ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Autoras:

Mª Ángeles Fernández Labrada
Montserrat Giménez Murugarren
Marina Ribas Giménez

2 4 DES. 2004
ÍNDICE

1 INTRODUCCION........................................................................................................5

2 FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA .................................................................7
   2.1 Tendencia naturalista ..................................................................................10
   2.2 Tendencias de interrelación .......................................................................10
   2.3 Tendencias de suplencia o ayuda ...............................................................12

3 ROL DE ENFERMERIA ....................................................................................15
   3.1 Rol autónomo ..............................................................................................16
   3.2 Rol de colaboración .....................................................................................16

4 ¿QUÉ ES LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA? ........................................18

5 COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA ...............................................................20
   5.1 Definición de competencia .........................................................................20
   5.2 Desarrollo ...................................................................................................22

6 ETICA Y ENFERMERÍA ................................................................................31
   6.1 Código de Ética (CODIBA) .........................................................................32
      6.1.1 El profesional de enfermería y el ejercicio de la profesión .................32
6.1.2 El profesional de enfermería y colegas – Equipo multidisciplinar

6.2 Código Deontológico (CIE)

6.2.1 La enfermera y la práctica

6.2.2 La enfermería y la profesión

7 CONSIDERACIONES LEGALES DE LA PROFESIÓN

7.1 Responsabilidad sobre las actuaciones propias

7.2 Normativa de la historia clínica de l'Hospital de l'Esperit Sant

8 FILOSOFIA Y OBJETIVOS DE ENFERMERIA DE L' HOSPITAL DE L' ESPIRIT SANT

8.1 Filosofía del Departamento

8.2 Objetivos del Departamento

9 EVOLUCION DE LOS PLANES DE CUIDADOS EN EL HOSPITAL DE L'ESPERIT SANT

10 INDICADORES DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA

11 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

12 DISEÑO DEL ESTUDIO EMPÍRICO

13 ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

13.1 Análisis descriptivo

13.2 Análisis inferencial

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
14 LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN .......................................................... 116

15 CONCLUSIONES .................................................................................. 117

15.1 Formación: ..................................................................................... 117

15.2 Entorno laboral ............................................................................... 118

15.3 Herramientas .................................................................................. 119

16 PROPUESTAS DE LA INVESTIGACIÓN ........................................... 120

16.1 Formación universitaria ................................................................. 120

16.2 Compromiso laboral ..................................................................... 120

16.3 Herramientas .................................................................................. 121

17 LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS ....................................... 123

18 BIBLIOGRAFIA .................................................................................. 124
En 1992 la Dirección de Enfermería del Hospital de l’Esperit Sant adoptó el modelo conceptual de Virginia Henderson como base de su filosofía para la práctica de cuidados de Enfermería. Globalizando el cuidado se resumiría en la asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Las actividades que propone el modelo ayudan al paciente a independizarse lo más rápidamente posible.

En base a este modelo se inició la formación del personal de enfermería para trabajar con planes de cuidados. En primer lugar se diseñó la hoja de recogida de datos y se desarrolló todo el proceso culminando con la evaluación de los cuidados, utilizando el soporte papel.

En abril de 1997, la Dirección de enfermería incorporó el programa informático G.A.C.E.L.A. (Gestión Asistencial Cuidados de Enfermería Línea Abierta). Este programa permite la posibilidad de construir planes de cuidados en tres modalidades diferentes a elegir por el profesional de enfermería, éstos son:

- Individualizados: planes orientados por necesidades alteradas en base al modelo conceptual de Virginia Henderson.
- Estandarizados: planes orientados por situación específica o procedimiento terapéutico.
Cuidados directos: sólo planifican actividades de enfermería

Cualquiera que sea la modalidad escogida de plan de cuidados, éste se realiza siempre sobre la base de la valoración de enfermería que se efectúa en el momento del ingreso del paciente.

Desde el año 2000 hemos percibido un desinterés creciente por parte del personal de enfermería en cuanto a esta metodología de trabajo. A pesar de tener la formación en planes de cuidados y del soporte informático que facilita el registro del desarrollo del plan, no hay un seguimiento de los planes cualquiera que sea la modalidad. Actualmente sólo se mantiene activa la primera fase del proceso de cuidados, es decir: la recogida de datos y valoración del paciente.

Por otro lado, la dinámica sanitaria actual fomenta la pronta reinserción de las personas hospitalizadas a su medio habitual. Con esta nueva organización sanitaria la enfermería soporta una alta presión asistencial y las consecuencias de un elevado índice de rotación de pacientes.

Por todo lo anterior expuesto, nos gustaría investigar las causas que han llevado al desinterés de la enfermería de nuestro hospital para registrar el rol autónomo mediante el proceso de cuidados como metodología de trabajo habitual. Para ello analizaremos el periodo comprendido desde la implantación de planes de cuidados (1992) hasta el cambio organizativo que supuso la sustitución de la Dirección de Enfermería por una Dirección Asistencial (2000).
Para poder entender la naturaleza de los cuidados que realiza la enfermera, analizaremos los fundamentos de la profesión, desde su concepto filosófico hasta llegar al modelo conceptual adoptado por nuestro hospital. Esta fundamentación teórica nos proporciona la base de conocimientos para poder llevar a la práctica los cuidados de enfermería.

Para ello definiremos siguientes conceptos:

Las filosofías contribuyen al conocimiento en el campo de la Enfermería mediante directrices que orientan el desarrollo de la disciplina y la formación de una base para la enseñanza profesional, que conduce a nuevos desarrollos teóricos. La filosofía de la enfermería explica el significado de los fenómenos observados a través del análisis, del razonamiento y de la argumentación lógica.

Las filosofías sobre enfermería constituyen los primeros trabajos que precedieron a la época de las teorías y a posteriores estudios de naturaleza filosófica.

Una teoría es un conjunto de definiciones, proposiciones y conceptos que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello relaciones específicas entre ellos a fin de describir, explicar, aclarar, predecir y controlar fenómenos. La Enfermería se ha ido desarrollando y adaptando a lo largo del tiempo como ciencia y como profesión. De esta adaptación se traduce en un cambio el cual ha sido respaldado por teorías que le dan sentido y
metodología, y por una práctica que la hace útil y funcional. La enfermería evoluciona y se redefine continuamente. Es precisamente este hecho el que hace imprescindible unificar los criterios del enfoque profesional y sistematizar la práctica. La función de las teorías es proporcionar conocimientos para mejorar la práctica. Incluye la capacidad de resumir el conocimiento, explicar los fenómenos de interés para el campo científico que aplica la teoría y dotar a este de los medios necesarios para predecir y, por tanto, controlar dichos fenómenos. La teoría constituye la base científica de una disciplina.

Un modelo representa la realidad y su propósito es describirla. Diversos autores han agrupado los modelos tomando como referencia las teorías que les han servido para su elaboración. Así encontramos la siguiente clasificación:

**Modelos de interacción**, se basan en la teoría de la comunicación-interacción de las personas.

**Modelos evolucionistas**, se centran en la teoría del desarrollo o cambio, para explicar los elementos de una situación de Enfermería. Son útiles en cualquier campo de la enfermería relacionado con la edad.

**Modelos de necesidades humanas**, parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de Enfermería.

**Modelos de sistemas**, utilizan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación de enfermería.

Una tendencia en enfermería es una orientación que caracteriza la forma de ordenar los diversos conceptos que se usan para formar un modelo de cuidados.
Los modelos se pueden agrupar en tres tendencias:

1. **Tendencia naturalista**: incluye los conceptos de Florence Nightingale y enfoca los cuidados de Enfermería como facilitadores de la acción que la Naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

2. **Tendencia de interrelación**: incluye los modelos de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Levine. Se utiliza el concepto de relación, bien sea de relaciones interpersonales (enfermera-paciente), como las relaciones del paciente con su ambiente.

3. **Tendencia de suplencia o ayuda**: incluye los modelos de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Se concibe que el rol de la enfermera consiste en llevar a cabo las acciones que el paciente no puede llevar a cabo. Fomenta el autocuidado.

Los elementos que configuran el marco conceptual de la enfermería y que están presentes en todas las teorías o modelos son:

- El concepto de Hombre
- El concepto de Salud
- El concepto de Entorno
- El concepto de Rol profesional o de Enfermería

A estos cuatro elementos se les denomina paradigma enfermero, y basándonos en ellos desarrollaremos las definiciones con las que las autoras definen cada uno de los elementos.

Analizaremos brevemente el contenido global señalando los principios clave, iniciando el orden de descripción a partir de Florence Nightingale que es considerada como la primera teórica en enfermería (tendencia naturalista).
2.1 Tendencia naturalista

FLORENCE NIGHTINGALE

Cuidado: Servicio a la humanidad basado en la observación y la experiencia que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud.

Persona: Enferma o con salud que consta de los componentes: físico, intelectual, emocional, social y espiritual.

Salud: Ausencia de enfermedad y capacidad de utilizar plenamente sus recursos.

Entorno: Factores externos que afectan a la persona y su proceso de salud: aire, agua, luz, calor, limpieza, tranquilidad, dieta adecuada.

Elementos clave: Leyes de vida y de salud. Entorno sano. Condiciones sanitarias.

2.2 Tendencias de interrelación

En la tendencia de interrelación es importante conocer, por sus diferentes matices las definiciones de las cuatro principales autoras que desarrollamos:

HILDEGARDE PEPLAU

Cuidado: Relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución.

Persona: Sistema compuesto de características y de necesidades bioquímicas, fisiológicas y psicológicas; énfasis puesto en necesidades psicológicas.

Salud: Nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el cumplimiento de tareas de desarrollo personal.

Entorno: Grupo de personas significativas con quien la persona interactúa.

Elementos clave: Necesidad de ayuda. Relación interpersonal terapéutica.
CALLISTA ROY

**Cuidado:** Ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del cliente y los factores que influencian su adaptación en los cuatro modos, y a intervenir modificando estos factores (estímulos focales, contextuales y residuales) con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad.

**Salud:** lo define como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; la salud se considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo.

**Persona:** Sistema adaptativo que tiene mecanismos reguladores y cognitivos; ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante que tiene cuatro modos de adaptación: modo fisiológico "autoconcepto", modo "función según los roles" y modo "interdependencia".

**Entorno:** Todas las situaciones, circunstancias e influencias susceptibles de afectar el desarrollo y comportamientos de las personas o grupos.

**Elementos clave:** Mecanismos reguladores y cognitivos. Modos de adaptación. Respuesta de adaptación. Estímulos focales, contextual, residual.

---

MARTHA ROGERS

**Cuidado:** Promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno, centrado en la integralidad de los campos de energía.

**Persona:** Campo de energía unitario y pandimensional caracterizado por los *patterns* y comportamientos en el que el todo no puede ser comprendido a partir del conocimiento de las partes.

**Salud:** Valor y proceso continuo de intercambios energéticos que favorecen la expresión de un máximo potencial de vida.

**Entorno:** Campo de energía pandimensional donde están agrupados y organizados todos los elementos exteriores del campo humano.

**Elementos clave:** Campo de energía. Patterns. Pandimensionalidad. Principios de homeodinámica.

---

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados

Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
MYRA LEVINE

Cuidado: Interacción humana basada en principios científicos dirigida a conservar la energía e integridad mediante los cambios en el entorno y mediante los cuidados individualizados, según las necesidades particulares de las personas, orientados a sostener su adaptación.

Persona: Organismo cambiante en constante interacción con el entorno interno y externo y que busca mantener su integridad.

