omega^2=0,02$], pero no en años de trabajo [F (3.268)= 2.42, $p=0,066$, $\omega^2 = .02$]. También se observaron regularidades comparables entre la muestra italiana y española: La actitud, la intención y los niveles de conducta fueron generalmente más altos para los grupos con creencias positivas, mientras que ocurrió lo contrario para la edad. Además, las diferencias fueron algo más claras, especialmente en cuanto a la actitud para la cual se pudieron identificar tres niveles distintos: un nivel de actitud positiva para I3 e I4, un nivel todavía positivo pero inferior para I2 y una actitud negativa moderada para I1. En contraste con la muestra española, los conglomerados italianos mostraron asociaciones significativas con ambos géneros [χ^2 (3)=10.01, $p=0.019$] y formación en DE [χ^2 (6) = 13.18, $p=0.040$]. En relación con el género, las probabilidades hipergeométricas

indicaron que los hombres estaban sobrerrepresentados (1,73 veces más de lo esperado, $p=0,045$) y las mujeres estaban infrarepresentadas (1,58 veces menos de lo esperado, $p=0,045$) en el grupo I1. En cambio, con respecto a la formación en el DE, no se detectaron probabilidades hipergeométricas significativas, pero la mayoría (44,4%) de las enfermeras que recibieron una educación altamente enfocada en el DE fueron del grupo I4. Por el contrario, los miembros del grupo I2 fueron los más equitativamente distribuidos entre las categorías de educación: 32,3% no recibieron formación sobre DE, 38,7% recibieron algún tipo de formación y 29,0% recibieron una formación altamente centrada en el diagnóstico enfermero.

Capítulo 5. Discusión global

Discusión

Esta tesis doctoral aborda diferentes aspectos enmarcados en la línea de investigación sobre el proceso enfermero. Primero, pretende continuar con el estudio de actitudes y uso del diagnóstico llevado a cabo por Romero-Sánchez et al. (2014). Segundo, profundiza en el estudio de la conducta humana enmarcada en las teorías clásicas aplicadas al contexto de la salud (Ajzen, 2002; Sauls, 2007; Rudolph, 2008). Y tercero, continúa el estudio de los entornos de práctica enfermeros, de las implicaciones de los mismos, y de las múltiples aplicaciones de la escala PES-NWI desarrollada por Lake et al. (2002).

Anteriormente a esta tesis doctoral se había confirmado que las actitudes pueden ser un importante factor predictor del uso del diagnóstico enfermero (Guedes et al., 2012; Romero-Sánchez et al., 2014; D'Agostino et al., 2016). Los resultados de esta tesis apoyan estos hallazgos previos. Detrás de toda actitud, existen creencias que pueden modular las actitudes y éstas modular la conducta (Ajzen, 1991). Por este motivo, se ha continuado estudiando las creencias conductuales; es decir, aquellas que preceden a las actitudes. Los resultados muestran que las enfermeras que refieren hacer un mayor uso del diagnóstico, presentan

En este capítulo se presenta la discusión general de los resultados obtenidos en las tres fases que conforman esta tesis doctoral. Se realiza un análisis de la validez interna y externa, y la relación de los hallazgos entre los resultados de las tres fases y la bibliografía consultada. Asimismo, se analiza las posibles limitaciones a tener en cuenta en la interpretación de los resultados, se exponen las implicaciones para la práctica y su difusión a la comunidad científica.

mayores puntuaciones en la escala PND-SV y mayores puntuaciones en la escala de creencias conductuales TPB Nursing Diagnosis. Este hallazgo sugiere que las teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planificada son adecuadas para explicar y predecir la actitud y uso del diagnóstico enfermero.

Detrás de toda creencia, se encuentran las experiencias propias y las de las personas allegadas a la persona sobre una determinada conducta (Ajzen, 1991). Es por este motivo que, las experiencias y opiniones han sido investigadas en una revisión bibliográfica. Los resultados de la revisión llevada a cabo en la fase 1 de esta tesis doctoral, destacaron las experiencias relacionadas con el apoyo de los compañeros y gestores en el uso del diagnóstico, la importancia de la formación (Collins, 2013), la modulación de las cargas de trabajo, el modelo en el que se fundamente el cuidado y el tipo de servicio (Paganin et al., 2008).

La priorización en registros diferentes

al diagnóstico enfermero es una de las causas de infrautilización del diagnóstico más descritas en contextos de carga laboral (Luna & Valadares, 2013). Sin embargo, esta variable debe discutirse con la variable actitudinal, valioso-sin o relevante-irrelevante, estudiadas en otras investigaciones como la de Rudolph (2008) y en los resultados de la fase 2. La posible explicación de este hallazgo se encuentra en la Teoría de la Conducta Planificada, ya que si las enfermeras consideran el diagnóstico relevante o valioso, puede llevar a registrarlo más, asumiendo que serán leídos por otros compañeros (norma subjetiva). En cambio, si la consideración es contraria, la enfermera puede priorizar en otras actividades que considere de más valor en el contexto de carga de trabajo elevada (Rudolph, 2008). La otra explicación estaría relacionada con el modelo de cuidado. En servicios donde la actividad enfermera está más tecnificada y en instituciones donde predomina generalmente el modelo biomédico, el diagnóstico enfermero es

de difícil aplicación (Junttila et al., 2005; Cachón-Pérez et al., 2011; Halverson et al., 2011; Luna & Valadares, 2013). Estas experiencias halladas en los resultados de la fase 1, guardan relación con la subescala "fundamento enfermero para la calidad de la atención" de la fase 2, la cual muestra que aquellos entornos donde se promueve el fundamento enfermero del cuidado, el diagnóstico es más entendido y utilizado por las enfermeras. En entornos menos favorables, el apoyo profesional es imprescindible para contrarrestar las posibles barreras de utilización del diagnóstico (Paganin et al., 2008). Tal y como se muestra en los resultados de la fase 2, el apoyo de los gestores está relacionado con una actitud favorable hacia el diagnóstico enfermero.

En cuanto a las cargas de trabajo hasta ahora han mostrado interferir en la implementación del DE (Paganin et al., 2008). Pero en los resultados de la fase 2 la subescala "adecuación de los recursos", no se relacionó significativamente con la

actitud ni uso del diagnóstico enfermero. Por este motivo, futuras investigaciones deberían llevarse a cabo para evaluar el impacto real de la carga de trabajo sobre el diagnóstico enfermero más que la percepción sobre las cargas de trabajo.

La formación en el diagnóstico enfermero es otra variable ampliamente estudiada relacionada con el uso del diagnóstico enfermero. Varios estudios analizan el impacto de la formación (Paganin et al., 2008; Leoni-Scheiber et al., 2016), y en la fase 3, se evidencia una vez más su relación con el control conductual percibido debido a que ésta capacita a la enfermera y la motiva para el uso del diagnóstico enfermero. Una revisión sistemática reciente sobre la documentación enfermera, afirma que para mejorar la calidad de la documentación es necesario potenciar la formación en lenguajes enfermeros y realizar cambios en la organización (Wang & Liu, 2011). Resultados similares se encontraron en el estudio de Edwards et al. (2001), en el que,

en el marco de la Teoría de la Conducta Planificada posicionan la formación como punto clave en el cambio de control conductual y actitudes de las enfermeras en la toma de decisiones en la práctica clínica.

Los objetivos 2 y 3 de esta tesis doctoral fueron describir grupos de enfermeras en relación a sus características, su entorno y actitud. Los resultados de esta tesis doctoral responden al objetivo del estudio y confirman la hipótesis planteada, lo cual sugiere que podríamos considerar las teorías TAR y TCP adecuadas para explicar y predecir la conducta de las enfermeras ante el diagnóstico enfermero en base a la norma subjetiva.

Algunos factores organizativos ya habían sido estudiados en la implantación del diagnóstico enfermero, como las cargas de trabajo (Paganin et al., 2008), la historia clínica informatizada (Lima & Kurcgant, 2006; Paganin et al., 2008), y competencias de las enfermeras (Collins, 2013; Leoni-Scheiber et al., 2016). Los entornos de

práctica formalmente estudiados con la escala PES-NWI, no se habían relacionado con las actitudes evaluadas con la escala PND-SV.

Los resultados de la fase 2 apoyan que el uso del diagnóstico y la actitud están igualmente influenciados por los entornos de práctica, ya que las enfermeras que trabajaban en entornos más favorables se posicionaron más positivamente en el diagnóstico enfermero y lo utilizaban en mayor medida. Por lo tanto, la actitud y el uso podrían incluirse como otras de las variables organizacionales encontradas asociadas con los entornos de práctica enfermera (Warshawsky & Havens, 2011).

Esta asociación podría explicarse porque un mayor control de la práctica enfermera y las decisiones sobre la atención al paciente es una característica principal de los entornos de práctica favorables (Lake, 2007). El diagnóstico enfermero es un marco de práctica en la atención enfermera, lo que facilita la conceptualización de la enfermería

(Woolbride, Brown & Herman, 1993), aumentando tanto la responsabilidad profesional como la autonomía de la enfermera (Carpenito, 1995).

Mensik, Maust-Martin, Scott & Horton (2011) señalaron que la incorporación de un marco de práctica de enfermería en un entorno de salud demuestra que la organización acoge a la enfermera como una profesión y facilita el desarrollo profesional. Este hecho ha sido apoyado por la asociación encontrada en este estudio entre la actitud hacia el DE y uso con la subescala PES-NWI "Participación de la enfermera en asuntos del centro", que representa el papel participativo de las enfermeras y el valor de su estatus en el centro (Lake, 2002). Esto supone que el DE, entendido como marco para la práctica, podría ser mejor aceptado en instituciones donde la contribución de las enfermeras está bien reconocida. Una asociación idéntica a la mencionada anteriormente se ha encontrado con la subescala "Fundamento enfermero para

la calidad de la atención". Esta subescala representa la existencia de una filosofía enfermera omnipresente, es decir, un modelo de atención enfermero y un nivel de competencias clínicas propias de las enfermeras (Lake, 2002). El proceso enfermero, incluyendo el diagnóstico como eje central del mismo, ha sido sugerido como un método apropiado para explicar la esencia de la enfermería, sus bases científicas, tecnológicas y suposiciones humanistas que alientan el pensamiento crítico y califican el cuidado enfermero (Hagos, Alemseged, Balcha, Berche & Aregay., 2014). Este ajuste entre las características del proceso enfermero y el constructo representado por la subescala "Fundamentos para la calidad de la atención" podría ser la razón por la cual las instituciones donde se estableció una base sólida de calidad de atención, el diagnóstico es mejor aceptado y utilizado en el contexto del proceso enfermero.