Salud: La salud y la enfermedad son las estructuras de cambio adaptativo de la integridad.

Entorno: El entorno interno es la psicología de la persona; el externo posee componentes perceptuales, operacionales y conceptuales.

Elementos clave: Conservación de la energía. Adaptación. Integralidad.

Para finalizar este breve repaso por las principales autoras, nos extenderemos más ampliamente en el modelo conceptual de Virginia Henderson ya que en él se basa toda la filosofía de cuidados de enfermería del Hospital de l'Esperit Sant.

2.3 Tendencias de suplencia o ayuda

VIRGINIA HENDERSON

Cuidado: Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede realizar por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de reestablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Persona: Ser biológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Salud: Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las catorce necesidades fundamentales.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados

Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
Entorno: Factores externos que actúan de forma positiva o negativa.

Elementos clave:

Necesidades: Se definen como todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar. Todos los seres humanos tienen las mismas necesidades comunes de satisfacer. Considera catorce necesidades:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar residuos corporales
4. Moverse y mantener una postura convenientemente
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropas adecuadas, ponerse y quitarse la ropa
7. Mantener la temperatura corporal, controlando ropa y ambiente
8. Mantener limpieza e integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros
10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.
11. Profesar su religión
12. Trabajar en alguna actividad que produzca una sensación de rendir provecho
13. Jugar o participar en diversas actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias correspondientes.

Analizando los conocimientos expuestos hasta el momento, creemos que el modelo de Virginia Henderson, es el que mejor combina los elementos clave
por su sencillez, adaptabilidad y flexibilidad, permitiendo su aplicación al medio hospitalario y con ello el desarrollo de la profesión enfermera.
En nuestro Hospital, se adoptó el modelo de Virginia Henderson como base para desarrollar el rol autónomo y de colaboración.

Según L. Riopelle, es vital en todos los campos de la práctica donde trabajan las enfermeras adoptar un modelo y trabajar según una evidencia científica. Es el único medio para que la enfermera pueda reconocerse y ser reconocida, y a su vez le permite individualizar los cuidados y hacerlos más humanos. Sin este acercamiento, ciertas dimensiones de los cuidados ofrecidos a los clientes son olvidadas.

Una de las fuentes de dificultad que encuentra la enfermera para utilizar en la práctica un modelo y una búsqueda sistemática es la falta de habilidades en el “cómo hacerlo” y el “cómo decirlo”.

Desde hace algunos años las enfermeras buscan definir las bases teóricas de la práctica de los cuidados enfermeros. Actualmente los modelos conceptuales de cuidados elaborados por diversos autores americanos, facilitan la autonomía de las enfermeras porque conocen su rol propio.

Para ello la enfermera debe tener una convicción personal y profesional, que tienda hacia la autonomía. Llegado a este punto se hace preciso definir el rol autónomo de la enfermería frente al rol de colaboración que también desarrolla.
3.1 Rol autónomo

"Ser autónomo significa ser independiente, ser distinto, único y libre y presupone la posibilidad de ir hacia la integración y la unidad de uno mismo. En una civilización donde muy frecuentemente todo debe ser explicado claramente para acceder a un cierto poder social, la enfermera vive un periodo de incertidumbre; habitualmente ella es incapaz de definirse profesionalmente. Volviéndose a menudo insegura cara a esta situación, la enfermera no busca ceñirse globalmente a la realidad de su profesión, espera que otros lo hagan, la dirijan, la gobiernen. Ella busca la aprobación y debe adaptarse a las reglas de los demás, sus leyes y sus normas, de esta manera se convierte en una variable dependiente. En el ejercicio real de la profesión, la enfermera asume un "rol esencial" y funciones de colaboración con otros profesionales de la salud." (Riopelle, 1982), (Traducción interpretada por autoras).

Rol esencial: Este rol consiste en suplir aquello que le falta al cliente para ser independiente a causa de una falta de fuerza física, de una falta de motivación o una falta de conocimientos. Así definido, este rol es complejo porque obliga a la enfermera a tomar decisiones autónomas de cara a sus próximas intervenciones. Este rol particular de la enfermera permite la individualización de los cuidados utilizando un plan de cuidados y viviendo una relación interpersonal enfermera-cliente.

3.2 Rol de colaboración

El rol de la enfermera es complementario al de otros miembros del equipo multidisciplinar. La enfermera transcribe por entero las órdenes médicas, convirtiéndose en colaboradora del médico.

Al propio rol, se añade su participación al plan médico. En ese sentido ella ayuda al paciente a seguir las prescripciones médicas. La dosificación de la medicación prescrita es medida cuidadosamente, sin embargo la
administración de la medicación revela su competencia técnica y se inserta dentro de su rol propio. La enfermera cuando ejecuta una orden médica, dirige su actuación sobre el paciente, individuo con catorce necesidades fundamentales y su meta es ayudarle.

Así como el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad revelan la competencia del médico, las intervenciones de suplencia que tienen como meta volver al paciente a su entorno como individuo independiente en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, revelan las decisiones de la enfermera, es decir su competencia profesional.
¿QUÉ ES LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA?

El término profesión, en general, ha evolucionado en el tiempo y su aplicación universal en todos los contextos es difícil. Hoyle (1995) define profesión como:

"...una ocupación de una serie de miembros que poseen un nivel elevado de conocimientos (técnico y especializado) y habilidad. El conocimiento técnico está fundamentado en dos componentes: a) una práctica validada (sistemáticamente examinada por la tradición o por la ciencia), y b) proposiciones que incluyen modelos teóricos y descripciones de indicadores específicos, que guían la aplicación de esta práctica en casos particulares" (en Moral, 1998, 65).

Tras la revisión bibliográfica de las diversas definiciones de la profesión de enfermería, opinamos que la que más se ajusta a nuestro objeto de estudio es la propuesta por el Consejo Asesor de Enfermería.

La enfermería se define y caracteriza por:

- Ser una profesión de servicios, que proporciona cuidados de enfermería aplicando los conocimientos y técnicas específicas de su disciplina. Se basa en el conocimiento científico y se nutre del progreso tecnológico, así como de los conocimientos y de las técnicas derivadas de las ciencias humanas, físicas, sociales y biológicas.
- Actuar centrándose en la atención a la persona, familia y comunidad.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
✓ Tener en cuenta a la persona como sujeto con emociones, relaciones sociales y estar vinculado a un sistema de valores personal.
✓ Aceptar la responsabilidad y ostentar la autoridad necesaria en la prestación directa de los cuidados de enfermería. El profesional ejerce de forma autónoma la enfermería en el seno de un equipo de salud.
✓ Tener un sólido compromiso con la sociedad para dar una respuesta ajustada a sus necesidades. La enfermería ayuda a las personas, familia y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social contribuyendo a la mejora de la calidad de vida. Estas actividades las desarrolla en el marco de una sociedad en cambio permanente y se ve influenciada por un conjunto de factores sociales, económicos, culturales y políticos.

Tal y como se ha desarrollado en el capítulo de “Fundamentos de enfermería”, el desarrollo de la profesión de enfermería ha pasado por diversas etapas en las que las tecnificaciones de los procesos asistenciales han ganado terreno a la atención de las personas, desviando importantemente la finalidad de la profesión de enfermería. Desde siempre la profesión de enfermería ha estado dedicada al cuidado de las personas y al acompañamiento en aquellas situaciones de salud que no pueden resolver por ellas mismas.

Por ello, es importante recuperar el equilibrio entre la necesaria tecnificación de estos procesos y los aspectos relacionales que configuran lo que hoy día entendemos por “tener cuidado de las personas”, actividad específica y propia de la enfermera, tanto si trabaja de forma individual o formando parte de los servicios de salud.

El ciudadano/usuario/paciente es, sin duda, el objetivo referencia de la razón de ser profesional de la enfermera y de las otras profesiones sanitarias, haciéndose necesaria la colaboración efectiva del equipo para dar respuesta a las necesidades.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
Una vez constituido el marco de la profesión, serán las competencias profesionales las que le proporcionaran la base de actuación a la Enfermería. Las competencias profesionales han sido definidas tomando como referencia el documento elaborado por la Comissió d'Infermeria del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS). La decisión de tomar éstas y no otras definiciones de competencias/funciones existentes, ha sido tomada por dos motivos: a) por su globalidad y pertinencia a nuestro trabajo y b) porque han sido diseñadas dentro de nuestro ámbito territorial de trabajo, dando a las mismas un carácter mucho más adaptado a nuestra realidad diaria.

5.1 Definición de competencia

Se define como competencia de enfermería:
"Aquel conjunto de habilidades, actitudes, conocimientos y procesos complejos para la toma de decisiones que permite que la actuación profesional esté en el nivel exigible en cada momento."

Ello implica la capacidad para llevar a cabo a la práctica los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la profesión de enfermería, al servicio de la resolución y prevención de un problema de salud.
Existen tres dimensiones en este "saber hacer"

1. Conceptuales o pensamiento crítico: conocimientos, toma de decisiones, análisis y formulación de problemas.
2. Interpersonales: valores, actitudes, etc.
3. Técnicas: destrezas, habilidades técnicas, etc.

El hecho de tener definidas las competencias de enfermería nos permite:

✓ Acercar los servicios de enfermería a la población para dar una respuesta adecuada a las necesidades.
✓ Permite una gestión por competencias de los recursos humanos.
✓ Estructurar las carreras profesionales en las organizaciones de acuerdo al nivel competencial.
✓ Detectar los potenciales de los profesionales.
✓ Orientar la formación continuada.
✓ Una mayor movilidad y flexibilidad intraprofesional
✓ Tener un marco de referencia de los sistemas evaluadores y de titulación.
✓ Especificar los niveles exigibles en cada una de las fases formativas y de responsabilidad en el ejercicio de la profesión.
✓ Facilitar la definición de los objetivos educativos en las instituciones docentes.
✓ Monitorizar la calidad de los servicios prestados.
✓ Reflexionar sobre el propio trabajo.

El objetivo común de todas las competencias descritas es el de la propia profesión, es decir **cuidar a las personas**.
5.2 Desarrollo

Las competencias se agrupan bajo títulos genéricos:

1. Proceso de cuidados
2. Prevención y promoción de la salud
3. Procedimientos y protocolos
4. Tener cuidado de las personas en situaciones específicas
5. Comunicación/relación con el usuario y/o personas significativas
6. Trabajo en equipo y relación interprofesional
7. Comunicación intraprofesional
8. Mantenimiento de las competencias profesionales
9. Ética, valores y aspectos legales
10. Implicación y compromiso profesional.

Dentro de cada uno de estos puntos se definen y pormenorizan las actuaciones que competen al profesional de enfermería. Vamos a pasar a desarrollar todas estas actuaciones ya que, de una forma u otra, inciden directamente en nuestro objeto de investigación y centrar así el marco teórico.

1. Proceso de cuidados

Objetivo: Proporcionar cuidados de enfermería individualizados mediante un método sistemático y organizado.

1.1 Valoración, recogida de datos y formulación de problemas

Objetivo: Obtener y analizar los datos para determinar el estado de salud del usuario y describir sus capacidades y/o problemas.

✓ Hacer la entrevista clínica completa (ámbitos orgánicos, psicológicos y sociales) a los usuarios y/o personas significativas.
Observar y valorar signos objetivos: saber hacer una exploración física.

Recoger y valorar síntomas subjetivos manifestados por el usuario y/o personas significativas.

Realizar acciones y procedimientos que permitan validar el problema identificado.

Registrar y expresar de forma sistemática los datos prioritarios de la información recogida.

Identificar y valorar los datos significativos y, en base a ellas, definir los problemas reales y/o potenciales.

1.2 Priorización y actuación

Objetivo: Priorizar los problemas detectados del usuario, desarrollar y ejecutar un plan de acción para disminuirlos y/o eliminarlos y promover su salud y autonomía.

Priorizar los problemas detectados y, en base a ellos, elaborar un plan de cuidados que incluya objetivos e intervenciones adecuadas a los problemas definidos.

Formular objetivos con el usuario y/o personas significativas recogiendo sus expectativas según se haya definido el problema previamente.

Planificar las actividades de los cuidados para resolver los problemas de salud del paciente/usuario/cliente (con los recursos disponibles y según la política de la organización).

Elaborar, decidir y seleccionar los protocolos y procedimientos más adecuados a la actividad planificada en base a su pertinencia, validez y eficiencia.

Ejecutar las actividades planificadas, tanto en el rol autónomo como en el de colaboración.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados

Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
✓ Mantener la planificación de actividades de forma actualizada.
✓ Planificar el alta de acuerdo con el alta prevista.
✓ Cumplimentar los registros
✓ Diseñar y adaptar el plan de cuidados y el plan terapéutico a las necesidades del paciente/usuario de forma individualizada.

1.3 Evaluación

Objetivo: Evaluar de forma continuada y sistemática la efectividad del plan de acción en relación a los objetivos y/o criterios de resultados establecidos.

✓ Establecer criterios de resultados.
✓ Realizar una evaluación continuada del proceso de cuidados.
✓ Rediseñar los objetivos y las actividades según la evaluación continuada, si es necesario.
✓ Evaluar los objetivos formulados en el plan de cuidados.
✓ Valorar los recursos y el potencial del paciente (conocimientos y materiales) para seguir, si es necesario, autoaplicándose los cuidados en su domicilio.
✓ Hacer el informe de enfermería al alta.

2. Prevención y promoción de la salud

Objetivo: Desarrollar acciones que conduzcan a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria en los diferentes ámbitos de la práctica.

✓ Identificar usuarios con riesgo de padecer alguno de los problemas más prevalentes de salud.
✓ Evaluar y seleccionar los usuarios que pueden beneficiarse de medidas preventivas.
Identificar los problemas potenciales de salud en el propio medio.
Proveer de consejo preventivo del riesgo.
Realizar acciones educativas que conduzcan al cambio de hábitos.
Promover actitudes de auto responsabilidad frente a la salud.
Promover un entorno saludable y seguro.
Realizar actividades para la prevención de la infección nosocomial.
Realizar estudios sobre la influencia del entorno en la salud.
Evalu ar periódicamente y gradualmente el aprendizaje del usuario.

3. Procedimientos y protocolos
Objetivo: Proporcionar cuidados de enfermería de forma sistematizada teniendo en cuenta la situación individual de cada usuario haciendo énfasis en la comunicación e información.
(Los profesionales en su situación pueden seguir todas o parte de estas etapas según las situaciones del usuario o la situación clínica que esté presente).

Informe y preparar al usuario.
Explicar al usuario las etapas que seguirán en la realización de los procedimientos y las actuaciones que se deberán seguir con posterioridad.
Seleccionar y preparar el material adecuado.
Preparar el entorno en el cual se llevaran a cabo los procedimientos.
Realizar el procedimiento de acuerdo a las etapas descritas.
Valorar y vigilar las respuestas del usuario durante la realización del procedimiento.
Acomodar al paciente/usuario/cliente en condiciones de situación física y psicológica.
Realizar las acciones de vigilancia y detección precoz de posibles complicaciones.
Registrar las acciones y/o sus incidencias.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
✓ Hacer el seguimiento y vigilancia de la efectividad del procedimiento realizado.
✓ Realizar y/o colaborar e los procedimientos de soporte al diagnóstico y/o tratamiento.
✓ Observar las medidas de asepsia.
✓ Interpretar y ejecutar las prescripciones médicas.
✓ Coordinación con otros profesionales y actuar conjuntamente cuando la situación asistencial lo requiera.

4. Cuidar de las personas en situaciones específicas

Objetivo: Llevar a cabo la práctica profesional en los diferentes ámbitos y situaciones.

✓ Cuidar a las personas con procesos crónicos
✓ Cuidar a las personas en situación crítica.
✓ Cuidar a las personas con procesos agudos.
✓ Cuidar a las personas con trastornos mentales graves o transitorios con riesgo.
✓ Cuidar a las personas con falta y/o perdida de autonomía
✓ Cuidar a las personas en proceso de duelo.
✓ Cuidar a las personas ancianas.
✓ Gestionar los cuidados paliativos en los enfermos terminales.
✓ Aplicar las medidas terapéuticas adecuadas a las personas con dolor.
✓ Gestionar y desarrollar la atención de urgencia con eficiencia
✓ Gestionar y desarrollar la atención domiciliaria con eficiencia.
5. Comunicación/relación con el usuario y/o personas significativas

Objetivo: Conseguir una comunicación efectiva y establecer una relación terapéutica con el usuario.

- Llevar a cabo las actividades, protocolos y procedimientos con empatía y respeto.
- Promover un entorno favorable a la comunicación.
- Llevar a cabo la entrevista clínica con empatía y respeto.
- Facilitar la comunicación.
- Ser capaz de comunicarse efectivamente con los usuarios y/o personas significativas.
- Tener especial cuidado de la comunicación con los usuarios con dificultades de comunicación y/o comprensión.
- Comunicar al usuario los problemas de él/ella que gestiona el enfermero/a.
- Explicar y comentar, hasta acordar con el usuario, las actuaciones a seguir así como sus recomendaciones.
- Integrar al usuario en los planes de cuidados.
- Verificar que los usuarios entienden la información dada para poder aceptar y/o realizar los planes de cuidados acordados.
- Iniciar, fomentar y mantener una relación terapéutica con el usuario.
- Fomentar a través de la relación interpersonal y del respeto al usuario la confianza y la seguridad en relación con su proceso.

6. Trabajo en equipo y relación interprofesional

Objetivo: Dar una atención integral y coordinada mediante el trabajo en equipo.

- Definir y formular los objetivos en el seno del equipo de trabajo con claridad, definir un plan de actuación así como evaluar los resultados.
- Escuchar y recoger las opiniones de los diferentes miembros del equipo.
- Aceptar abiertamente a los diferentes miembros del equipo en su especialidad.
✓ Dar la propia opinión con firmeza y claridad, respetando la opinión de los demás sin agraviarlos.
✓ Asumir y desarrollar el rol que corresponde a cada circunstancia.
✓ Hacer del equipo un lugar de intercambio y análisis de la actividad profesional realizada.
✓ Consultar a tiempo y efectivamente a otros profesionales de la salud.
✓ Reconocer las habilidades, competencias y papel de los otros profesionales sanitarios.
✓ Delegar las actividades de acuerdo a los conocimientos, habilidades y capacidades de quien ha de realizar la tarea.

7. Comunicación intraprofesional

Objetivo: Garantizar la continuidad de los cuidados utilizando la comunicación formal y estructurada.

✓ Elaborar informes de enfermería escritos, legibles, bien estructurados y concisos.
✓ Presentar oralmente los casos de manera estructurada, comprensible y concisa.
✓ Redactar informes para comunicar los problemas identificados así como sus consecuencias sobre los planes de actuación.
✓ Comunicarse con los diferentes equipos asistenciales.

8. Mantenimiento de las competencias profesionales

Objetivo: Dar respuesta profesional y de calidad en las diversas situaciones de la práctica.

✓ Evaluar los propios conocimientos, actitudes y habilidades.
✓ Utilizar los diferentes métodos de aprendizaje para identificar y corregir, si es necesario, los déficits de conocimientos, actitudes o habilidades.
✓ Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje.
Analizar críticamente la validez y aplicabilidad de las fuentes de información posibles.

Analizar críticamente los métodos y datos de investigación.

Participar en procesos de evaluación profesional en general y especialmente en la evaluación por compañeros.

Evaluar críticamente los métodos de trabajo.

Fundamentar la práctica en los resultados de investigación.

9. Ética, valores y aspectos legales

Objetivo: Incorporar a la práctica los principios éticos y legales que guían la profesión.

• Desarrollar una praxis profesional fundamentada en el respeto a los derechos del paciente/usuario/cliente guiada por el Código Ético de Enfermería.

• Identificar las posibles vulneraciones de los derechos del paciente/usuario/cliente y emprender las medidas/acciones destinadas a preservarlos.

• Ajustar las decisiones y comportamientos a los principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

• Identificar los dilemas éticos y aplicar el razonamiento y juicio crítico en su análisis y resolución.

• Participar activamente en el trabajo de los Comités de Ética Asistencial y/o Comités Éticos de Investigación Clínica.

• Adecuar las acciones de enfermería a la libre elección de paciente/usuario/cliente en las decisiones de salud, dando continuidad al proceso de cuidados.

• Desarrollar una práctica profesional, correcta en el aspecto científico, técnico y ético y ajustada a las diferentes formativas legales y judiciales regulatoras de las actividades asistenciales.

• Proponer y decidir de forma razonada excepciones en la aplicación de la norma y el ejercicio de la objeción de conciencia.
✓ Asumir la responsabilidad de sus decisiones y acciones.

10. Implicación y compromiso profesional

Objetivo: Constatar el compromiso profesional con la sociedad a través de la participación y la implicación.

✓ Participar e implicarse en la definición de las políticas de salud en los diferentes niveles asistenciales e institucionales.

✓ Gestionar los recursos y establecer métodos de trabajo para la correcta prestación de los cuidados de enfermería.

✓ Establecer los estándares y criterios de resultados de la práctica profesional.

✓ Garantizar la calidad de los cuidados de enfermería.

✓ Participar en la definición de políticas de búsqueda, investigación y docencia relacionadas en el ámbito de las competencias de la profesión.

✓ Diseñar líneas de investigación y búsqueda en el ámbito propio de la profesión y hacer una difusión pertinente.

✓ Mantener un sólido compromiso con la sociedad para dar una respuesta ajustada a sus necesidades.
✓ Asumir la responsabilidad de sus decisiones y acciones.

10. Implicación y compromiso profesional

Objetivo: Constatar el compromiso profesional con la sociedad a través de la participación y la implicación.

✓ Participar e implicarse en la definición de las políticas de salud en los diferentes niveles asistenciales e institucionales.
✓ Gestionar los recursos y establecer métodos de trabajo para la correcta prestación de los cuidados de enfermería.
✓ Establecer los estándares y criterios de resultados de la práctica profesional.
✓ Garantizar la calidad de los cuidados de enfermería.
✓ Participar en la definición de políticas de búsqueda, investigación y docencia relacionadas en el ámbito de las competencias de la profesión.
✓ Diseñar líneas de investigación y búsqueda en el ámbito propio de la profesión y hacer una difusión pertinente.
✓ Mantener un sólido compromiso con la sociedad para dar una respuesta ajustada a sus necesidades.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
Tras reflexionar sobre lo que representa ser competente como profesional en Enfermería, vamos a centrar nuestra atención en la preocupación por los problemas éticos derivados del ejercicio diario, que aparecen cuando Enfermería empieza a desarrollarse como profesión.

Actualmente los problemas morales son complejos y requieren una adecuada formación ética de los profesionales. Esta nueva dimensión implica la creación de una nueva disciplina: la Bioética.

La bioética es un "espacio" de diálogo interdisciplinario, que incide directamente sobre cuestiones como la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, el bien del individuo y la herencia genética. Para que puedan ser consideradas morales han de ser racionales y estar orientadas hacia el bien del hombre. Hace falta establecer una metodología adecuada para tomar decisiones si se cumplen unos principios morales compatibles y una formación profesional competente.