Debe destacarse otra asociación con la subescala PES-NWI "apoyo de

los gerentes enfermeros". La mayor capacidad, liderazgo y apoyo de los gerentes de enfermería se asoció con actitudes positivas de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero, pero no con su utilización. Resultados similares a estos se han encontrado en un estudio donde se evaluó la percepción de la documentación o registros enfermeros según el tipo de direcciones en el ámbito de atención primaria (Törnvall, Wahren, & Wilhelmsson, 2007). Este estudio determinó que los gerentes con un enfoque enfermero podría influir en percepciones más positivas en la documentación enfermera, no afectando en el rendimiento de la misma. La documentación o registros de enfermería y el diagnóstico enfermero son conceptos muy relacionados, ya que el diagnóstico se considera un elemento central de los registros enfermeros y también puede ser útil para evitar la redundancia y estimular a las enfermeras a estructurar sus informes (Wilkinson, 2007). El tipo de gestión podría ser un factor influyente en la actitud hacia el diagnóstico enfermero, lo que debería

considerarse un aspecto positivo para la organización, ya que una actitud favorable podría ser un buen punto de partida para una mayor utilización.

Hasta ahora las características de las enfermeras no parecían estar relacionadas con el nivel de uso y actitud hacia el diagnóstico enfermero (Rudolph, 2008; Romero-Sánchez et al., 2014); pero en esta tesis doctoral, se ha mostrado que las enfermeras con más edad y experiencia profesional presentan mayor nivel de uso del diagnóstico enfermero que las enfermeras más noveles, pero no de actitud. Aunque la interpretación lógica sería que los años de experiencia pueden inducir a un mayor uso del diagnóstico enfermero, otros estudios no encontraron diferencias en la utilización del diagnóstico enfermero según la experiencia profesional (Kaashoek-Gay, 2000). Incluso, algunos estudios afirmaron que existía un mayor rechazo en el uso del DE en las enfermeras con más experiencia (Dólak et al., 2012). Esta contraindicación puede

deberse a un factor organizativo, como puede ser la presencia de una política institucional basada en la dirección por objetivos donde se puede recompensar el uso del diagnóstico enfermero y proceso enfermero en la muestra analizada. Estas recompensas económicas por lo general se hacen al personal que trabaja en puestos más permanentes o estables, principalmente ocupados por enfermeras más experimentadas o con más edad, mientras que las enfermeras jóvenes tienen principalmente trabajos temporales. Este incentivo podría ser una razón por la cual las enfermeras con más experiencia usen más regularmente el diagnóstico enfermero. El hecho de que la experiencia profesional no mejore simultáneamente la actitud hacia el diagnóstico enfermero apoya esta interpretación. Los investigadores en sistemas de recompensas en organizaciones como Kohn (1999), defienden que los incentivos no alteran las actitudes que subyacen a los comportamientos y no crean un compromiso duradero con ninguna

acción, sino más bien un cambio pasajero de comportamiento. Sin embargo, sería deseable confirmar la influencia de las recompensas basadas en el desempeño del uso del diagnóstico enfermero y/o actitud hacia el mismo en otros estudios.

El campo de trabajo es otra variable profesional que se relacionó con la actitud, por ejemplo, se encontró que los gerentes enfermeros tenían una actitud más positiva que las enfermeras que trabajaban en el campo asistencial. Otro estudio, también realizado en España, obtuvo resultados similares (Romero-Sánchez et al., 2014). Dicho estudio argumentó que la concienciación de las enfermeras gestoras españolas sobre los beneficios del uso del DE en la práctica es mayor que en las enfermeras asistenciales y podría estar relacionada con este hallazgo. De hecho, los gestores enfermeros que dirigieron la gestión en el ámbito de atención primaria fueron responsables del desarrollo de estrategias para la implementación de los diagnósticos enfermeros y del proceso

enfermero en el ámbito español (Mañá et al., 2004). En este caso, la presión social (norma subjetiva) que reciben los gestores es favorable al diagnóstico enfermero, no tanto por un uso en la práctica, si no por una actitud favorable probablemente por una relación más estrecha con el diagnóstico (Romero-Sánchez et al., 2014). Sin embargo, en el estudio de Junntila et al. (2005) y Higuchi et al. (1999), se obtuvo una relación inversa a la actitud y uso. Las enfermeras que valoraron positivamente el diagnóstico enfermero, no lo consideraron necesario en su entorno clínico. Esto pone en relevancia la norma subjetiva, que en este caso, influye negativamente en el uso a pesar de una actitud favorable. Es decir, debido a que el entorno presentado en el estudio de Junntila et al. (2005) es un entorno perioperatorio en el que el fundamento del cuidado probablemente tienda a un enfoque biomédico, el uso del diagnóstico es bajo independientemente de la actitud, tal y como defiende la TAR y TCP (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen, 1991).

El cuarto, quinto y sexto objetivo de esta tesis doctoral ha sido evaluar la actitud, intención y conducta ante el diagnóstico enfermero en grupos de enfermeras con distintas creencias normativas, conductuales y de control conductual, en dos muestras internacionales mediante la escala de medición basada en las creencias de las enfermeras TPB Nursing Diagnosis, comparando la muestra de enfermeras catalanas con una muestra de enfermeras italianas. El análisis de estas muestras se ha realizado en la tercera fase de esta tesis doctoral aplicando la Teoría de la Conducta Planificada. En este caso, el diagnóstico ha sido evaluado desde cuatro perspectivas: la utilización, actitud, intención y las creencias. Los datos han permitido identificar varios perfiles en ambas poblaciones basándose en los tres componentes considerados en el modelo. Como se ha indicado en el apartado de resultados, en algunos aspectos la solución de conglomerado difiere de una muestra a otra. Este hallazgo podría explicarse

considerando los contextos diferentes de ambas poblaciones. Los diferentes enfoques de la formación en enfermería, los fundamentos de la práctica, el campo asistencial hospitalario en Italia y atención primaria en España, las leyes reguladoras de los países y el marco normativo de las instituciones, los entornos de práctica y otros factores diferenciales podrían haber tenido un efecto en que las creencias conductuales y normativas influyeran en los enfermeros que pertenecen a uno u otro país. A pesar de ello, la mayor parte de la muestra (n=329) se pudo clasificar en tres pares de grupos de creencias, las cuales fueron similares en ambas poblaciones.

En los primeros dos grupos, la puntuación alcanzada por los participantes en todas las creencias fue menor y más alta que la media, respectivamente, que significa que las enfermeras que pertenecen al primer grupo son quienes tienen una evaluación favorable y perciben fácil registrar el diagnóstico enfermero y, además, percibieron presión de otros para realizar la

conducta. Las enfermeras pertenecientes al segundo grupo de conglomerado han presentado resultados opuestos respecto a las enfermeras del primer grupo. En el tercer grupo, las creencias conductuales y de control estaban por encima de la media de creencias, y las normativas justo por debajo de la media, lo que significa que las enfermeras hacen una evaluación moderada de la conducta y control conductual. Además, reciben una presión negativa (creencia normativa) modesta para utilizar el diagnóstico enfermero desde el entorno de trabajo en comparación con la media de creencias.

Por otro lado, la identificación de estos grupos similares en dos poblaciones internacionales diferentes podría explicar una tendencia en los perfiles de actitud de las enfermeras hacia el diagnóstico. Esta tendencia podría ser considerada para mejorar el diseño de los programas de intervención que conduzcan a promover el uso del diagnóstico enfermero, centrándolos en actividades destinadas a

mejorar específicamente cada uno o cada componente del modelo propuesto por Ajzen por separado.

Por lo tanto, los resultados mostraron que los niveles de creencias normativas (aquellas que preceden la norma subjetiva) presentan una correlación positiva con el nivel de intención conductual, conducta real (uso del diagnóstico enfermero) y actitud, en ambas muestras. Estos resultados se apoyan en los resultados obtenidos en la fase 2 y en el estudio de Rudolph (2008), en el cual, aplicando la TCP, los elementos de la norma subjetiva se relacionaron directamente con el uso del diagnóstico enfermero. A la luz de estos hallazgos, se podría decir que la TCP podría ser adecuada para una mejor comprensión del factor que influye en el uso del diagnóstico enfermero.

Este conocimiento proporciona a las instituciones un soporte en la implantación del diagnóstico enfermero, debido a que puede guiar el camino hacia el desarrollo profesional de las enfermeras, es decir,

hacia la el desarrollo competencial, toma de decisiones y apoyo gerencial. De hecho, en los estudios de de Edwards et al. (2001), Gillian, Booth & Mistry (2016) y Leach, Tonkin, Lancaster & Kirk (2016), la relación entre actitudes, norma subjetiva y conducta, orientó a las direcciones en el abordaje de la toma de decisiones de las enfermeras para mejorar la calidad asistencial.

Las creencias de control conductual es otra de las variables que merece ser comentada. Se ha medido la relación entre la conducta real, la intención conductual y las creencias de control conductual percibido, obteniendo una correlación positiva entre las mismas, tal y como postula la TCP (Ajzen, 1991). Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Chung, Ho & Wen (2016), el cual evaluó las intenciones de las enfermeras en el uso de registros electrónicos de pacientes. En el caso de Chung et al. (2016), el control conductual, la norma y la actitud afectaron significativamente en la intención de uso,

en este caso con una fuerza superior de la norma subjetiva.

En relación con las variables sociodemográficas y profesionales consideradas en la fase 3, los resultados fueron menos homogéneos entre las muestras. Mientras que en la muestra italiana se han encontrado asociación entre género y formación con el diagnóstico enfermero, este hallazgo no se ha detectado en la muestra española. Por este motivo, sería necesario evaluar el impacto real de la formación y los factores cognitivos de la Teoría de la Conducta Planificada, ya que la evidencia actual sigue posicionando la formación como una estrategia clave en la actitud hacia el diagnóstico enfermero (Collins, 2013; Leoni-Scheiber et al., 2016). Por el contrario, los años de trabajo sólo lograron diferencias significativas en las enfermeras españolas. La edad fue la única variable en la que los valores más bajos se asociaron con niveles de creencias en ambas muestras de manera significativa. Aun así en ambas muestras,

la relación entre intención, actitud, uso y los tres grupos de creencias, apoya los resultados obtenidos en cada una de ellas. Las correlaciones positivas entre el valor atribuido al diagnóstico (actitudes), el apoyo o grado de aprobación que las enfermeras perciban de sus compañeros o gestores (normas subjetivas), así como el nivel de competencia o capacidad (control conductual percibido) y el uso del diagnóstico enfermero, confirman que la Teoría de la Conducta Planificada puede ser adecuada para explicar y predecir su uso. Los resultados obtenidos responden al objetivo reseñado y confirman la hipótesis de estudio.

Limitaciones

Algunas limitaciones de esta tesis doctoral deben ser comentadas. En primer lugar, respecto a la selección de los estudios en la revisión integrativa de la fase 1, una limitación potencial es que se seleccionaron únicamente artículos en cuatro idiomas, pudiéndose haberse ignorado algunos estudios de relevancia publicados en otras

lenguas. Respecto a las características de los estudios destacar que al haberse realizado todos ellos sobre muestras no probabilísticas limitan la generalización de los resultados. Otro dato relevante al respecto es que sólo se consideran un número reducido de ámbitos de estudio internacionales. Y la escasa cantidad de estudios longitudinales impidió extraer conclusiones relevantes de cómo evolucionan las opiniones, experiencias y actitudes en el tiempo.