Tras la lectura de los diversos códigos que las enfermeras han tenido desde que se instituyó como profesión y pese a que en su esencia son válidos, hemos tomado principalmente como referencia dos de ellos, el 1º) es el Código de Ética en vigor del Col.legi de Diplomats en Enfermeria de Barcelona (CODIBA) y el 2º) es el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).
No los desarrollaremos en su totalidad sino que sólo deseamos resaltar aquellos aspectos que inciden particularmente en nuestro tema de investigación.

6.1 Código de Ética (CODIBA)

Tras su analizar su contenido, transcribimos aquellos puntos que inciden en nuestro objeto de estudio:

6.1.1 El profesional de enfermería y el ejercicio de la profesión

En el capítulo de Principios generales, el punto 33 dice:

"El profesional de enfermería en cualquier ámbito en el cual desarrolle su labor de docencia, asistencia, administración o investigación, ha de poseer los conocimientos, las cualidades psicológicas y la habilidad técnica necesaria, que le permita asumir sus responsabilidades profesionales"

En el punto 34:

"El profesional de enfermería se ha de comprometer, durante toda su carrera profesional, a asumir la responsabilidad personal de mantener y enriquecer su competencia profesional, incorporando las nuevas técnicas y conocimientos que provengan del avance científico, de este modo los servicios de enfermería que proporcionará tendrán la calidad debida y ayudaran a la evolución de la profesión de enfermería ."

En el punto 37:

"El profesional de enfermería en el ejercicio de la profesión no abandonará al paciente/usuario que requiera vigilancia o cuidados de enfermería sin asegurarse de su continuidad"

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Munugarren, M; Ribas Giménez, M.
En el punto 39:
"El profesional de enfermería, ha de conocer la legislación relativa a la salud y en todo aquello que la afecta, así como la política y el reglamento de la institución en que trabaja."

6.1.2 El profesional de enfermería y colegas – Equipo multidisciplinar

En el punto 61:
"La complejidad de los servicios sanitarios exige una colaboración interdisciplinar. El profesional de enfermería, miembro del equipo de salud, ha de buscar en otros profesionales, la colaboración necesaria, en integrar conocimientos, competencias y recursos que aseguren al público, servicios de salud de calidad."

En el punto 65:
"El profesional de enfermería habrá de cumplir las órdenes legítimamente delegadas de otros profesionales."

6.2 Código Deontológico (CIE)

Una vez sometido a análisis, resaltamos:

6.2.1 La enfermera y la práctica

En el punto 2:
"La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua."
"La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad."
6.2.2 La enfermería y la profesión

En el punto 3:

"A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de la práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería"

"La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación"
7 CONSIDERACIONES LEGALES DE LA PROFESIÓN

7.1 Responsabilidad sobre las actuaciones propias.

Habiendo reflexionado sobre la base de los fundamentos de enfermería, sobre las competencias que se le atribuyen y sobre la ética en que se basa la profesión, ahora analizaremos el desempeño de la práctica profesional y su implicación en el marco de la práctica diaria.

Realizando un análisis ético-legal de los registros de enfermería y planificación de cuidados respecto del paciente, se ha de considerar el principio de que todos ellos deben contribuir al desarrollo de la enfermería y la aceptación de la responsabilidad sobre nuestras actuaciones.

Según Benavente Garcés y Leal Charcos, es un hecho que: "Las disciplinas científicas consiguen su desarrollo gracias al registro, a la constatación por escrito de su trabajo".

F. Nightingale insistía en la necesidad de registrar, de dejar constancia de todo aquello que la enfermería realiza para llevar a cabo su función de cuidar.

La enfermería, como disciplina profesional, según F. Nightingale, se desarrollará sobre la base de la existencia de documentos, a través de los cuales los profesionales dejan constancia de todas las actividades que llevan a cabo en el proceso de cuidar.

Si las enfermeras no registran las actuaciones que le son propias, imposibilitan el desarrollo de la disciplina enfermera y omiten el dejar constancia de lo
imprescindible y específico que aportan a la atención de la salud de las personas.

Es imposible alcanzar el nivel de profesionalización de una actividad si ésta no queda recogida en documentos que posteriormente puedan ser sometidos a análisis y contrastación.

Es así como el cuidado (la acción de cuidar que la enfermería aporta al sistema sanitario), inició su estudio como base de la profesión enfermera a finales del siglo XIX, apareciendo las primeras teorías y modelos a mediados del siglo XX. Sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, se puede transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinar y profesional.

El registro favorece el desarrollo de la disciplina enfermera, pero además posibilita el intercambio de información sobre los cuidados mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia de la del resto del equipo.

Si los registros de enfermería permiten perfiles y definir los cuidados como una aportación específicamente enfermera, será más fácil dar cumplimiento al deber que tenemos las enfermeras de "... ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional" (Art. 73 Código Deontológico de la Enfermería Española), o de "no aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones" (Art.º 58 Código Deontológico de la Enfermería Española).

Los registros son la base del desarrollo profesional y existe, para la enfermería, la obligación de llevarlos a cabo por cuanto que tenemos la obligación de contribuir al desarrollo disciplinar y conseguir el mayor nivel de calidad en la atención de salud. Además, los profesionales de enfermería, como miembros del equipo de asistencia sanitaria, tienen el deber de comunicar la información sobre los pacientes de forma exacta, completa y eficaz. En cualquier marco.
conceptual, el éxito de un plan de cuidados depende de que exista un registro de datos preciso.

El Art. 56 del Código Deontológico de la Enfermería Española, dice que "la enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que en el ámbito individual debe tomar en el ejercicio de su profesión", por tanto, las decisiones, como las consecuencias que de ellas se deriven, deben quedar registradas. La enfermera tiene la responsabilidad de incluir en el registro información clara y lógica, describiendo con precisión toda la asistencia prestada. Una historia clínica bien documentada es la mejor defensa del profesional de enfermería ante cualquier pleito por alegación de mala práctica o negligencia (Marrelli, 1992). La ausencia de registros puede entenderse como una falta, por parte del profesional de enfermería, que pone en cuestión si asume o no la responsabilidad de su actuación. Así pues, el registro puede dar cobertura legal a las actuaciones profesionales, además de mostrar que la acción cuidadora se desarrolla a través de la autonomía profesional. Entendiendo por autonomía profesional el asumir responsabilidades sobre nuestras actuaciones, favorecer la colaboración y asegurar una mejor calidad de servicio.

En síntesis, el registro de acciones de enfermería contribuye al desarrollo disciplinar y profesional de los profesionales, siendo además un documento legal si se utiliza como prueba en un tribunal de justicia, su contenido documenta el nivel de asistencia prestada a un paciente.

Estas reflexiones han sido realizadas sobre la importancia de los registros escritos de la actividad enfermera. Desde el punto de vista jurídico, creemos que todos los profesionales deberían tenerlas en cuenta en el momento de la práctica diaria. A pesar de las dificultades que se puedan encontrar para realizarlo correctamente, éste es el único testigo de su buena praxis.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
7.2 Normativa de la historia clínica de l'Hospital de l'Esperit Sant

Sobre esta base valoramos dejar constancia de la Normativa de Documentación Clínica de l'Hospital de l'Esperit Sant respecto a la documentación utilizada por enfermería dentro de la Historia Clínica del paciente y la importancia que se le concede tanto a su definición como a su contenido.

L'Hospital de l'Esperit Sant ha utilizado desde sus orígenes el registro escrito de la historia clínica del paciente, aunque no existía una norma clara ni escrita que indicara su contenido. Es a partir de la publicación en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya nº 1477 del 7 de agosto de 1991 en el que se hace referencia a la Orden del 10 de julio de 1991 del Departament de Sanitat i Seguretat Social, donde se regula la acreditación de los centros hospitalarios, cuando se crea la Comisión de Documentación Clínica. En el Anexo 5.4. de dicha orden, referente a calidad asistencial, se hace mención a la creación de diferentes comisiones que velarán para su consecución.

Estas comisiones se refieren a:

- Historias clínicas
- Terapéutica farmacológica
- Infecciones hospitalarias
- Tumores y tejidos diagnosticados y/o tratados en el centro
- Mortalidad
- Opinión de los usuarios

Éste fue el punto de partida de la creación en el Hospital de l'Esperit Sant de la Comissió de Documentació Clínica en el año 1991, formada por diferentes profesionales del centro y que tiene como primera función optimizar la cumplimentación de todos los documentos existentes, así como la creación de nuevos documentos que forman parte de la Historia Clínica.

La Comisión de Documentación Clínica inició una revisión de la documentación que en aquel momento se utilizaba en el centro, optando por un cambio en

El apartado 22.4 g de dicha orden hace referencia a la documentación que los profesionales de enfermería que han de aportar como mínimo a la Historia Clínica del paciente, describiéndose los siguientes contenidos:

✓ Hoja de valoración al ingreso
✓ Hoja de planificación de los cuidados de enfermería
✓ Hoja de control de parámetros
✓ Hoja de observaciones de enfermería
✓ Hoja de terapia farmacológica

En marzo de 1994, se presentó al centro el nuevo formato de Historia Clínica que se basaba íntegramente en el anexo 22 de la Orden de 10 julio 1991 y en donde se definieron cada uno de los documentos en cuanto a color distintivo, contenido, método de cumplimentación y profesional responsable.

La primera normativa de uso de la Historia Clínica de l’Hospital de l’Esperit Sant se terminó en 1994, realizándose una revisión en 1999 para seguir en permanente revisión, debido a la constante actualización de la documentación y de los circuitos a seguir.

La cumplimentación de esta documentación era íntegramente en soporte papel, pasando en 1996 a tener soporte informático en los identificados como Hoja de Observaciones de Enfermería y Hoja de Planificación de Cuidados de Enfermería. A pesar de tener soporte informático para su cumplimentación diaria, es elegido finalmente el soporte papel para su impresión junto al resto del episodio de la Historia Clínica.

La definición de los documentos de enfermería pertenecientes a la Historia Clínica del paciente y que recoge la Normativa del centro se ha basado en los derechos y obligaciones que emanan de la legislación vigente: Constitución

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
Española, ley General de Sanidad y Código Deontológico de la Enfermería Española.

Estos documentos quedan definidos de la siguiente forma:

**Hoja de valoración al ingreso**
Documento donde quedan registrados datos referentes al paciente y a su entorno desde la perspectiva de la valoración de las necesidades (según el modelo conceptual de V. Henderson) que detecta el personal de enfermería en el momento del ingreso.

**Hoja de planificación de los cuidados de enfermería**
Documento que permite tener registrada la visión global de la frecuencia de realización de los cuidados que se planifican según el listado de problemas de enfermería y que se basan en la valoración de las necesidades del paciente. Es un documento informatizado y quedará archivado en la historia del paciente en soporte papel los correspondientes al primer y último día de estancia.

**Hoja de control de parámetros**
Documento que registra de forma numérica las constantes vitales del paciente, y otros controles que se realizan (diuresis, drenajes, defecación, vómitos, peso, balance de líquidos, dietas, glicemias capilares...). Debe constar obligatoriamente la fecha y la hora de la determinación.

**Hoja de observaciones de enfermería**
Documento en el que se registra, por parte de enfermería, toda la información sobre el proceso y evolución del estado de salud del paciente. En las anotaciones ha de constar la fecha, hora, nombre y apellido de la enfermera de forma legible y es imprescindible una anotación por turno de trabajo. Esta hoja está informatizada y, en el momento del alta, se imprimirá una copia en soporte...
papel de todas las observaciones evolutivas que quedará archivada junto al resto del episodio de hospitalización.