En segundo lugar, la muestra de los estudios transversales llevados a cabo en las fases 2 y 3, ha sido reclutada de manera oportunista de una región de España y otra región de Italia. Además, el hecho que haya sido de conveniencia y participación voluntaria, puede ser una fuente de riesgo de autoselección de la muestra y podría no representar las enfermeras desinteresadas en el diagnóstico enfermero. En tercer lugar, la naturaleza transversal de los métodos llevados a cabo limitan a interpretar los

resultados como una asociación y no como una clara asociación causa – efecto entre conducta, el control y, las creencias normativas, la intención y la conducta. De manera que únicamente se puede afirmar que el uso del diagnóstico enfermero está estrechamente relacionado con las actitudes así como con la norma subjetiva y el control conductual percibido. Aun así, estas asociaciones tienen una consonancia teórica idéntica a la postulada por las teorías TAR y TCP.

En cuarto lugar, los datos se recopilaron mediante medidas de autoevaluación que podrían haber introducido respuestas sesgadas derivadas del uso de la discapacidad social, especialmente en relación con el autoinforme de la conducta de uso del diagnóstico enfermero y otros factores. Por lo que el uso de las medidas de autoevaluación introducen el riesgo de una varianza de método común (Jakobsen & Jensen, 2015).

En quinto lugar, otras variables no controladas inicialmente podrían haber

actuado como factores de confusión y, por tanto, tenían algún grado de influencia en los resultados, especialmente en la utilización del diagnóstico enfermero. Las posibles limitaciones deben ser consideradas en futuras investigaciones, las cuáles deberían ser mejoradas mediante diseños longitudinales, muestras representativas nacionales e internacionales, observando la medida de variables cuando sea posible, y con un mejor control de posibles factores de confusión.

En último lugar, los únicos predictores conductuales estudiados fueron la norma subjetiva, la actitud, el control conductual y la intención. Sin embargo, existen otras variables dentro de la Teoría de la Conducta Planificada no probadas en el uso del diagnóstico enfermero, como la norma moral, fruto de la extensión de la TCP, que se debería de tener en cuenta para completar el estudio de los factores psicológicos asociados al diagnóstico enfermero.

En esta tesis doctoral, el hecho que la

norma subjetiva se haya posicionado como un determinante del uso del diagnóstico, sugiere que la norma moral, entendida como la percepción de una persona sobre la adecuación de realizar una conducta (Ajzen, 1991), podría ser un determinante en el uso del diagnóstico enfermero. Las normas morales, las creencias afectivas versus evaluativas, y el papel de la conducta pasada son tres variables determinantes de la conducta que marcaron la evolución de la TCP (Ajzen, 2002). Conner & Armitage (1998) también analizaron estos nuevos determinantes y sostienen que la norma moral es un buen predictor conductual en aquellas situaciones donde pueden existir fuertes presiones sociales, como es en el caso de esta tesis doctoral. Además, la norma moral también podría predecir la actitud y la intención conductual, debido a que los valores de la norma moral están posicionados como un filtro que modula la información que la persona evaluará en la actitud (Raats, Shepherd y Sparks, 1995, citado en Conner & Armitage, 1998).

Por este motivo, algunas creencias y experiencias analizadas en esta tesis relacionadas con la presión social, inducen a pensar que los valores y creencias estudiados conjuntamente con la norma moral, podrían tener un importante papel en el análisis del uso del diagnóstico enfermero. Por lo que en futuras investigaciones sería conveniente analizar la influencia de los nuevos factores mencionados que puedan incidir en el uso del diagnóstico enfermero y el resto de variables cognitivas, así como su relación con las variables profesionales, institucionales y personales.

Implicaciones para la práctica

Mientras que diferentes investigadores han estudiado las actitudes, opiniones y experiencias en el uso del diagnóstico enfermero de manera independiente, la revisión realizada en la fase 1 hace una síntesis de las mismas y pone en evidencia los diferentes factores personales, institucionales y profesionales que se deben tener en cuenta como

estrategia integral a la hora de mejorar las actitudes e implantar el DE en la atención de salud. Aunque las características de las enfermeras parecen tener un impacto limitado en el diagnóstico enfermero, se ha demostrado que los entornos de práctica son un factor importante que influye en el uso y la actitud hacia el DE en esta tesis. Esto supone que los entornos de práctica enfermera favorables ayudan a las enfermeras a tener un mayor control sobre su práctica y junto al ejercicio de autonomía profesional son buenos criaderos para implementar y mantener el diagnóstico enfermero como un marco para la práctica enfermera. Entre los elementos de los entornos de práctica, la participación de las enfermeras en asuntos del centro, los fundamentos enfermeros para la calidad de la atención, y el apoyo de los gerentes de enfermería deben considerarse y mejorarse especialmente para promover el uso y mejorar las actitudes hacia el DE. Estas estrategias supondrían un claro beneficio en las enfermeras y en la salud de la población.

Difusión de la investigación

Durante la realización de esta tesis doctoral, algunos resultados han sido presentados a la comunidad científica para su difusión nacional e internacional. Ha sido presentado el artículo a la revista ROL de Enfermería, "Importancia de la TIC en el uso del diagnóstico enfermero". Este artículo es una reflexión derivada de los resultados de la fase 1 y la fase 2, que analiza los factores asociados al uso del diagnóstico enfermero. Entre los factores asociados encontramos las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), el uso y las actitudes hacia el diagnóstico enfermero con otros factores profesionales y organizativos. En este caso, se ha enmarcado las TIC en la historia clínica informatizada y en su relación con el diagnóstico enfermero. La documentación enfermera en la historia clínica informatizada, ha sido evaluada como un aspecto que debe ser entendido y analizado junto a otros factores profesionales como el apoyo de los

Por otro lado, detrás de una mayor actitud, intención y uso del diagnóstico enfermero, se encuentran niveles de creencias conductuales, normativas y de control conductual más altos por parte de las enfermeras, lo cual sugiere que la Teoría de la Conducta Planificada puede ser utilizada para predecir y explicar el uso del diagnóstico enfermero en diferentes contextos asistenciales.

Respecto a las variables profesionales, la formación en el contexto italiano se ha correlacionado positivamente con los niveles de todas las creencias. Este hecho sugiere que para incrementar el uso del diagnóstico enfermero en la práctica, deben desarrollarse estrategias formativas y motivacionales, así como afirma ya bibliografía existente. También, es necesario potenciar el apoyo por parte de los colegas y gestores enfermeros, y la capacitación de las enfermeras, la cual dependerá en mayor medida de que reconozcan la necesidad del diagnóstico enfermero en su práctica habitual.

gerentes (Galimany-Masclans, Garrido-Aguilar, Girbau-García, Lluch -Canut & Fabrellas Padrés, 2011), las actitudes y la formación, ya que son los principales factores que condicionan su uso. (Anexo 5)

Cabe mencionar que los resultados completos de la revisión integrativa desarrollada en la fase 1, "Actitudes, opiniones y experiencias en el uso del diagnóstico enfermero están pendientes de enviar para su difusión científica a la revista internacional *International Journal of Nursing Knowledge*.

Respecto a los resultados de la fase 2, se han presentado parte de los mismos a las XI Jornadas de Trabajo AENTDE de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) en forma de ponencia en mesa redonda (Anexo 5). También, se ha enviado a la revista *Journal of Nursing Management*, el artículo original "Influence of the characteristics of nurses and their work environment on nursing diagnosis" el

cual se encuentra en fase de la segunda corrección de los revisores de la revista. Por último, se consideró oportuno al igual que relevante realizar una carta al director en una revista española con enfoque reflexivo sobre algunos resultados obtenidos en la fase 2 relacionándolos con la bibliografía existente. (Anexo 6).

Los resultados de la fase 3 han sido enviados en forma de artículo original a la revista *International Nurse Education Today*, bajo el título "Nurses' beliefs towards nursing diagnoses in Italy and Spain: A study with cluster analysis" encontrándose en la primera etapa de revisión por la editorial.

Capítulo 6. Conclusiones

En conclusión, esta tesis doctoral ha permitido afirmar que:

- Se confirma la asociación entre el uso del diagnóstico enfermero y la actitud hacia el mismo detectada en la literatura en las tres fases de esta tesis doctoral.

- Las principales experiencias relacionan el uso del diagnóstico con el tipo de servicio y modelo con el cual se desarrollan los cuidados.

- Las principales opiniones señalan el diagnóstico como clave en el desarrollo profesional pero desde la perspectiva del paciente su aportación tiene opiniones controvertidas.

- El campo de trabajo continúa siendo una variable relacionada con las actitudes de las enfermeras, tal y como reciente evidencia en el marco español había mostrado.

- Las variables demográficas y

profesionales como la edad y experiencia profesional, han mostrado estar asociadas con el uso del diagnóstico enfermero en una de las muestras estudiadas a diferencia de lo encontrado en estudios anteriores.

- Los entornos de práctica enfermera favorables se relacionan con un mayor uso del diagnóstico enfermero. Este hallazgo confirma que, en la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planificada, la norma subjetiva se posiciona como un importante factor asociado al uso y actitud hacia el diagnóstico enfermero.

- El control conductual percibido parece ser un factor determinante en la intención y uso del diagnóstico enfermero, por lo que se puede concluir que la Teoría de la Conducta Planificada podría ser adecuada para una mejor comprensión de los factores que influyen en el uso del diagnóstico enfermero.

Capítulo 7. Referencias bibliográficas

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, *288* (16), 1987- 1993.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T. & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Morality and Nurse Outcomes. *J Nurs Adm*, *38* (5), 223-229. doi:10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Buynel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R.,... & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, *383* (9931), 1824-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour. *Organizational behaviour and human decision processes*, *50*, 179-211.
- Ajzen, I. (1993). *Attitude theory and the attitude-behavior relation*. In D. Krebs & P. Schmidt (Eds.), *New directions in attitude measurement*. New York: Walter de Gruyter.
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioural Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, *32*(4), 665-683..

- Alfaro-LeFevre, R. (2002). *Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso*. (4ª Ed). Barcelona: Masson.
- Alfaro-LeFevre, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración* (5a Ed.). Barcelona: Elsevier Doyma.
- Alfaro-LeFevre, R. (2012). *Applying Nursing Process: The Foundation for Clinical Reasoning* (8a Ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Allport, G.W. (1935). Attitudes. En C. Murchison (Ed.), *Handbook of social psychology*. Worcester: Clark University Press.
- American Nurses Association. (1980). *Nursing: A Social Policy Statement*. Kansas City, MO: Autor.
- American Nurses Association (ANA). (2010). *Nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.
- American Nurses Association (n.d.) *The nursing process*. Recuperado de: <http://www.nursingworld.org/EspecialmenteForYou/StudentNurses/TheNursingProcess.aspx>.
- Armstrong K.J., Laschinger, H. (2006). Structural empowerment, magnet hospital characteristics, and patient safety culture: Making the link. *Journal of Nursing Care Quality*, 2(2), 124–132.
- Asendorpf, J.B., Borkenau, P., Ostendorf, F. & Van Aken, M.A.G. (2001). Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of Personality*, 15(3), 169–198. doi: 10.1002/per.408.
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería

- (AENTDE). (2001). *La AENTDE inicia el proceso de validación de la taxonomía de la NANDA*. Correo AENTDE, 4(2), 1. Recuperado de http://www.aentde.com/pages/correo/ca_200142/
- Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (ACENDIO). (n.d). School of Nursing & Midwifery, Trinity College Dublin, Dublin 2. Ireland. Recuperado de: <http://www.acendio.net/about/>
- Axelsson, L., Björvell, C. & Mattiasson, A.C. (2006). Swedish Registered Nurses' incentives to use diagnosis in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 936-945. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01459.x.
- Baker, F.B. & Hubert, L.J. (1975). Measuring the Power of Hierarchical Cluster Analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 70(349), 31–38. doi: 10.1080/01621459.1975.10480256.
- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24), 3186-91.
- Bergman, L.R. & El-Khoury, B.M. (2002). *SLEIPNER: A statistical package for pattern-oriented analyses. Version 2.1*. Stockholm: Stockholm University, Department of Psychology. Recuperado de: <http://w3.psychology.su.se/sleipner/>
- Bergman, L.R., Nurmi, J.E., & Alexander, A. (2012). I-states-as-objects-analysis (ISOA): Extensions of an approach to studying short-term developmental processes by analyzing typical patterns. *International Journal of Behavioral Development*, 36(3), 237–246.
- Berndt, A.E., Parsons, M.L., Paper, B. & Browne, J.A. (2009). Preliminary evaluation of the

- Healthy Workplace Index. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(4), 335–344. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181bad48a.
- Berra, S., Elorza, J.M., Estrada, M.D. & Sánchez, E. (2008). Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gaceta Sanitaria*, 22(5): 492-7.
- Brown, T.A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, NY: Guilford Publications.
- Cachón-Pérez, J.M., Álvarez-López, C. & Palacios-Ceña, D. (2011). El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 23(2): 68-76. doi:10.1016/j.enfi.2011.12.001.
- Cano-Arana, A., González-Gil, T., Cabello-López, J.B. (2010). *Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo*. En: *CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. CASPe; Cuaderno III. p.3-8.
- Cárdenas-Valladolid, J., Salinero-Fort, M.A., Gómez-Campelo, P., de Burgos-Lunar, C., Abánades-Herranz, J.C., Arnal-Selfa, R. & López-Andrés, A. (2012). Effectiveness of Standardized Nursing Care Plans in Health Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Two-Year Prospective Follow-Up Study. *PLOS*, 7(8), e43870. doi: 10.1016/j.aprim.2014.05.014.
- Carpenito, L. J. (1995). *Planes de cuidados y documentación en enfermería* (2a ed.). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2003). *Los diagnósticos de enfermería: aplicaciones a la práctica clínica*. (4ª Ed.) Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

- Carpenito-Moyet L.J. (2010) *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (13ª Ed). PA: Lippincott, Philadelphia.
- Castellan, C., Sluga, S., Spina, E. & Sanson, G. (2016). Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in intensive Care Unit. *J Adv Nurs*, 72(6), 1273-86. Doi: 10.1111/jan.12913.
- Chung, M.H., Ho, C.H. & Wen, H.C. (2016). Predicting intentions of nurses to adopt patient personal health records: A structural equation modeling approach. *Comput Methods Programs Biomed*, 136, 45-53. doi: 10.1016/j.cmpb.2016.08.004.
- Collins, A. (2013). Effect of Continuing Nursing Education on Nurses' Attitude Toward and Accuracy of Nursing Diagnosis. *Int J Nurs Knowl*, 24(3), 122-8. doi: 10.1111/j.2047-3095.2013.01237.x.
- Conner, M. & Armitage, C. (1998). Extending the Theory of Planned Behaviour: A review and Avenues for further research. *Journal of applied social psychology*, 28, 1429-1464. doi: 10.1111/j.559-1816.1998.tb01685.x.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2007). *Entornos de Práctica Favorables: Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente*. Ginebra, Suiza. Recuperado de: <http://www.icn.ch/es/publications/2007-positive-practice-environments-quality-workplaces-quality-patient-care/2007-entornos-de-practica-favorables-lugares-de-trabajo-de-calidad-atencion-de-calidad-al-pacie-647.html>
- Cruz, D.A.L.M., Kitazulo, C.R., Pimenta, C.A.M., Lima, A.F.C. & Gadzinski, R.R. (2006).

- Atitudes frente ao diagnóstico de enfermaem durante a implementação de classificação de diagnósticos. *Ciencia, Cuidado e Saúde*, 5(3), 281-288.
- D'Agostino, F., Vellone, E., Cerro, E., Di-Sarra, L., Juárez-Vela, R., Ghezzi, V., Zega, M. & Alvaro, R. (2016). Psychometric evaluation of the Positions on Nursing Diagnosis scale. *Applied Nursing Research*, 29, e1-6. doi: 10.1016/j.apnr.2015.03.012.
- D'Agostino, F., Sanson, G., Cocchieri, A., Vellone, E., Welton, J., Maurici, M. (...) Zega, M. (2017). Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. *J Adv Nurs*, 0(0), 000-000. Doi: 10.1111/jan.13285 [Epub ahead of print]
- De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J.M., Sesé-Abad, A., Bennasar-Veny M., Pericas-Beltran, J. & Chamorro-Miguélez, A. (2011). Psychometric testing of the Spanish version of the Practice Environment Scale os the Nursing Work Index in a Primary healchcare context. *J Adv Nurs* 68(1), 212-21. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05730.x.
- Dolák, F., Scholz, P. & Tóthová, V. (2012). Postoj sester k ošetrovatelským klasifikačným systémům. *Kontakt* 14(4), 434-443.
- Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., Catling-Paull, C. & King, M. (2009). Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. *Collegian*, 16(1), 11 – 7.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S.L. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Edwards, H.E., Nash, R.E., Najman, J.M., Yates, P.M., Fentiman, B.J., Dewar, A., ..., & Skerman, H.M. (2001). Determinants of nurses' intention to administer opioids for

- pain relief. *Nursing & Health Sciences*. 3(3), 149-59.
- Elizalde, A.C. & Almeida, M.A. (2006). Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, 27(4), 564–574.
- Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L. & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res* 54(2), 74–84.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading: Addison-Wesley.
- Fraisse, P. & Meili, R. (1967). *Psicología de las actitudes*. Buenos Aires: Proteo.
- Fredricks, A.J., & Dossett, D.L. (1983): <<Attitude-behaviour relations: A comparison of the Fishbein-Ajzen and the Bentler-Speckart models>>, *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(3), 501-512.
- Freudenberger, H.J. & Richelson, Gl. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. New York: Anchor Press, Doubleday & Company, Inc.
- Friese, C.R., Lake, E.T., Aiken, L.H., Silber, J.H. & Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Serv Res*, 43(4), 1145–1163. doi:10.1111/j.1475-6773.2007.00825.x.
- Galimany-Masclans, J., Garrido-Aguilar, E., Girbau-García, M.R., Lluch-Canut, T. & Fabrellas-Padrés, N. (2011). New technologies and nursing: use and perception of primary healthcare nurses about electronic health record in Catalonia, Spain.

- Telemed J E Health*, 17(8), 635-9. doi: 10.1089/tmj.2011.0008.
- Gardner, J.K., Thomas-Hawkins, C., Fogg, L. & Latham, C.E. (2007). The relationships between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. *Nephrol Nurs J*, 34(3), 271–281.
- Gordon, M. (1976). Nursing diagnosis and the diagnostic process. *Am J Nur*, 76. 1298.
- Gillian, S., Booth, R. & Mistry, K. (2016). Can Social Cognitive Theories Us Understand Nurses' of Electronic Health Records? *Comput Inform Nurs*, 34(4), 169-174. doi:10.1097/CIN.0000000000000226.
- Guedes, E.S., Turrini, R.N.T., Sousa, R.M.C., Baltar, V.T. & Cruz, D.A.L.M. (2012). Atitudes dos profissionais de enfermagem relacionadas ao Processo de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 46, 130–137.
- Gunnarsdottir, S., Clarke, S.P., Rafferty, A.M. & Nutbeam. (2009). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *Int J Nurs Stud*, 46(7), 920-7.
- Hagos, F., Alemseged, F., Balcha, F., Berche, S. & Aregay, A. (2014). Application of Nursing Process and Its Affecting Factors among Nurses Working in Mekelle Zone Hospitals, Northern Ethiopia. *Nurs Res Pract*, 0(0), 000-000. doi:10.1155/2014/675212.
- Halverson, E. L., Beetcher, E. L., Scherb, E. A., Olsen, G., Frost, M. & Orth, K. (2011). Minnesota nurses' perceptions of nursing diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*, 22(3), 123–131. doi: 10.1111/j.1744-618X.2011.01189.x.

- Hasegawa, T., Ogasawara, C. & Katz, E.C. (2007). Measuring Diagnostic Competency and the analysis of Factors Influencing Competency Using Written Case Studies. *Int J Nurs Terminol Classif*, 18(3), 93-102. doi: [10.1111/j.1744-618X.2007.00057.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2007.00057.x).
- Herdman, T.H. (2012). (Ed). *NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012- 2014*. Barcelona: Elsevier.
- Higuchi, K.A., Dulberg, C., & Duff, V. (1999). Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada. *Nursing Diagnosis*, 10(4), 137-147.
- Hubert, L. J., & Levin, J. R. (1976). A general statistical framework for assessing categorical clustering in free recall. *Psychological Bulletin*, 83(6), 1072–1080. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.83.6.1072>
- IBM Corp. (2015). *Statistical Package for Social Sciences, Version 23.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Institute of Medicine. (2001). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington, DC: National Academies Press.
- Izquierdo, J.M., Pérez, M.B., Ramírez, F.J., Serrano, I., Torres, M.D. & Conde, G. (2002). Implantación del proceso enfermero. *Rev Rol Enf*, 25(7-8), 488.
- Jakobsen, M. & Jensen R. (2015). Common Method Bias in Public Management Studies. *International Public Management Journal*, 18(1), 3-30. doi: 10.1080/10967494.2014.997906.
- Junttila, K., Salantëra, S. & Hulpilä, M. (2005). Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnosis in documentation. *J Adv Nurs*, 52(3), 271-280. Doi:

10.1111/j.1365-2648.2005.03586.x.