**Hoja de terapia farmacológica**

Documento en el que se registran las aplicaciones medicamentosas administradas en las unidades de enfermería correspondientes y en base a las órdenes de prescripciones médicas. Es obligatoria la firma legible en cada dosis de medicación administrada. Se deben evitar las prescripciones verbales y las abreviaturas que puedan dar lugar a interpretaciones erróneas.
Una vez definido el marco conceptual, las competencias profesionales y éticas, las reflexiones legales y haber constatado la normativa propia del centro respecto de la definición de los registros propios de enfermería, se hace obvio dedicar un apartado a la Filosofía del Departamento de Enfermería de l'Hospital de l'Esperit Sant, y los objetivos generales vigentes durante el período de investigación.

8.1 Filosofía del Departamento

Esta Filosofía, junto con sus objetivos, estaba ampliamente fundamentada en el modelo conceptual de Virginia Henderson y en una visión personal de la Dirección de Enfermería en cuanto a la atención integral que se debe dispensar hacia la persona.

La Dirección de Enfermería de l'Hospital de l'Esperit Sant, velaba para que todos sus profesionales conociesen e interiorizasen la filosofía y los objetivos del departamento, entregando un documento a toda persona de nueva incorporación, cuyo contenido pasamos a detallar a continuación:
"El personal de enfermería del Hospital de l’Esperit Sant cree:

1. Que la persona como tal, tiene una dignidad que tiene que ser respetada.

2. Que los usuarios y la familia tienen derecho a recibir los servicios que los ayuden a proteger su salud, a prevenir y curar la enfermedad, a su rehabilitación y reintegración en la sociedad dentro de las limitaciones del Hospital y llegado el momento, a morir con dignidad.

3. Que el usuario de los servicios de Enfermería del Hospital de l’Esperit Sant tiene derecho a la mejor calidad de cuidados orientados a satisfacer sus necesidades somáticas, psíquicas, sociales, espirituales, ambientales y de aprendizaje, que sean posibles con los recursos disponibles, sin distinción de edad, clase social y económica, ideas políticas y raza.

4. Que se tienen que respetar en todo momento los derechos del usuario.

5. Que el personal que contribuye con su trabajo a la atención de Enfermería también tiene necesidades a satisfacer, por tanto se tiene que ofrecer la ayuda que contribuya a su bienestar, satisfacción en el trabajo y desarrollo profesional y personal.

6. Que el Departamento de Enfermería tiene que conseguir la optimización de los recursos materiales, humanos y técnicos para poder ofrecer la mejor calidad de atención posible.

7. Que se tiene que ofrecer nuestro Hospital como campo de práctica para contribuir a la formación de los futuros profesionales.”

8.2 Objetivos del Departamento

1. Ofrecer cuidados delegados médicos y cuidados propios de enfermería, individualizados, suficientes, competentes, seguros y científicos que ayuden al usuario a satisfacer sus necesidades somáticas, psíquicas,
sociales, espirituales, ambientales y de aprendizaje, que le permitan mantener la salud si se trata de un usuario sano, recuperar el equilibrio-salud del usuario enfermo y a bien morir llegado el caso.

2. Tratar con respeto y delicadeza a todos los usuarios sin distinción de edad, clase social y económica, ideas políticas y raza.

3. Respetar los derechos del usuario.

4. Atender las necesidades del personal de enfermería y brindar la ayuda que contribuya a su bienestar, satisfacción en el trabajo y desarrollo profesional y personal.

5. Gestionar eficazmente la enfermería con el objeto de dar la mejor calidad de cuidados con los recursos disponibles.

6. Evaluar la calidad para poder corregir los planes.

7. Poner el Hospital a la disposición de las instituciones docentes como campo de prácticas para los futuros profesionales.
En este punto pasamos a definir las etapas de implantación/implementación del Proceso de Atención de Enfermería.
La evolución se puede dividir en seis etapas:

Los profesionales de enfermería de l'Hospital de l'Esperit Sant empezaron a tener inquietudes por trabajar con planes de cuidados en 1992.
Se inició con la recogida de datos diseñando una Hoja de Valoración que, según el método científico, es el primer paso y el más importante para desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).
La formación externa fue a cargo de Mme. Marthe Bisly, entonces Directora de Enfermería del Hospital de Perpignan, y con una larga experiencia en la elaboración de Planes de Cuidados. Esta formación específica fue impartida durante tres años con una dedicación media de 100 horas por enfermera.
Simultáneamente se creó una Comisión de Formación donde existía una enfermera de cada unidad asistencial que lideraba en cuestiones de metodología y de implantación del P.A.E., así como en cuestiones de control de calidad referida a procedimientos y a elaboración de protocolos.

**Segunda etapa (1995 – abril 1997)**
Después de toda la formación en metodología y en planes de cuidados, en el año 1995 se empezó a trabajar el P.A.E. en soporte papel, con las limitaciones
que ello suponía en el ámbito de formato y de tiempo. Eran muchas las dificultades para adaptar los conocimientos teóricos a la práctica diaria. Esta adecuación consiguió que el P.A.E. fuese una realidad por: 1) el impulso recibido desde la Dirección de Enfermería y 2) la motivación del personal.

Tercera etapa (mayo 1997 – marzo 1998)


La adaptación se llevó a término con la participación de todos los profesionales del hospital y fue por consenso.

Se describen 8 fases en esta etapa:

1. **Validación de todas las actividades de enfermería** clasificadas por necesidades, según el modelo de Virginia Henderson, y por patologías, con un total de 547 actividades validadas.

2. **Análisis de los diagnósticos de Enfermería** basados en las necesidades biopsicosociales según el modelo, con un total de 47 diagnósticos.

3. **Análisis y validación de los signos y síntomas** de los diagnósticos de Enfermería del Hospital y del programa, con un total de 390 signos y síntomas.

4. **Análisis y validación de los factores de relación** de los diagnósticos de enfermería del hospital y del programa, con un total de 269 factores de relación.

5. **Elaboración de Planes de Cuidados estandarizados** por patologías, con un total de 54 planes estandarizados.

6. **Trabajo en grupo para puesta en común** el tiempo de dedicación tanto del profesional de enfermería como el tiempo del/a auxiliar de enfermería en el desempeño de las actividades.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados

Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
7. **Formación básica en informática** a todas las enfermeras/os y auxiliares en el entorno Windows con un tiempo de formación de 20 horas por persona.

8. **Formación en el aplicativo informático** a todos los profesionales.

**Cuarta etapa (abril 1998 – junio 1999)**

Implantación del Proceso de Atención de Enfermería propiamente dicho. A partir del 1 de Abril de 1998, el Proceso de Atención de Enfermería informatizado se implantó en todas las unidades asistenciales. Durante 2 meses conviviaron los dos sistemas: soporte papel y soporte informático. En Junio de 1998 todo paciente que ingresaba en una unidad asistencial se le elaboraba un plan de cuidados. Al principio y para facilitar esta implantación, el plan se orientaba básicamente por actividades (cuidados directos). A medida que se iba adquiriendo habilidad y destreza en el manejo del programa, los planes se fueron orientando por necesidades y por patologías (planes estandarizados e individualizados).

La función de la Dirección de Enfermería durante este proceso fue básica ya que se procuraba liberar de muchas actividades a los profesionales para que pudiesen dedicar su tiempo a la elaboración de los planes de cuidados. Otro factor importante fue la motivación del personal. Este invirtió tiempo fuera de su horario laboral para hacer realidad el objetivo que había fijado la Dirección de Enfermería: La implantación del Proceso de Atención de Enfermería informatizado.

**Quinta etapa**

En Abril de 1999 se sustituyó el programa informático GACELA Tecnogest por el programa GACELA HP que proporciona una mayor resolución, agilidad y conectividad. La formación para esta modificación del programa fue de 10 horas.
Sexta etapa (diciembre 1999 - enero 2000)

En Diciembre de 1999 se produjo un cambio organizativo en el Hospital sustituyéndose la Dirección Médica y la Dirección de Enfermería por una única Dirección Asistencial. Los objetivos de la nueva Dirección Asistencial no eran coincidentes con los de la anterior Dirección de Enfermería.

La nueva política de contención de gasto no creaba un ambiente propicio para el crecimiento profesional de la enfermería.

Durante el año 2000 se observó un desinterés creciente en cuanto a la elaboración de planes de cuidados y de la evolución de los mismos. También se priorizó el rol de colaboración ya que coincidió con una mayor presión asistencial. La dinámica de trabajo se centró básicamente en desempeñar tareas de colaboración y aunque el esquema mental de la esencia del cuidado subsistía, los planes de cuidados no se registraban y no evolucionaron.

Las enfermeras solamente realizaban la primera parte del proceso de cuidados: la valoración de enfermería al ingreso en soporte papel.

Paralelamente se creó el Incentivo Personal para el Desarrollo Profesional (I.P.D.P), de acuerdo con el convenio colectivo laboral vigente en ese momento. Este incentivo remunera económicamente la excelencia de la práctica, incluyendo en la puntuación de sus ítems, el del cumplimiento del registro del rol autónomo mediante la elaboración de planes de cuidados.
10 INDICADORES DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA

Hemos reflexionado sobre la profesión de Enfermería como tal, los fundamentos, las competencias propias, las implicaciones éticas y la vertiente jurídico-legal. Se ha comprobado la formación del personal y la evolución de la documentación en el centro. En este punto se hace necesario un análisis objetivo sobre la realidad histórica del centro en los años objeto de nuestra investigación en cuanto a indicadores de actividad:

Los valores que se analizarán serán:

1. (**N**): Evolución en el tiempo del nº de casos observados, es decir, el número absoluto de pacientes que han realizado, al menos, una estancia hospitalaria en el centro. Se entiende por **estancia hospitalaria** la diferencia entre la fecha de alta y la fecha de su ingreso en el centro. Entendiéndose una estancia de 0 días que se ha producido el ingreso y el alta en el mismo día.

2. (**EM**): Evolución de la estancia media de los pacientes hospitalizados. Entendiéndose como tal la relación entre las estancias y pacientes de un determinado grupo de pacientes o período (media aritmética de la estancia).

3. (**PM**): Evolución del peso medio del servicio/hospital. Esta medida se basa en el sistema GRD que atribuye un peso relativo basado en su coste en E.E.U.U. El valor 1.00 representa el coste medio global del paciente americano. El Peso Medio (del hospital, del standard) es la media aritmética del peso relativo americano de todos los episodios. Se considera que el peso relativo es un

---

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
indicador de la complejidad de la casuística, midiendo la complejidad de cada GRD según el peso relativo del coste americano.
Si es superior a 1, la casuística es de mayor complejidad media, en términos de coste, que la de la standard.
Si es inferior a 1, la casuística es de menor complejidad media, en términos de coste, que el standard.

El primer gráfico corresponde a la evolución del número de altas en cada año. Se observa la tendencia a un aumento en números absolutos: aumento de actividad sin ampliación de espacio físico en el centro. Dicho de otro modo, en las mismas condiciones, el número de altas (paciente que ha ingresado, se le ha realizado un procedimiento o se le ha solucionado su problema de salud y se le ha dado el alta hospitalaria), ha ido en clara tendencia al ascenso con los mismos recursos de espacio y personal.