- Juvé-Udina, M.E. (2012). Terminología enfermera de interfase. *Rev ROL Enf*, 35(4), 260-265.
- Juvé-Udina, M.E. (2012). Evaluación inductiva de la estructura de una terminología enfermera de interfase: conceptualización del proceso enfermero. *Nursing*, 30(7), 62-66.
- Juvé-Udina, M.E. (2016). *La terminología ATIC. Eje Diagnóstico*. Barcelona: NAAXPOT S.L.U.
- Kaashoek-Gay, R. (2000). *Nurse Practitioners' Perceptions and Use of Nursing Diagnoses*. Masters Theses. Paper 606.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY: Guilford publications.
- Kohn A. (1999). *Punished by rewards: The trouble with gold stars, incentive plans, A's, praise, and other bribes*. New York, NY. Houghton Mifflin Harcourt.
- Kramer, M. & Hafner L.P. (1989). Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Res*, 38(3), 172–177.
- Kutney-Lee, A., Lake, E.T. & Aiken, L.H. (2009). Development of the Hospital Nurse Surveillance Capacity Profile. *Res Nurs Health*, 32(2), 217–228. doi: 10.1002/nur.20316.
- Lake, E.T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health* 25, 176-188.
- Leach, V., Tonkin, E., Lancaster, D. & Kirk, M. (2016). A strategy for implementing

- genomics into nursing practice informed by three behaviour change theories. *Int J Nurs Pract*, 22(3), 307-3015. doi: 10.1111/ijn.12431.
- Leoni-Scheiber, C., Matteucci, R. & Müller-Staub. (2016). Die Einstellung deutschsprachiger Pflegefachpersonen gegenüber dem «Advanced Nursing Process» vor und nach einer Bildungsintervention. *Pflege*, 29(1), 33-42. doi 10.1024/1012-5302/a000466.
- Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1–55. Recuperado de http://www.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf
- Lima, A.F.C. & Kurcgant, P. (2006). Significados do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem para enfermeiras de um hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm*, 14(5). Recuperado de: www.eerp.usp.br/rlae.
- Luna, A.A. & Valadares, G.V. (2013). The applicability of nursing diagnosis in the field of clinical medicine: the experience at the university hospital. *J Res fundam care online*, 5(3), 1-9. doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n3p1.
- Lunney, M. & Krenz, M.A. (1992). An instrument to measure attitudes toward nursing diagnosis. In Classification of Nursing Diagnoses. *In Proceedings of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association* (Carroll-Johnson R.M. & Paquette M., eds), Lippincott, San Diego, pp. 389–390.
- Lunney, M. (2011). *Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería*. Barcelona: Elsevier- Masson.
- Manojlovich, M. & DeCicco, B. (2007). Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *Am J Crit Care*, 16(6), 536–543.

- Mañá, M., Fernández, M.E. & Mesas A. (2004). Análisis de la formación en metodología enfermera por las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria. *Enferm Clin* 14(4), 203-9.
- Martin, K.S. (2005). *The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management* (2ª Ed.). Omaha, NE: Health Connections Press.
- Martínez-Marcos, M., Custey-Male, M.A., Francisco-Casado, M.A., Ferrer-Arnedo, C., Flores-Boixader, E., Arcalá-García, M.J. & Vaqué-Hergueta, R.M. (1996). Razones para la utilización de los diagnósticos enfermeros. *Enferm Clin*, 6(4), 179-180.
- Mensik, J.S., Maust-Martin, D., Scott, K.A. & Horton K. (2011). Development of a professional nursing framework: The journey toward nursing excellence. *J Nurs Adm* 41(6), 259-264. doi:10.1097/NNA.0b013e31821c460a.
- Milligan, G.W. (1981). A monte carlo study of thirty internal criterion measures for cluster analysis. *Psychometrika*, 46(2), 187–199. doi: 10.1007/BF02293899
- Muthén, L.K. & Muthén, B. O. (1998-2012). Mplus user's guide. (7ª Ed). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Müller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I. & van Achterberg, T. (2007). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application impact on nursing practice: a systematic literature review. *Pflege*, 20(5), 514-31. doi: 10.1024/1012-5302.20.6.352.
- Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*, 20(1), 9-15. doi: 10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x.

- Mynarikova, E. & Ziakova, K. (2014). The use of nursing diagnoses in clinical practice. *Centr Eur J Nurs Midw*, 5(3), 117-126. doi: 10.15452/CEJNM.2014.05.0006.
- NANDA International. (2017). *DEFINING THE KNOWLEDGE OF NURSING*. Mountain, WI. NANDA International, Inc. Recuperado de: <http://www.nanda.org/nanda-international-diagnosis-development.html>
- National Institutes of Health. (n. d). *Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group*. Recuperado de: <http://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/in-develop/cardiovascular-risk-reduction/tools/before-after>.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (1999). *Nursing diagnoses: Definitions & classification 1999-2000*. Philadelphia, PA: Author.
- Netto, V.B.P. & Almeida, M.A. (2009). *Avaliação das enfermeiras de um hospital universitário frente aos diagnósticos de enfermagem* (tesis de pregrado). Universidad de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10183/94095>
- Norman, I. (2013). The nursing practice environment. *Int J Nurs Stud*, 50(12), 1577-1579. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.09.006.
- Oliva, A.P.V., Lopes, D.D.A., Volpato, M.P. & Hayashi, A.A. M. (2005). Atitudes de alunos e enfermeiros frente ao diagnóstico de enfermagem (attitudes of nurses and nursing students toward nursing diagnosis). *Acta Paulista de Enfermagem*, 18, 361–367.
- Oskamp, S. (1997). *Attitudes and opinions*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Paans, W, Nieweg, R.M.B., Van der Schans, C.P. & Sermeus W. (2011). What factors

- influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *J Clin Nurs* 20 (17-18), 2386-2403. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03573.x.
- Paganin, A., Moraes, M.A., Pokorski, S. & Rabelo, E.R. (2008). Factors that inhibit the use of nursing language. *International Journal of Nursing Languages and Classifications*, 19(4), 150–157. doi: 10.1111/j.1744-618X.2008.00103.x.
- Pérez-Rivas, F.J, Martín-Iglesias, S., Pacheco-Del-Cerro, J.L., Minguet-Arenas, C., García- López M. & Beamud-Lagos M. (2016). Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. *Int J Nurs Knowl*, 27(1), 43-18. doi: 10.1111/2047-3095.12073.
- Raña-Lama CD. (1999). Diagnósticos de Enfermería: Líneas de Investigación em Atención Primaria de Salud. *Enfermería Científica*, 208-209, 28-30
- Raña-Lama, C.D., Pita-Vizoso, R., Conceiro-Rúa, A., Fernández-Fraga, I. & García-Martínez, C.M. (2004). Opinión de las enfermeras de atención primaria en el area sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. *Enferm Clin*, 14(2), 77-82.
- Richard, J. (1989). *Psicología social. Actitudes, cognición y conducta social*. Madrid: Eds Pirámide S.A.
- Rockeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes and values: A theory of organization and change*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rohlf, F. J. (1974). Methods of Comparing Classifications. *Annual Review of Ecology and Systematics*, 5(1), 101–113. doi: 10.1146/annurev.es.05.110174.000533
- Rojas-Sánchez, O.A., Rueda-Díaz, L.J., Vesga-Gualdrón, L.M., Orozco-Vargas, L.C.,

- Forero-Bulla, C.M. & Camargo-Figuera, F.A. (2009). Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico “manejo inefectivo del régimen terapéutico”. *Enferm Clin*, 19(6), 299-305.
- Romero-Sánchez, J.M., Paramio-Cuevas, J.C., Paloma-Castro, O., Pastor-Montero, S.M., O’Ferrall-González, C., Gabaldón-Bravo,..., & Frandsen, A.J. (2013). The Spanish versión of the Position on Nursing Diagnosis scal: cross-cultural adaptation and psychometric assessment. *J Adv Nurs*, 69(12), 2759-71. doi: 10.1111/jan.12128.
- Romero-Sánchez, J.M., Paloma-Castro, O., Dueñas-Rodríguez, M., Paramio-Cuevas, J.C., Pastor-Montero, S.M., Frandsen, A.J.,..., & Castro-Yuste, C. (2014). The relationship between characteristics of nurses and their attitude towards nursing diagnosis: a cluster analysis. *J Clin Nurs*, 23(17-18), 2681-4. doi: 10.1111/jocn.12325.
- Romero-Sánchez, J.M. (2014). *Escala de Posicionamiento ante el Diagnóstico Enfermero: Adaptación transcultural, desarrollo de una forma abreviada, y evaluación psicométrica* (Tesis doctoral). Universidad de Cádiz, Cádiz.
- Rudolph, B.R. (2008). *The utilization of Nursing Diagnoses by Registered Nurses; An attitudinal study* (electronic Theses, Treatises and Dissertations). Universidad Estatal de Florida, Tallahassee, Florida, Estados Unidos. Paper 930.
- Rutherford, M.A. (2008). Standarized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice?. *OJIN*, 13(1). doi: 10.3912/OJIN.Vol13No01PPT05.
- Sabucedo, J.M. & Morales, J.F. (2015). *Psicología social*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Samuels, J.G, Fetzer, S.J. (2009). Evidence-based pain management: Analyzing the practice environment and clinical expertise. *Clin Nurse Spec*, 23(5), 245–251. doi: 10.1097/NUR.0b013e3181b20745.
- Saranto, K., Kinnunen, U.M., Kiverkäs, E. Lappalainen, A.M., Lijamo, P., Rajalahti, E. & Hypönen, H. (2013). Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scand J Caring Sci*, 28(4), 629-47. doi: 10.1111/scs.12094.
- Sauls, D.J. (2007). Nurses' attitudes toward provision of care and related health outcomes. *Nursing Research*, 56(2), 117-123.
- Schubert, M., Glass, T., Clarke, S.P., Aiken, L.H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D.M. & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care*, 20(4), 227–37. doi: 10.1093/intqhc/mzn017.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
- Thoroddsen, A., Saranto, K., Ehrenberg, A. & Seremus, W. (2009). Models, Standards and Structures of Nursing Documentation in European countries. *Connecting Health and Humans*, 146. 327-331. doi: 10.3233/978-1-60750-024-7-327.
- Thurstone, L.L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33, 529-544. Recuperado de: https://brocku.ca/MeadProject/Thurstone/Thurstone_1928a.html
- Tourangeau, A.E, Doran, D.M., McGillis-Hall, L., O'Brien-Pallas, L., Pringle, D., Tu, J.V. & Cranley, L.A. (2007). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for

- acute medical patients. *J Adv Nurs*, 57, 32–44. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x.
- Törnvall, E., Wahren, L.K. & Wilhelmsson, S. (2007). Impact of primary care management on nursing documentation. *J Nurs Manag*, 15(6), 634-642. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00729.x
- Trigueros, A., San Martín, M., Ballesteros, A.M. & López, P. (2003). Situación actual de los Diagnósticos de Enfermería en el Área de Salud de Atención Primaria de Palencia. *Revista Metas Enfermería*, 6(53), 6-10.
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M.J. & Hardiker, N.R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice healthcare outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi: 10.002/14651858.CD002099.pub2.
- Urrutia, G. & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11): 507-511. Doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015.
- Wang, S. & Liu, Y. (2015). Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling. *J Nurs Manag*, 23(3), 287-296. doi: 10.1111/jonm.12124.
- Ward, J.H. (1963). Hierarchical Grouping to Optimize an Objective Function. *Journal of the American Statistical Association*, 58(301), 236–244. doi: 10.1080/01621459.1963.10500845
- Warshawsky, N.E. & Havens, D.S. (2011). Global Use of Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nurs Res*, 60(1), 17-31. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181ffa79c.

Whittemore, R. & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*, 52(5): 546-553. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

Wicker, A.W. (1969). Attitude versus actions: The relation-ship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social Issues*, 25(4), 41-78.

Wilkinson, J.M. (2007). *Nursing Process and Critical Thinking*, (4th Ed). New Jersey: Pearson.

Wooldridge, J. B., Brown, O. F., & Herman, J. (1993). Nursing diagnosis: The central theme in nursing knowledge. *Int J Nurs Terminol Classif*, 4(2), 50-55.

Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G.R. & Olson, J. (2003). *Psicología social*. Madrid: Paraninfo.

World Health Organization. (2003). *Quality and accreditation in health care services. A global review*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf

Young, K. & Germani, G. (1967). Orígenes y significado de las actitudes. En Young, K. & Flügel, J.C. (Ed.), *Psicología de las actitudes* (pp. 30-33). República Argentina. Paidós.

Anexo 1 Certificado de aprobación del Comitè Ètic d'Investigació Clínica.



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 17/12/2014, ha avaluat el projecte **Actitud de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero: Una aproximación cuanti-cualitativa** amb el codi **P14/094** presentat per l'investigador/a **Iris Lumillo Gutierrez**.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 08/01/2015

Anexo 2 Carta de invitación a participar en el estudio

Solicitamos su colaboración para un proyecto de investigación sobre la actitud de los enfermeras/os frente al diagnóstico enfermero. Éste pretende explorar la actitud ante el diagnóstico enfermero en relación con otros factores profesionales. Necesitamos que responda a algunas preguntas sobre usted y su carrera profesional para completar el estudio. Recuerde que sus respuestas y participación son completamente anónimas. La información recogida sólo será utilizada para los propósitos de este estudio. Rogamos que sea lo más sincero posible en sus respuestas.

Éste es el vínculo para la encuesta:

https://www.surveymonkey.com/s.aspx?sm=z6K_2bTN1L3KmZ05OUeWfuYQ_3d_3d

Este vínculo está relacionado con esta encuesta y con su dirección de correo electrónico en forma exclusiva. No reenvíe este mensaje.

Agradecemos su participación.

Actitud de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero

Presentación

Estimado/a compañero/a,

Estamos realizando una investigación que pretende estudiar la actitud de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero. Su participación implica únicamente responder un cuestionario con preguntas sobre su actitud hacia el diagnóstico enfermero, el nivel de contacto que tiene con el mismo y las características con su entorno de trabajo.

Si tiene a bien participar, le pedimos que responda a las preguntas que se le proponen a continuación. No existen respuestas correctas o incorrectas, la mejor respuesta es aquella que describe mejor lo que usted piensa o hace. El tiempo aproximado para la cumplimentación es de 15 minutos.

Su participación es anónima y los datos que aporte serán tratados de manera confidencial. Toda la información recogida será utilizada únicamente para fines de investigación y será tratada siguiendo la normativa vigente en materia de protección de datos, según establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999.

Debido a cuestiones relacionadas con la ética de la investigación, necesitamos que antes de responder el cuestionario lea el consentimiento informado y en su caso, acepte la participación en el proyecto.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto y su participación en el mismo puede consultarla dirigiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: irislumillo@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración.

Iris Lumillo Gutiérrez (investigadora principal) en nombre del equipo investigador

Anexo 3 Consentimiento informado

Declaro que:

- He sido informado de los objetivos de este proyecto.
- He tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el proyecto.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el proyecto.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del proyecto.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mí de ningún modo.

* 1. Estoy de acuerdo con lo anterior y muestro mi conformidad en participar en el estudio:

Actitud de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero

Consentimiento informado

Declaro que:

- He sido informado de los objetivos de este proyecto.
- He tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el proyecto.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el proyecto.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del proyecto.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mí de ningún modo.

* 1. Estoy de acuerdo con lo anterior y muestro mi conformidad en participar en el estudio:

Sí

Ant.

Sig.

Anexo 4 Carta de solicitud de participación en posttest.

Estimado/a compañero/a:

Hace unos días solicitamos su colaboración para un proyecto de investigación sobre la actitud de los enfermeros/as ante el diagnóstico enfermero. Nos ponemos de nuevo en contacto con usted ya que, amablemente, accedió a participar en futuras fases de este proyecto.

Su colaboración, en esta ocasión, consiste en cumplimentar de nuevo parte del mismo cuestionario de la ocasión anterior. Esto nos ayudará a evaluar la estabilidad en las respuestas a dos de los instrumentos utilizados. Únicamente le llevará aproximadamente CINCO MINUTOS. Para acceder a la encuesta haga clic en el botón de abajo.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto y su participación en el mismo puede consultarla dirigiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: irislumillo@gmail.com

Muchas gracias de nuevo por su colaboración.

Iris Lumillo Gutiérrez (investigadora principal) en nombre del equipo investigador

Actitud de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero Posttest

Presentación

Estimado/a compañero/a:

Hace unos días solicitamos su colaboración para un proyecto de investigación sobre la actitud de los enfermeros/as ante el diagnóstico enfermero. Nos ponemos de nuevo en contacto con usted ya que, amablemente, accedió a participar en futuras fases de este proyecto.

Su colaboración, en esta ocasión, consiste en cumplimentar de nuevo parte del mismo cuestionario de la ocasión anterior. Esto nos ayudará a evaluar la estabilidad en las respuestas a dos de los instrumentos utilizados. Únicamente le llevará aproximadamente CINCO MINUTOS.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto y su participación en el mismo puede consultarla dirigiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: irislumillo@gmail.com

Muchas gracias de nuevo por su colaboración.

Iris Lumillo Gutiérrez (investigadora principal) en nombre del equipo investigador

Sig.

.Anexo 5 Presentación de comunicación científica de los resultados de la Fase 2 en las XI Jornadas AENTDE.

Título: Influencia de las características de las enfermeras y su entorno de práctica en el diagnóstico enfermero en el ámbito de atención primaria.

Tipo: Ponente en mesa redonda

Evento: XI Jornadas de Trabajo AENTDE de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) “Veinte años impulsando los lenguajes enfermeros”

Lugar y fecha de celebración: Madrid, 6 de mayo de 2016.

La presente comunicación forma parte del estudio B.

Referencia:

Lumillo- Gutiérrez, I. (2016). Influencia de las características enfermeras y su entorno de práctica en el diagnóstico enfermero en el ámbito de atención primaria. En Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). XI Jornadas de trabajo AENTDE “Veinte años impulsando los lenguajes enfermeros”. (pp. 28-32). Madrid: Autor

INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMERAS Y SU ENTORNO DE PRÁCTICA EN EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autora

Iris Lumillo Gutiérrez

Introducción

Cada vez existe más evidencia del impacto del uso del proceso enfermero y especialmente del diagnóstico enfermero (DE) en la salud de la población. Son diversas las investigaciones que relacionan el uso del diagnóstico enfermero con la mejora del manejo clínico y adherencia terapéutica en problemas de salud crónicos. Incluso, se ha asociado con menores gastos farmacéuticos y mayores coberturas de salud.

Paralelamente, el diagnóstico enfermero fomenta el desarrollo del pensamiento crítico enfermero, así como la calidad de la documentación clínica, lo cual contribuye a la mejora de la comunicación entre enfermeras, favoreciendo la visibilidad de las intervenciones y la continuidad del cuidado. Esto permite la medición correcta de la calidad de la atención y realizar una evaluación coste-efectiva de los cuidados.

A pesar de ello, la utilización del diagnóstico enfermero es deficiente en muchos países. Son muchos los factores que se relacionan con la implantación y consolidación del diagnóstico enfermero como la falta de formación, la baja motivación laboral, la excesiva carga de trabajo, y la persistencia de sistemas de trabajo tradicionales en los que la labor de las enfermeras se centra en las tareas colaborativas con otros profesionales, con escaso desarrollo del rol independiente. Pero de forma subyacente a todos ellos destacan la actitud hacia el diagnóstico, considerándose una actitud más o menos favorable un importante factor predictor del uso del diagnóstico.

En un estudio en el que se analizan las características de las enfermeras y su actitud hacia el diagnóstico, se concluye que tienen una actitud más positiva las enfermeras que tienen más formación en materia de diagnóstico, un mayor grado de contacto con éste o trabajan en puestos de gestión. Sin embargo, en este estudio no se pudo establecer una relación causa-efecto entre actitudes y uso, y algunos aspectos estudiados inducen a pensar que pueden existir otros factores externos a la enfermera no estudiados, como son los entornos de práctica.

En otros estudios se analiza la influencia de los entornos de práctica en relación al grado de participación de las enfermeras en la gestión del centro, la utilización de modelos teóricos de cuidados, o las cargas de trabajo como determinantes en los registros de cuidados, la calidad de la atención, y los resultados en salud de los pacientes.

Por ello, las políticas de las instituciones, como la implementación de taxonomías enfermeras, formación en metodología enfermera, disminución de cargas de trabajo, podrían ser un factor determinante en la utilización y registro del diagnóstico enfermero. Por lo que el objetivo de este estudio fue evaluar el perfil de las enfermeras, incluyendo aspectos sociodemográficos y profesionales, y el entorno de la práctica, en su actitud hacia el diagnóstico y su utilización en un contexto de atención primaria de salud.

Métodos

Se llevó a cabo un diseño transversal mediante encuesta en formato electrónico. La muestra fue de conveniencia en enfermeras que trabajen en atención primaria, a través de las direcciones de enfermería del ámbito de Atención Primaria de Cataluña.

Las variables fueron:

- Demográficas: edad, género y datos profesionales (años de experiencia como enfermera, campo de trabajo, formación posgrado)
- Autoevaluación sobre el uso que realizan del diagnóstico enfermero, utilizando una escala likert de 5 puntos donde 1 refiere a nunca y 5 a siempre.
- Actitudes de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero, mediante la Escala de Posicionamiento hacia el Diagnóstico Enfermero (EPADE). Se trata de una escala de 20 ítems que mide el diferencial semántico desarrollado por Lunney y Krenz. Cada ítem consiste en un par de adjetivos opuestos bipolares, que representan las propiedades polares del DE, separadas por una línea de 7 puntos, en la que se solicita al participante colocar una marca donde en el punto que represente más su sentimiento sobre el concepto. Las puntuaciones van en un rango de 20 a 140 puntos, siendo las más altas las que representan una mejor actitud.
- Entornos de práctica enfermera mediante Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). Los entornos de práctica se definen como las características de la organización en un entorno de trabajo que facilitan o limitan la práctica enfermera. El instrumento está compuesto por cinco subescalas: 1) Participación de las enfermeras en los asuntos del centro; 2) Fundamentos de la atención enfermera; 3) Capacidad de las direcciones enfermeras en cuanto a la capacidad, liderazgo y apoyo; 4) Recursos adecuados de persona y 5) Relaciones entre enfermeras y médicos. Las encuestadas han de evaluar el grado que están de acuerdo con el atributo de la organización, en una escala de 4 puntos donde 1 se refiere a "totalmente en desacuerdo" y 4 a "totalmente de acuerdo".

La recopilación de datos se llevó a cabo mediante encuesta en formato electrónico. Las direcciones enfermeras de todos los ámbitos de Atención Primaria de Cataluña enviaron por correo electrónico a todas las enfermeras bajo una carta de presentación del estudio, invitándolas a participar voluntariamente en este estudio. Se eliminaron todos los datos incompletos o incorrectos. Los datos fueron recogidos de junio a septiembre de 2015.