![Gráfico 1: Evolución de nº altas /año](image-url)

Gráfico 1: Evolución de nº altas /año

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
Tras valorar el número de pacientes atendidos y dados de alta a nivel de todo el centro hospitalario, en el gráfico 2 observaremos la evolución de este parámetro a nivel de los servicios más representativos del hospital ya que son los que tienen mayor actividad.

Gráfico 2. N° casos/servicios con actividad incrementada

En los gráficos 3.1 y 3.2 se describe la tendencia del centro hospitalario hacia el parámetro de las estancias medias de los pacientes hospitalizados.

Primero veremos la tendencia a nivel global del centro y posteriormente la de los servicios más significativos por su volumen de pacientes totales.
Gráfico 3.1: Evolución Estancia Media

Gráfico 3.2: Estancia media/servicios significativos

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados

Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
Para finalizar vamos a observar la evolución del peso medio adjudicado a los pacientes ingresados en el centro, tanto a nivel de la globalidad como en sus variaciones por servicios. En los gráficos 4.1 y 4.2 se observa un considerable aumento en el nivel de patología asociada de que son portadores las personas ingresadas. Este aumento de cantidad de cuidados asociados (complejidad de cuidados) repercute en la cantidad de tiempo que enfermería les debe dedicar, no tanto por su diagnóstico de ingreso, sino por la valoración de la globalidad del paciente.

Gráfico 4.1: Total Peso Medio
Gráfico 4.2: Peso medio servicios más significativos
11 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

Tras el desarrollo del Marco Teórico, el problema de investigación con el que iniciamos nuestro estudio es:

"Se ha detectado una disminución en el cumplimiento y elaboración del Proceso de Atención de Enfermería y su incorporación sistemática como metodología de trabajo"

Según nuestra hipótesis, la dificultad en registrar el rol autónomo viene condicionada por el rol delegado o de colaboración.

En el estudio queremos conocer las razones por las cuales el personal de enfermería del centro no valora el dejar constancia escrita del rol autónomo realizado durante su horario de trabajo, a pesar de haber recibido formación específica al respecto.

La población escogida fue, inicialmente, todo el personal de enfermería del Hospital de l’Esperit Sant que actualmente trabaja en el centro (126 enfermeras). Posteriormente se observó que el personal que no ejercía su trabajo en las unidades de hospitalización convencional y, por tanto, no trabajaba con P.A.E., no podía aportar datos objetivos a la investigación, por lo que la muestra final escogida corresponde a todas la enfermeras/os que actualmente trabajan en estas unidades y en todos los turnos (incluidos suplentes de fin de semana habituales fijos en el centro).

El instrumento utilizado fue un cuestionario personal que elaboramos en función, tanto del marco teórico, como de la disposición de datos objetivos sobre la cantidad de pacientes que habían sido atendidos en nuestro centro mediante una planificación de cuidados.
El cuestionario final constaba de 34 preguntas. De ellas 27 eran de respuesta cerrada, 5 eran de respuesta abierta, 1 constaba de enunciados a los que se debía dar un valor de 1 a 3 (siendo 1 el más importante y 3 el de menor importancia) y otra que constaba en la ordenación de enunciados con los valores de 1 a 5 (siendo 1 el considerado más influyente y 5 el de menor influencia).

La validación del cuestionario se estableció mediante el criterio de jueces/expertos. La valoración se realizó dando una puntuación de 1 a 5, (siendo 5 el máximo valor) en cuanto a criterios de: 1) Pertinencia o relación de la pregunta respecto al objeto de estudio, 2) Univocidad o ser entendible a todas las personas (claridad de expresión, no dar opción a mala interpretación o confusión) y 3) Importancia o peso de pregunta dentro de la encuesta.

La fase inicial o preliminar de validación/evaluación del cuestionario lo examinaron tres expertos en investigación y cuidados de enfermería más una persona experta externa al centro pero con conocimientos en el programa informático G.A.C.E.L.A. Todos ellos valoraron individualmente las preguntas propuestas e incorporaron nuevas sugerencias. En una fase posterior la encuesta fue validada por dos profesionales de enfermería del centro que introdujeron cambios y cuestionaron dos de las preguntas de la encuesta inicial (en el cuestionario final se obvieron puesto que también en la validación de expertos habían obtenido una baja puntuación).

El cuestionario está dividido en tres bloques:

A. Datos de identificación profesional: incluye referencias a formación post-diplomatura.

B. Datos laborales: profundiza en las dificultades de poner en práctica los P. A. E. aprendidos en la escuela universitaria.

C. Datos relativos a la práctica profesional de enfermería: incide directamente sobre los problemas de realización de P.A.E. en la práctica diaria en nuestro centro.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
Las variables cuantitativas del cuestionario se trataron mediante el aplicativo estadístico SPSS-PC (Statistical Product and Service Solutions). Este programa permite obtener resultados para el análisis del estudio descriptivo y del inferencial.

Las preguntas que no pudieron ser cuantificadas estadísticamente (preguntas de respuesta abierta), se trataron mediante el análisis individual de cada una de ellas. Para ello se anotaron todas y cada una de las respuestas obtenidas y se agruparon por porcentajes todas aquellas cuya orientación y respuesta era similar respuestas libres o desarrollaban la misma idea.
En nuestro trabajo de investigación, hemos desarrollado como instrumento para su análisis un cuestionario dirigido a los profesionales de enfermería del Hospital de l'Esperit Sant, cuyo ámbito de trabajo actual es la unidad de hospitalización convencional.

El estudio se dirige tanto a investigar la formación que han tenido los profesionales de enfermería actuales de nuestro centro en cuanto al proceso de atención de enfermería (P.A.E), como a su interiorización en la profesión y su puesta en la práctica diaria.

Se entregaron 63 encuestas a los profesionales de enfermería de todos los turnos de trabajo del centro, siendo 59 las encuestas recuperadas y se han dado como nulas 2 por estar retornados en blanco, siendo, por tanto, la muestra real del estudio de 57.

El análisis de los datos lo hemos realizado con el programa estadístico SPSS PC. Para una mejor comprensión de los resultados, presentaremos los mismos siguiendo la estructura del cuestionario. En primer lugar se han redactado los resultados tras el análisis descriptivo, para posteriormente redactar los resultados del análisis inferencial.
13.1 Análisis descriptivo

A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

A1. Edad

En la muestra obtenida, la edad oscila entre 22 años como valor mínimo y 56 años como edad máxima siendo 39 años la edad media de los profesionales de nuestro estudio.

Gráfico 1: Distribución de la edad
A 2. Sexo.

Predomina mayoritariamente los profesionales del género femenino (89.5%). Esta asimetría en la distribución está en consonancia con la distribución general que tiene actualmente la profesión de enfermería.

Gráfico 2: Distribución por sexo

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
A3. Año de obtención del título

La muestra presenta una gran dispersión en este punto, destacando sobre el resto los años 1986, 1988, 1992, a partir de 1996 hasta el 2003, el n° de profesionales se mantiene constante.

Gráfico 3: Distribución año diplomatura enfermería
A4. Escuela Universitaria donde cursó los estudios

En el Hospital de l'Esperit Sant, la muestra de profesionales encuestados, procede de la EUE Gimbernat con un 42.1%. El resto se distribuye entre diversas escuelas universitarias de la provincia de Barcelona.

Esta distribución de profesionales en nuestro centro viene condicionada por la vinculación que la E:U.E. "GIMBERNAT" tiene con nuestro centro en el ámbito académico, dada la existencia de un acuerdo para la formación en prácticas de los futuros profesionales.

Gráfico 4: Distribución profesionales/escuela universitaria
A5. Modelo conceptual de enfermería elegido por su escuela

El modelo conceptual de enfermería en el cual se formaron 53 de los 57 profesionales encuestados ha sido el de Virginia Henderson, representando el 93% de la muestra.

Gráfico 5: Distribución por modelo conceptual
A6. Durante su formación inicial, en la escuela de enfermería, trabajó y aplicó el P.A.E como metodología de trabajo en sus periodos de prácticas hospitalarias?

El 86% de los profesionales de la muestra trabajaron y aplicaron el Proceso de Atención de Enfermería durante sus prácticas hospitalarias universitarias. El 14% no lo aplicó.

**Gráfico 6: Distribución aplicación P.A.E./prácticas hospitalarias**
A7. ¿Ha recibido formación continuada, tras diplomarse, centrada en el proceso de atención de enfermería?

El 73% de los profesionales encuestados manifiesta haber recibido formación continuada centrada en el P.A.E. tras la obtención del título universitario.

Gráfico 7: Distribución formación continuada en P.A.E.
B) DATOS LABORALES

B1. ¿Ha trabajado como enfermero/a en otros centros hospitalarios?

Más de la mitad (un 56%) de la muestra manifiesta que ha trabajado en otros centros hospitalarios.

Gráfico 8: Distribución profesionales/otros centros hospitalarios
B2. ¿Qué modelo conceptual de enfermería tenían adoptado?

La muestra se distribuye en dos partes claramente diferenciadas: el 43.2% ha trabajado con el modelo de V. Henderson. Del 56.7% restante, un 27% manifiesta que en los otros centros de trabajo no había ningún modelo adoptado, mientras que un 29.7% no lo sabe.

Gráfico 9: Distribución s/modelo conceptual en otros centros hospitalarios
B3. ¿Utilizaba planes de cuidados en el ejercicio diario de la profesión?

La muestra estudiada revela como dato significativo que el 78,4% no utilizó el P.A.E. en el ejercicio diario de su profesión, solamente un 21,6% si lo utilizó.

Gráfico 10: Distribución utilización del P.A.E./ejercicio profesión
B4. ¿Cree usted que los planes de cuidados aprendidos en la escuela son aplicables a la práctica profesional diaria?

Más de la mitad de las respuestas obtenidas (el 65%) creen que los planes de cuidados aprendidos en las escuelas de enfermería no son aplicables a la práctica profesional diaria.

Gráfico 11: Aplicabilidad planes de cuidados vs práctica profesional diaria
B5. Si ha contestado No, ¿Cuáles son las principales dificultades para ponerlos en práctica?

De los cuestionarios válidos recogidos, el 42,1 % contestaron en blanco.

✓ El 14,03 % atribuye la dificultad únicamente a la falta de tiempo.

✓ El 15,78 % lo atribuye a la falta de tiempo añadido a otras circunstancias: la falta de continuidad, seguimiento de los planes, la poca utilidad y la falta de resultados en los cuidados proporcionados y la falta de personal.

✓ El 3,5 % dice que es únicamente por la falta de personal.

✓ El 8,77% apunta exclusivamente a las cargas de trabajo.

✓ El 8,77% lo atribuye a causas del sistema de los planes de cuidados ya que no reflejan lo aprendido en la escuela, no son prácticos ni aplicables, son utópicos en la vida profesional diaria.

✓ Un 3,5 % hace referencia a la falta de interés y coordinación entre los distintos profesionales y la falta de cumplimiento de las funciones de la enfermera.

✓ El 1,75% habla de la elevada ratio de pacientes/ enfermeras, la estancia hospitalaria disminuida, realizar funciones que no son propias de enfermería y el horario laboral.

✓ El 1,75 % atribuye la dificultad en dejar constancia por escrito de los cuidados en caso de hacer mentalmente la cobertura de necesidades.
Gráfico 12: Principales dificultades puesta en práctica

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M.; Ribas Giménez, M.
B6. ¿Considere que las escuelas de enfermería enseñan la realidad del trabajo diario de planificación de cuidados?

Los profesionales encuestados opinan en un 85% que las escuelas de enfermería no enseñan la realidad de la práctica diaria.