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de investigación clínica correspondiente al área donde se llevó a cabo el estudio. Se garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos. Cada participante leyó un formulario de consentimiento informado y mostró su conformidad y voluntad de participar haciendo clic en un cuadro de confirmación antes de acceder a la encuesta.

Resultados

Descripción de la muestra

Doscientas treinta y nueve enfermeras cumplieron la encuesta correctamente, formando la muestra final. La mayoría de las participantes fueron mujeres (88,70%) con una edad media de 40,42 años (DE: 10,21). Alrededor del 15% de las participantes

PONENCIAS

trabajaron en el campo de la administración y otros servicios de apoyo, siendo así el campo asistencial el más frecuente en la muestra. El promedio de experiencia como enfermera fue 22,31 años (DE: 10,50). La gran mayoría de la muestra tenía algún tipo de formación de postgrado (90,80%).

Selección y validación de clústeres

Antes de evaluar la asociación entre las variables estudiadas y el diagnóstico enfermero, las participantes fueron clasificadas en dos grupos de clúster en función de la actitud (negativa, neutra o positiva), y en función de su utilización (perfiles similares de nivel de uso).

Cada una de las agrupaciones enfermeras fue: actitud negativa (n = 32); neutra (n = 122) y positiva (n = 85). La clasificación de la muestra en función de la auto-evaluación de la frecuencia de uso del DE determinó 3 grupos compuestos por las participantes que marcaron un bajo uso (n = 46), un uso medio (n = 70) y uso elevado (n = 123) del diagnóstico enfermero.

Influencia de las características de las enfermeras en el diagnóstico enfermero.

Al analizar la influencia de las características de las enfermeras en la actitud hacia el diagnóstico enfermero, no se obtuvieron resultados significativos para ninguna de las variables demográficas a excepción de la edad, (p = 0,014) que se asoció con la utilización del DE, evidenciando que cuanto más edad presentaban las enfermeras, mayor fue el uso del DE. Sólo la variable profesional de campo de trabajo, se asoció significativamente con la actitud hacia el diagnóstico (p = 0,031). Además, las enfermeras involucradas en la gestión presentaron mejores actitudes que las que trabajaban en el campo asistencial.

En cuanto a la utilización del diagnóstico, se encontró asociación con la experiencia como enfermera (p = 0,035), las enfermeras con más experiencia presentaron mayores niveles de uso.

Influencia del entorno de la práctica en el diagnóstico de enfermería.

Los análisis realizados evidenciaron que aquellas enfermeras que alcanzaron puntuaciones globales más altas en PSE-NWI, pertenecían a grupos con una actitud más positiva (p = <0,001) y una mayor tasa de utilización del DE (p = 0,034), con diferencias significativas entre los grupos.

Se encontraron resultados similares para las subescalas del PES-NWI "participación de la enfermera en los asuntos de centro" y "fundamentos enfermeros para la calidad de la atención" para los dos grupos de actitud y de utilización. Además, la subescala de "capacidad, el liderazgo y el apoyo de las direcciones enfermeras" también fue significativamente, una asociación positiva con la actitud hacia el DE, pero no para su utilización. Puntuajes logrados en "Dotación de personal y recursos adecuación" y "subescalas colegiados relaciones enfermera-médico" no fueron significativamente diferentes entre los grupos.

Discusión

Los resultados de este estudio, en consonancia con otros, apoyan a la afirmación sobre la fuerte relación entre la actitud de las enfermeras y el nivel de uso del diagnóstico. Pero a pesar de esta afirmación, pueden existir otros factores que condicionen esta actitud y uso que se realiza del diagnóstico enfermero.

Los factores sociodemográficos de las enfermeras hasta ahora no se habían relacionado con la actitud y uso del diagnóstico, pero en este estudio sí se ha

PONENCIAS

evidenciado. Las enfermeras con más edad y experiencia profesional, presentan mejores niveles de uso del diagnóstico, pero no se ha obtenido esta afirmación con la actitud hacia el diagnóstico. Esto puede tener una explicación, y es que las enfermeras que tienen más experiencia, probablemente tengan contratos laborales más permanentes que las enfermeras con menos edad. Este suceso puede deberse a un factor de la organización, ya que la presencia de una política financiera de pago basada en el rendimiento en las instituciones en las que se llevó a cabo el estudio, premia el uso del DE. Estos pagos financieros sólo se hacen para el personal que trabaja en puestos permanentes, ocupadas principalmente por enfermeras con experiencia, mientras que las enfermeras jóvenes ocupan puestos de trabajo, principalmente temporales. Este incentivo podría ser una razón por la cual las enfermeras con más experiencia utilizan regularmente el DE, a diferencia de los más jóvenes, pero no mejoró la actitud. Y es que los investigadores en los sistemas de recompensas en las organizaciones, defienden que los incentivos no alteran las actitudes que subyacen a los comportamientos y no crean un compromiso permanente de cualquier acción, sino un cambio transitorio en el comportamiento.

El campo de trabajo es otra variable profesional que vale la pena comentar. Como se ha señalado, esta variable se relaciona con la actitud, y ha mostrado que los gestores de enfermería tenían una actitud más positiva que los que realizan tareas de atención asistencial. Esto va en consonancia con otros estudios, en los cuales se argumenta que la conciencia de los directivos españoles respecto a los beneficios de la utilización del DE, en la práctica podría estar relacionada con este hallazgo. De hecho, los gerentes de enfermería fueron los responsables del desarrollo de estrategias para la implementación del diagnóstico y proceso enfermero en el contexto español.

A pesar de que anteriormente ha sido examinada la influencia de los factores organizativos e institucionales específicas sobre la utilización del DE como por ejemplo las cargas administrativas, implantación de la historia clínica electrónica, programas educativos o las reglas de competencias enfermeras, no hay estudios que evalúan cómo han encontrado la percepción de la influencia de los entornos de práctica enfermera en el diagnóstico enfermero. Los resultados de este estudio apoyan que la utilización del DE y la actitud es igualmente influenciados por los entornos. Por lo tanto, la actitud y la utilización del DE podrían ser incluidos como otra de las variables organizativas que se encontraron asociados con los entornos de práctica. Esta asociación podría explicarse debido a un mayor control sobre la práctica enfermera y las decisiones sobre la atención al paciente es una característica principal de entornos favorables de la práctica profesional. El diagnóstico enfermero es un marco de la práctica de los cuidados de enfermería, lo que facilita la conceptualización del dominio en enfermería, por tanto, el aumento de la rendición de cuentas y autonomía profesional de las enfermeras.

El estudio de Mensik et al., sostuvo que la incorporación de un marco enfermero en la práctica clínica demuestra que la organización ha adoptado la enfermería como profesión y facilita el desarrollo profesional. Este hecho es apoyado por la asociación encontrada en este estudio entre actitud y uso del DE con la subescala de PES-NWI "participación en los asuntos del centro", que representa el papel participativo de las enfermeras y su valoración por el centro. Esto supone que la organización de la atención en torno al DE, como marco de la práctica, sería mejor aceptado en instituciones donde la contribución de las enfermeras es bien reconocida.

PONENCIAS

Se ha encontrado una asociación idéntica a lo expuesto anteriormente en la subescala "fundamentos para la calidad de la atención", lo que representa un modelo de atención enfermero. El proceso enfermero, se ha sugerido como método apropiado para aplicar la atención enfermera, sus bases científicas, tecnologías, y los supuestos humanistas, fomentan el pensamiento crítico y califican la atención de enfermería. La relación entre las características del proceso enfermero y el constructo representado por la subescala de "fundamentos para la calidad de la atención" podría ser una razón por la cual las instituciones donde se construyó una base sólida de atención de calidad, el diagnóstico enfermero es mejor aceptado y utilizado en el contexto de proceso de enfermería.

Otra asociación con la escala de entornos de práctica, ha sido la subescala de "capacidad, liderazgo y apoyo de las direcciones" y las actitudes hacia el diagnóstico. No obstante no se obtuvo relación con el nivel de uso. Para dar una explicación a este hecho, se han encontrado resultados similares en un estudio en el que se evaluó la percepción de las enfermeras hacia la documentación según el tipo de gestión en el centro en el ámbito de atención primaria. Este estudio puso en evidencia que los gestores con un enfoque más enfermero podría dar lugar a una percepción más positiva de la documentación pero no al rendimiento de la documentación. El diagnóstico enfermero y la documentación son conceptos relacionados, ya que se considera un elemento fundamental de los registros enfermeros, además, pueden ser útiles para estimular las enfermeras a estructurar sus informes.

Los factores "relación enfermeras y médicos" no se han visto asociados con ninguno de los dos aspectos del diagnóstico estudiados. Esto podría explicarse porque el diagnóstico enfermero representa una competencia independiente de la enfermera, ya que llevan a intervenciones enfermeras independientes. Y por último, la subescala "adecuación de los recursos" tampoco mostró tener una asociación significativa, aunque estudios anteriores sí demostraron la carga de trabajo como factor relacionado con el registro y uso del diagnóstico enfermero. Por este motivo, es necesario que futuras investigaciones evalúen más que la carga de trabajo, el impacto real de esta carga en el diagnóstico enfermero.

PONENCIAS

Anexo 6 Carta al director publicada en la Revista ENE Enfermería

Tipo: Carta al director

Título: Influencia de los entornos de práctica en la actitud hacia diagnóstico enfermero y su utilización.

Revista: ENE Enfermería

Año: 2017

Referencia: Lumillo Gutiérrez, I. Fabrellas Padrés, N. Brito Brito, PR. Romero Sánchez, JM. INFLUENCIA DE LOS ENTORNOS DE PRÁCTICA EN LA ACTITUD HACIA EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y SU UTILIZACIÓN. ENE, Revista de Enfermería. v. 11, n. 1, abr 2017. ISSN 1988 348X. Disponible en <http://eneenfermeria.org/ojs>

INFLUENCIA DE LOS ENTORNOS DE PRÁCTICA EN LA ACTITUD HACIA EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y SU UTILIZACIÓN

Iris Lumillo Gutiérrez (1), Núria Fabrellas Padrés (2), Pedro Ruymán Brito Brito (3), José Manuel Romero Sánchez (4)

(1) RN, PhD. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Programa doctorado en Ciències Infermeres.

(2) PhD, BA(hons), BSc, RN. Profesora Titular de Universidad. Universitat de Barcelona IDIBELL

(3) PhD, MSc, RN. Enfermero Consultor. Gerencia de Atención Primaria. Tenerife. Servicio Canario de la Salud.

(4) PhD, MScN, RN. Enfermero. Grupo de Investigación PAIDI - CTS 1019. Universidad de Cádiz. Servicio de Prevención Mancomunado. Airbus Group.

Lumillo Gutiérrez, I. Fabrellas Padrés, N. Brito Brito, PR. Romero Sánchez, JM. **INFLUENCIA DE LOS ENTORNOS DE PRÁCTICA EN LA ACTITUD HACIA EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y SU UTILIZACIÓN.** ENE, Revista de Enfermería. v. 11, n. 1, abr 2017. ISSN 1988 - 348X. Disponible en <http://ene-enfermeria.org/ojs>

Sr. director:

Cada vez existe más evidencia del impacto del uso del diagnóstico enfermero en la salud de la población. Múltiples investigaciones recientes asocian el uso del diagnóstico enfermero, enmarcado en el proceso enfermero, con la mejora del manejo clínico y adherencia terapéutica en problemas de salud crónicos (Rojas - Sánchez et al., 2009; Cárdenas et al., 2012; Pérez - Rivas et al., 2016). Incluso, se ha relacionado con menores gastos farmacéuticos y mayores coberturas de salud (Pérez - Rivas et al., 2016). Asimismo, los resultados de investigaciones defienden que también tiene beneficios para las propias enfermeras, como por ejemplo, el desarrollo del pensamiento crítico (Lunney, 2011), y para la disciplina y la profesión, ya que mejora la calidad de la documentación clínica (Müller, 2009). Esto permite incrementar la visibilidad de las intervenciones (Rutherford, 2008), realizar una medición adecuada de la calidad de los cuidados y una evaluación costo - efectiva de los mismos (Müller, 2009).

A pesar de los beneficios anteriormente reseñados, el uso del diagnóstico enfermero sigue siendo irregular entre países (Izquierdo et al., 2002; Thoroddsen, Saranto, Ehrenberg & Seremus et al., 2009; Schwiran & Thede, 2011). Muchos han sido los factores que tradicionalmente se han relacionado con ello, como la formación, las cargas de trabajo (Trigueros, San - Martín, Ballesteros & López, 2003; Raña - Lama, Pita - Vizoso, Conceiro - Rúa, Fernández - Fraga & García - Martínez, 2004) y la persistencia de sistemas de trabajo tradicionales en los que la labor de las enfermeras se centra en las tareas colaborativas con otros profesionales, con escaso desarrollo del rol independiente (Martínez - Marcos et al., 1996). En la última década se ha prestado

mayor atención a nuevos posibles condicionantes de su uso para las propias enfermeras, como puede ser la actitud que éstas presenten hacia el diagnóstico enfermero (Cruz, Hayashi, Oliva & Correa, 2006; Halverson et al., 2011; Romero - Sánchez et al., 2013; D'Agostino et al., 2016). Clásicamente, las actitudes se han estudiado como predictores de la conducta. De hecho, si consideramos como conducta el uso del diagnóstico enfermero, las investigaciones defienden que las enfermeras que tienen una actitud más positiva hacia el diagnóstico enfermero lo utilizan en mayor grado que aquellas que presentan perfiles de actitudes negativos (Romero - Sánchez et al., 2014a; D'Agostino et al., 2016). Esta relación, avalada por las teorías psicológicas como la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen, 1993), no es perfecta, ya que una actitud no conlleva siempre la realización de una conducta, debido a que existen otras variables que pueden incidir en el proceso en el que una conducta es llevada a cabo. De hecho, se ha determinado que factores como la formación sobre el tema (Collins, 2013; Romero - Sánchez et al., 2014a; D'Agostino et al., 2016) y/o el ámbito de actividad, en el caso de nuestro país, (Romero - Sánchez et al., 2014a) inciden en que la actitud de la enfermera sea más o menos positiva. Sin embargo, más allá de la actitud hacia el diagnóstico

Lumillo Gutiérrez

C., Abánades - Herranz, J.C., Arnal - Selfa, R. & López - Andrés, A. (2012). Effectiveness of Standardized Nursing Care Plans in Health Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Two - Year Prospective Follow - Up Study. *PLOS*, 7(8), e43870. doi: 10.1016/j.aprim.2014.05.014.

Collins, A. (2013). Effect of Continuing Nursing Education on Nurses' Attitudes Toward and Accuracy of Nursing Diagnosis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3), 122 - 128. doi: 10.1111/j.2047 - 3095.2013.01237.x.

Cruz, D.A.L.M., Hayashi, A.P.M., Oliva, A.P.V. & Correa, C.G. (2006). Adaptação e validação do instrumento 'Positions on nursing diagnosis' para a língua portuguesa (Adaptation and validation of the 'Positions on nursing diagnosis' into Portuguese language). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 163-167.

D'Agostino, F., Vellone, E., Cerro, E., Di - Sarra, L., Juárez - Vela, R., Ghezzi, V., Zega, M. & Alvaro, R. (2016). Psychometric evaluation of the Positions on Nursing Diagnosis scale. *Applied Nursing Research*, 29, e1 - 6. doi: 10.1016/j.apnr.2015.03.012.

Halverson, E.L., Beetcher, E.L., Scherb, E.A., Olsen, G., Frost, M. & Orth, K. (2011). Minnesota nurses' perceptions of nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 22(3), 123-131. doi: 10.1111/j.1744 - 618X.2011.01180.x.

Izquierdo, J.M., Pérez, M.B., Ramírez, F.J., Serrano, I., Torres, M.D. & Conde, G. (2002). Implantación del proceso enfermero. *Rev Rol Enf*, 25(7 - 8), 488.

Lake, E.T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health* 25, 176 - 188.

Lumillo - Gutiérrez, I. (2016, Mayo). Influencia de las características de las enfermeras y su entorno de práctica en el diagnóstico enfermero en el ámbito de atención primaria. Ponencia presentada en la XI Jornada de trabajo AENTDE. "20 años impulsando los Lenguajes Enfermeros" de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomías y Diagnósticos de Enfermería, Madrid, España.

Lunney, M. (2011). Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería. Barcelona: Elsevier España.

Martínez - Marcos, M., Custey - Male, M.A., Francisco - Casado, M.A., Ferrer - Arnedo, C., Flores - Boixader, E., Arcalá - García, M.J. & Vaqué - Hergueta, R.M. (1996). Razones para la utilización de los diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica*, 6(4), 179 - 180.

Müller - Staub, M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(1), 9 - 15. doi: 10.1111/j.1744 - 618X.2008.01108.x.

Pérez - Rivas, F.J., Martín - Iglesias, S., Pacheco - Del - Cerro, J.L., Minguet - Arenas, C., García - López M. & Beamud - Lagos, M. (2016). Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(1), 43 - 18. doi: 10.1111/2047 - 3095.12073.

Raña - Lama, C.D., Pita - Vizoso, R., Conceiro - Rúa, A., Fernández - Fraga, I. & García - Martínez, C.M. (2004). Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. *Enfermería Clínica*, 14(2), 77 - 82.

Rojas - Sánchez, O.A., Rueda - Díaz, L.J., Vesga - Gualdrón, L.M., Orozco - Vargas, L.C., Forero - Bulla, C.M. & Camargo - Figueroa, F.A. (2009). Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico "manejo inefectivo del régimen terapéutico". *Enfermería Clínica*, 19(6), 299 - 305.

Romero - Sánchez, J.M., Paramio - Cuevas, J.C., Paloma - Castro, O., Pastor - Montero, S.M., O'Ferrall - González, C., Gabaldón - Bravo, C.,... & Frandsen, A.J. (2013). The Spanish version of the Position on Nursing Diagnosis scale: cross - cultural adaptation and psychometric assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2759 - 2771. doi: 10.1111/jan.12128.

Romero - Sánchez, J.M., Paloma - Castro, O., Dueñas - Rodríguez, M., Paramio - Cuevas, J.C., Pastor - Montero, S.M., Frandsen, A.J.,... & Castro - Yuste, C. (2014). The relationship between characteristics of nurses and their attitude towards nursing diagnosis: a cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17 - 18), 2681 - 4. doi: 10.1111/jocn.12325.

Romero - Sánchez, J.M., Paloma - Castro, O., Brito - Brito, P.R., Paramio - Cuevas, J.C., De - Armas - Felipe, J.M., Frandsen, A.J.,... & De - la - Rosa - Merino, H. (2014, Septiembre). The influence of practice environments on nursing diagnosis: a cluster analysis. Comunicación presentada al congreso International Conference on Nursing

Knowledge. The Catholic University of Portugal, Porto, Portugal.

Rutherford, M.A. (2008). Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice?. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1). doi: 10.3912/OJIN.Vol13No01PPT05.

Schwiran, P.M. & Thede, L.Q. (2011). Informatics: The standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' Experiences and Attitudes - Survey I. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 12. doi: 10.3912/OJIN.Vol20No01InfoCol01.

Thoroddsen, A., Saranto, K., Ehrenberg, A. & Seremus, W. (2009). Models, Standards and Structures of Nursing Documentation in European countries. *Connecting Health and Humans*, 146, 327 - 331. doi: 10.3233/978 - 1 - 60750 - 024 - 7 - 327.

Trigueros, A., San Martín, M., Ballesteros, A.M. & López, P. (2003). Situación actual de los Diagnósticos de Enfermería en el área de Salud de Atención Primaria de Palencia. *Revista Metas Enfermería*, 6(53), 6 - 10.

Wang, S. & Liu, Y. (2015). Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling. *Journal of Nursing Management*, 23, 287 - 296. doi: 10.1111/jonm.12124.

Warshawsky N.E. & Havens D.S. (2011). Global Use of Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research* 60(1), 17 - 31. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181ffa79c.

Listado de tablas, figuras y gráficos

Tablas

Tabla 1 Definiciones más relevantes de diagnóstico enfermero

Tabla 2 Principales características del proceso enfermero

Tabla 3 Principales definiciones de actitudes

Tabla 4 Asociaciones entre la escala PES-NWI y otras variables profesionales y de salud.

Tabla 5 Descripción de las características de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica

Tabla 6 Descripción de las características de la muestra y comparación entre actitud hacia el diagnóstico y el nivel de uso

Tabla 7 Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio en las escalas de creencias

Tabla 8 Representación de los criterios internos y de la suma de errores de cuadrados en las dos poblaciones de conglomerados.

Figuras

Figura 1 Teoría de la Acción Razonada de Fishbein & Ajzen (1975)

Figura 2 Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen (1991)

Figura 3 Creencias normativas, conductuales, y de control de la Teoría de la Conducta Planificada

Figura 4 Diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fases de la revisión bibliográfica de la Fase 1

Figura 5 Representación gráfica de las variables e instrumentos de la Fase 2

Figura 5.1 Escala Position on Nursing Diagnosis Spanish Version (PND-SV)

Figura 5.2 Escala del Entorno de Práctica Enfermera del Nursing Work Index

Figura 5.3 Escala TPB Nursing Diagnosis

Figura 6 Selección e identificación de los conglomerados

Gráficos

Gráfico 1 Distribución de la muestra según género

Gráfico 2 Diferencias de conglomerados entre actitud hacia el diagnóstico enfermero y el nivel de uso

Gráfico 3 Relación de las puntuaciones entre la escala de actitud (PND-SV) y entorno (PES-NWI) con los grupos de nivel de uso.

Gráfico 4 Relación entre las puntuaciones de la subescala “Participación de las enfermeras en los asuntos del centro” y los grupos de uso y actitud hacia el diagnóstico enfermero.

Gráfico 5 Relación entre las puntuaciones de la subescala “Fundamento enfermero para la calidad de la atención” y los grupos de uso y actitud hacia el diagnóstico enfermero.

Gráfico 6 Representación gráfica de la suma de errores de cuadrados y su incremento para las soluciones de agrupamiento en las dos muestras de población después del método de Ward.

Gráfico 7 Diferencias de agrupaciones dentro de las dos poblaciones.