**Gráfico 13: Escuelas de enfermería vs realidad diaria**
B7. Año de inicio de actividad laboral como enfermero/a en el Hospital de l'Esperit Sant.

La muestra estudiada mantiene un flujo constante de entrada de profesionales, siendo en determinados años una afluencia importante, destacando el año 1992 con 8 enfermeros/as.

Gráfico 14: Distribución año inicio actividad en el H.E.S
B8. ¿Recibió formación específica para la elaboración de cuidados antes del año 1999 en el Hospital de l’Esperit Sant?

Esta respuesta sólo la han contestado los profesionales que se incorporaron al hospital en fecha anterior a 1/1/2000, quedando excluidos los 10 que lo hicieron posteriormente.

De esta pregunta se desprende que un 89.1% recibieron formación específica, mientras que un 10.9% no la obtuvieron.

Gráfico 14: Distribución personal con formación específica
B9. Si ha contestado Sí en la pregunta anterior, la formación recibida estuvo dirigida a realizar y trabajar con planes de cuidados en:

1. Soporte papel
2. Soporte informático
3. Otro tipo de formación

De los profesionales que recibieron formación específica, un 58.5% lo hizo en soporte papel, destacando que el 100% recibió formación en soporte informático que se implantó en el hospital (aplicativo G.A.C.E.L.A.).

Gráfico 15: Distribución personal s/ formación antes de 1999
C) DATOS RELATIVOS A LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

C1. Unidad en la que trabaja actualmente

La distribución del personal en las diferentes áreas de hospitalización, revela que el mayor porcentaje está ubicado en el pabellón A (unidades quirúrgicas): 42%, siendo en el pabellón B (unidades de medicina interna): 28%.

El porcentaje de personal correturnos/fin de semana constituye un dato importante a resaltar: 30%.

Gráfico 16: Distribución personal s/unidad de trabajo
C2. ¿Conoce la filosofía del departamento de enfermería del Hospital de l’Esperit Sant?

El 80,7% se manifiesta conocedor de la filosofía del departamento de enfermería.

El 19.3 % dice no conocerla.

Gráfico 17: Distribución personal vs conocimiento filosofía centro
C3. ¿Conoce los objetivos de dicho departamento?

Relacionado con la pregunta anterior, existe una mínima variación en los porcentajes disminuyendo sensiblemente el nº de profesionales que manifiestan conocer los objetivos de dicho departamento.

Gráfico 18: Distribución personal vs conocimiento objetivos
¿Ha tenido siempre Director/a de enfermería del Hospital de l'Esperit Sant?

La muestra de profesionales encuestada está prácticamente dividida en dos mitades ya que el 54.4% de los profesionales refiere no haber tenido siempre Dirección de enfermería, frente a un 45.6% que siempre ha trabajado siguiendo las directrices de una Dirección de Enfermería.

Gráfico 19: Distribución personal vs Dirección de enfermería
C5. Si ha contestado No, ¿de qué otro tipo de Dirección ha dependido?

Al no ser una pregunta con respuesta excluyente, y existir la posibilidad de más de una opción simultánea, nos obligó a una descripción de los datos obtenidos.

Gráfico 20: Distribución personal que NO ha tenido siempre D. Enfermería
C6. ¿Sabe cuál es el modelo conceptual de cuidados propuesto por el departamento de enfermería del Hospital de l'Esperit Sant?

De los profesionales de la muestra a estudio, el 94.6% dice conocer el modelo de cuidados propuesto por el centro.

Gráfico 21: Distribución s/ conocimiento modelo conceptual
C.7 Si ha contestado Sí en la pregunta anterior, escríbalo

De los profesionales que conocen dicen conocer el modelo (53 personas), el 99% lo definió correctamente (V. Henderson)

Gráfico 22: Definición correcta del modelo de cuidados adoptado por el H.E.S.

C8. ¿Cree usted que es importante trabajar con planes de cuidados?
El 77.2 % de las enfermeras encuestadas consideran que es importante trabajar con planes de cuidados.
Cabe destacar que existe un 22.8 % de los profesionales que no consideran importante trabajar con esta metodología.

Gráfico 23: Distribución personal s/importancia de trabajar con planes de cuidados

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
¿Por qué?

El 77.2 % de los encuestados que valoran importante trabajar con planes de cuidados dan diversas razones:
✓ Que es la mejor manera de proporcionar cuidados de enfermería.
✓ Hay un seguimiento de los cuidados proporcionados.
✓ Se apunta a que se refleja mejor el trabajo de los profesionales ya que es un método científico y objetivo.
✓ Además aumenta la calidad.
✓ Puntúa en el IPDP (Incentivo Personal Desarrollo Profesional).

Del 22.8 % restante que no valora la importancia de trabajar con planes de cuidados, el 14.1 % lo razona de este modo:
✓ No creen que se dé mayor atención al paciente
✓ No mejora la calidad de la asistencia.
✓ También se apunta a la poca viabilidad de los planes actuales.

El 8.77 % dejan esta pregunta sin contestar, es decir no valoran la importancia de trabajar en planes de cuidados pero tampoco argumentan ninguna razón para su justificación

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
C9. ¿Sabe usted realizar un plan de cuidados informatizado?

La muestra analizada sabe realizar un plan de cuidados informatizado en un porcentaje del 96.5%, en frente al 3.5% que manifiestan no saber hacerlo.

Gráfico 24: Distribución profesionales que saben hacer un P.A.E. informatizado
C10. Si ha contestado Sí en la pregunta anterior ¿sabría modificar /actualizar un plan de cuidados?

Entre todas las encuestas destaca que el 96.5% sabe realizar un P.A.E. informatizado y el 94.7% lo sabe modificar y actualizar.

Gráfico 25: Distribución profesionales que saben modificar/actualizar un P.A.E. informatizado
C11. Si ha contestado No en la pregunta C9, explique porque no es capaz de realizarlo.

De las personas que no saben hacer un plan de cuidados informatizado (2) lo atribuye a la falta de formación específica.

C12. ¿Elabora habitualmente planes de cuidados?

La respuesta obtenida en esta respuesta manifiesta que el 69.6 % de los profesionales de enfermería del HES elabora habitualmente planes de cuidados, frente al 30.4 % que manifiesta NO realizarlos.

Gráfico 26: Distribución de profesionales que elaboran planes de cuidados

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
C13. En caso afirmativo ¿qué tipo de plan elige preferentemente?
¿Por qué?

El 29.82% respondió que prefieren el plan de cuidados tipo individualizado: en la mayoría de las respuestas se considera que son planes más reales dada la pluripatología de los pacientes, son más personales y concretos, además se describen mejor las necesidades atendiendo a las personas de manera más individualizada.

El 24.56% respondió que prefieren el plan de tipo standard: básicamente las respuestas se ciñen a la rapidez que permite el plan de este tipo y se considera que es más fácil, concreto y básico por patología.

El 10.52% eligen el plan standard o individualizado: su elección depende del tipo de paciente y la patología que presenta.

El 35% de los encuestados respondieron en blanco.

Gráfico 27: Distribución según el tipo de plan de cuidados elegido
¿Cuánto tiempo en minutos destina usted aproximadamente a la elaboración de un P.A.E. informatizado dentro de su jornada laboral?

En la muestra estudiada destaca que un 15.8 % de los profesionales no hacen planes de cuidados, es decir, no le destinan ningún tiempo de su jornada a realizarlos.

De los que sí los hacen:
El 32.1 % utilizan de 6 a 10 ' para su elaboración, mientras que un 35.8 % eligen la franja de tiempo entre 10 a 15 '. Se observa que, un 67.9 % emplean como media la franja de 6 a 15 ' según sea el plan elegido.

Gráfico 28: Distribución según el tiempo empleado en hacer un P.A.E.
C15. Pondere las afirmaciones siguientes

En la ponderación de afirmaciones que influyen en el registro del rol autónomo se han obtenido los siguientes resultados:

Gráfico 29: Distribución según ponderación de afirmaciones
¿Qué ventajas encuentra en utilizar el programa G.A.C.E.L.A?

El 21.05% de los encuestados no ven ninguna ventaja en la utilización del programa G.A.C.E.L.A.

El 73.68% de los encuestados opina que el programa G.A.C.E.L.A:
1. Es sencillo y rápido.
2. Que facilita la elaboración del proceso de atención de enfermería ofreciendo toda la información del paciente.
3. Asegura la calidad de cuidados a la vez que unifica criterios de actuación.
4. Existe un seguimiento de las necesidades de paciente.
5. Refleja la carga de trabajo de la enfermería.

Gráfico 30: Distribución ventajas programa G.A.C.E.L.A
C17. ¿Qué inconvenientes encuentra en utilizar el programa G.A.C.E.L.A?

De los profesionales encuestados se han obtenido las siguientes respuestas:

✓ El 26.31 % de las respuestas atribuyen los inconvenientes a la falta de tiempo que disponen los profesionales para registrar el rol autónomo.
✓ El 19.29% de las respuestas opina que el programa está incompleto, que faltan opciones
✓ El 10.52 % expresa claramente que el programa es pesado y demasiado extenso siendo un 17.54% que además comenta la falta de efectividad e inoperancia del programa GACELA.
✓ El 14.03 % de los encuestados apunta su mayor inconveniente a la lentitud del programa informático GACELA.
✓ El 3.5 % aduce otros motivos relativos al formato del programa y a la dependencia del sistema informático.
✓ El 1.75% de la muestra opina que existe un inconveniente relativo a la incomodidad de las sillas de trabajo ya que incumplen la normativa laboral vigente
✓ El 7.01 % de los encuestados respondieron en blanco.
Gráfico 31: Distribución inconvenientes programa G.A.C.E.L.A
Los siguientes factores pueden dificultar la realización de planes de cuidados

Los profesionales de enfermería refieren como factores muy influyentes en la realización de planes de cuidados:

✓ La plantilla esté ajustada a la carga real.
✓ El aumento de pacientes críticos en las unidades de hospitalización.

Gráfico 32: Factores que influyen en la realización de planes de cuidados
13.2 Análisis inferencial

Tras el análisis descriptivo, pasamos al análisis inferencial para la evaluación de los resultados más significativos de nuestro objeto de estudio e hipótesis de investigación.

El análisis inferencial se ha obtenido realizando diferentes cruces entre las respuestas obtenidas en la encuesta realizada. Para variables cualitativas en el programa SPSS se utiliza el sistema de cruce CROSSTABS. Para cruzar las variables cuantitativas, se analizan mediante el sistema de cruce T.

Se han realizado varios cruces, algunos de ellos al azar y otros dirigidos a obtener resultados que puedan ayudar a demostrar nuestra hipótesis inicial (ver en anexos todas las tablas de contingencia y pruebas de chi-cuadrado de Pearson).

A continuación se van a comentar algunos de los resultados que, según la prueba de chi-cuadrado, son significativos (aunque también comentaremos algunos de los resultados que, si bien esperábamos fueran significativos, no lo han sido.

Para su mejor comprensión los hemos organizado en 4 grupos atendiendo al desarrollo cronológico profesional que entendemos lógico.

Así se distribuye cronológicamente:

**Grupo A: relativo a la importancia de las escuelas en la formación de los profesionales**

A1. Importancia de trabajar con planes de cuidados * Elabora habitualmente planes de cuidados.
A2. Importancia de trabajar con planes de cuidados * No creo en planes de cuidados como metodología de trabajo
A3. Elabora habitualmente planes de cuidados * Permite registrar el rol autónomo y de forma indirecta la carga de trabajo.


A7. Aplicación en prácticas de planes de cuidados * Elabora habitualmente planes de cuidados.

**Grupo B**: relativo a la importancia de las direcciones de enfermería y su impulso en la formación de su propio personal

B1. Importancia de trabajar con planes de cuidados * Ha tenido siempre dirección de enfermería.

B2. Elabora habitualmente planes de cuidados * Conoce el modelo de cuidados de l’Hospital de l’Esperit Sant.

B3. Año inicio actividad laboral en el hospital * Elabora habitualmente planes de cuidados.


B5. Elabora habitualmente planes de cuidados * Sabe realizar un P.A.E. informatizado.

B6. Elabora habitualmente planes de cuidados * Es un ítem para la puntuación total de la carrera profesional.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados

Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
Grupo C: relativo a las herramientas que se ponen a disposición de los profesionales para favorecer el registro del rol autónomo


Grupo D: relativo a las interacciones entre el rol delegado y el rol autónomo.

D1. Elabora habitualmente planes de cuidados * El rol delegado ocupa mucho tiempo.
D2. Elabora habitualmente planes de cuidados * Tiempo empleado en tareas diversas.
D3. Elabora habitualmente planes de cuidados * Disminución estancia media.

El símbolo * en las siguientes tablas, indica las variables que se han cruzado para profundizar en el estudio de la hipótesis formulada.
Grupo A: Relativo a la importancia de las escuelas en la formación de los profesionales

A1. Importancia de trabajar con planes de cuidados *

Elabora habitualmente planes de cuidados

![Bar chart showing importances and non-importances of elaborating care plans. The chart indicates that 60.4% of those who elaborate plans value their importance positively, while 9.4% do not believe in their importance, and 20.8% also recognize the importance of this work.](image)

Comentario

Cuando se pregunta sobre la importancia de que la profesión de enfermería trabaje habitualmente con planes de cuidados, se observa que del 69.8% de personas que los elaboran, el 60.4% valora positivamente la importancia de este trabajo, existiendo un 9.4% que no cree en su importancia, por tanto, podríamos pensar en la existencia de otro tipo de motivación.

Aunque estos parámetros no han sido señalados como significativos estadísticamente, nos gustaría resaltar que un 30.2% de los profesionales del centro no realiza planes, aunque paradójicamente un 20.8% de ellos les otorga importancia.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados

Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
A2. Importancia de trabajar con planes de cuidados 

No creo en los planes de cuidados

![Barra de gráfico](image)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sí importante</th>
<th>No importante</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>No creo (muy de acuerdo)</strong></td>
<td><strong>No creo (desacuerdo)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>No creo (de acuerdo)</strong></td>
<td><strong>No creo (mostramiento)</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Comentario

Tenemos también una referencia significativa cuando se hace mención directamente a la creencia (interiorización subjetiva) de los profesionales en los planes de cuidados.

Como dato relevante destacamos que el 59,3% de los encuestados no creen en esta metodología de trabajo, sin embargo, el 40,8% de ellos les concede importancia.

Del 40,7% de los profesionales que considera este método de trabajo válido, todos ellos le dan la máxima importancia.
A3. Elabora habitualmente planes de cuidados *

Permite registrar el rol autónomo

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Elabora planes</th>
<th>No elabora planes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Permitir registrar (muy de acuerdo)</td>
<td>27,5%</td>
<td>10,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Permitir registrar (de acuerdo)</td>
<td>24,4%</td>
<td>16,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Permitir registrar (desacuerdo)</td>
<td>10,7%</td>
<td>7,4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Comentario

Para facilitar la interpretación de la tabla de contingencia se han sumado las respuestas dadas como positivas (muy de acuerdo y acuerdo).

El P.A.E. permite el registro del rol autónomo con esta premisa observamos que:

El 69,6% de los profesionales encuestados refieren elaborar habitualmente planes de cuidados, siendo el 84,6 % de éstos quienes opinan que permite registrar el rol autónomo, dato que contrasta con el 76,4% que a pesar de pensar que permite el registro de actividades enfermeras, no lo pone en práctica.
De la muestra de enfermeras/os de nuestro estudio de investigación, el 69,6% elaboran habitualmente planes de cuidados de enfermería (P.A.E.), siendo el 55,4% quienes aplicaron éstos en las escuelas de enfermería donde cursaron los estudios.

Por tanto, existe un 14,3% de profesionales que realiza habitualmente P.A.E., no habiendo recibido esta formación en la escuela.

Es de destacar también el 30,4% de los profesionales que aún habiendo aplicado P.A.E. en sus prácticas hospitalarias, actualmente no los elaboran en su actividad laboral diaria.
A5. Formación continuada post -graduación *
Sabe realizar un P.A.E. informatizado

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.

Comentario

Actualmente en nuestro centro utilizamos el soporte informático para el registro de la mayor parte de las actividades de enfermería (incluido el P.A.E).

Prácticamente todo el personal de enfermería (el 96,5%) reconoce saber utilizar el programa informático para poder realizar un P.A.E., aunque cabría destacar que el 24,6% de ellos no ha recibido formación específica post-graduación.
A6. Formación continuada post-diplomatura *
Elabora habitualmente planes de cuidados

<table>
<thead>
<tr>
<th>Elabora planes</th>
<th>No elabora planes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>51,8%</td>
<td>17,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>21,4%</td>
<td>8,9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Si form. post-g No form. post-g

Comentario

Al valorar la importancia que tiene la formación de los profesionales en el proceso de cuidados de enfermería, tras haber recibido su programa de graduación, observamos que del 69,6% de los profesionales que refiere elaborar habitualmente planes de cuidados, el 51,8% ha recibido formación post-graduación al respecto, aunque también es de destacar que existe un 17,9% que no ha recibido esta formación específica tras su titulación pero que actualmente también los elabora habitualmente.

Del 30,4% de los profesionales que refieren no elaborar habitualmente P.A.E. como parte de su trabajo diario, es significativo que el 21,4% de ellos hayan recibido formación continuada.
A7. Aplicación en prácticas de planes de cuidados aprendidos en la escuela *Elabora habitualmente planes de cuidados

<table>
<thead>
<tr>
<th>Elabora planes</th>
<th>No elabora planes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>25</td>
<td>8,3</td>
</tr>
<tr>
<td>17,9</td>
<td>41,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Son aplicables los PAES de escuela

No son aplicables los PAES de escuela

**Comentario**

Es importante conocer la opinión sobre las enseñanzas adquiridas en la escuela y como éstas pueden llegar a ser interiorizadas por los estudiantes. Observamos que el 66,7% de los encuestados realiza P.A.E. habitualmente, de ellos solo el 25% opina que los planes de cuidados aprendidos en la escuela son aplicables a la actividad diaria.

Hay que considerar que existe un 41% de los profesionales que a pesar de opinar que los planes aprendidos en la escuela no son aplicables al trabajo diario, sí los elabora habitualmente.

Del 33% de los profesionales que refiere no realizar planes en su trabajo, hay que destacar que el 8,3% opina que estos son aplicables y el 25% refiere que no lo son.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados

Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
Grupo B: Relativo a la importancia de las direcciones de enfermería y su impulso en la formación de su propio personal

**B1. Importancia de trabajar con planes de cuidados**

*Ha tenido siempre dirección enfermería*

---

**Comentario**

El impulso de la dirección de enfermería en esta profesión es esencial.

El 46.3% de los encuestados ha tenido siempre dirección de enfermería, de los cuales, el 44.4% da importancia a trabajar con planes de cuidados y solamente el 1.9% a pesar de haber tenido dirección de enfermería, no da importancia a trabajar con planes de cuidados.
**B2. Elabora habitualmente planes de cuidados**

*Conoce el modelo de cuidados propuesto por HES*

Elabora planes de cuidados: 37

No elabora planes de cuidados: 15

Conoce el modelo de cuidados: 2

No conoce el modelo de cuidados: 1

---

**Comentario**

El modelo de cuidados propuesto por el hospital de l’Esperit Sant es el de V. Henderson.

Este modelo es conocido por el 94,5% de los encuestados, de ellos el 27,3% no elaboran de planes de cuidados, siendo el 67,3% restante quienes lo utilizan habitualmente.
**B 3. Año inicio actividad hospital**

*Elabora habitualmente planes de cuidados*

---

**Comentario**

Distinguiemos tres periodos de especial relevancia:

- **1978-1984.** Período anterior a Dirección de enfermería:
  
  Los encuestados elaboran el P.A.E. en un 100% de los casos.

- **1985-1999.** Incorporación de la Dirección de enfermería en el centro, período de intensa formación en planes de cuidados, como principal objetivo de la dirección de enfermería:
  
  Los encuestados elaboran el P.A.E. en un 69,04% de los casos y no lo elaboran en un 30,9% de los casos.

  
  Se elabora el P.A.E. en un 60% de los casos mientras que el 40% no lo realiza.
Comentario
En el hospital de l’Esperit Sant se realizó la formación del personal de enfermería entre 1992 y 1999, como base de uno de los objetivos de la dirección.
Actualmente el 91,1% de los profesionales refiere haber realizado dicha formación, de ellos es de destacar que el 26,7% no los pone en práctica habitualmente y el 64,4% los introduce dentro de su actividad diaria.
Existe un 8,9% de los profesionales de la muestra que aun no habiendo recibido estas formación específica, refiere elaborar habitualmente P.A.E.
De los datos obtenidos deducimos que independientemente de la formación recibida en el hospital, el porcentaje de enfermeras que elaboran el P.A.E. de manera habitual no es significativo respecto del personal que no ha sido formado en el centro.
**B5. Elabora habitualmente planes de cuidados**

*Sabe realizar un P.A.E. informatizado*

Una de las dudas que preocupaba al equipo de investigación era si el soporte informático podía llegar a ser un impedimento para la elaboración de P.A.E. Esta cuestión ha dado un resultado significativo ya que de la muestra de la encuesta el 96,4% de los profesionales sabe realizar un P.A.E. en soporte informático, sin embargo solo el 69,6% de ellos lo elabora, lo cual nos lleva a pensar que el 26,8% aun sabiendo utilizar correctamente el programa informático, no los tiene adaptado a su metodología de trabajo.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados

Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
B6. Elabora habitualmente planes de cuidados *

*Es un ítem para la puntuación total de la carrera profesional (IPDP)*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Elabora planes</th>
<th>No elabora planes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>8</strong></td>
<td><strong>16</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>15</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- [ ] Es un ítem del IPDP (muy de acuerdo)
- [ ] Es un ítem del IPDP (de acuerdo)
- [ ] Es un ítem del IPDP (desacuerdo)

Comentario

Analizando la motivación que pudiera existir para la elaboración de P.A.E., teniendo en cuenta que está introducido como un ítem muy puntuado en el nivel B del I.P.D.P. (Incentivo Personal para el Desarrollo Profesional) del hospital, se observa que:

- el 70,6% de los profesionales (Σ entre Muy de acuerdo y De acuerdo) que NO elaboran planes de cuidados, no los hacen a pesar de saber que es un apartado importante.
- Cabría, quizás, investigar más a fondo si el 61,5% de los profesionales que lo realizan, ponen en práctica esta tarea por convicción o bien porque es justamente un ítem del I.P.D.P.
Grupo C: Relativo a las herramientas que se ponen a disposición de los profesionales para favorecer el registro del rol autónomo.

*C1. Elabora habitualmente planes de cuidados*

El programa G.A.C.E.L.A no es operativo

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Elabora planes</th>
<th>No elabora planes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>GACELA no es operativo (muy de acuerdo)</strong></td>
<td>13</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GACELA no es operativo (de acuerdo)</strong></td>
<td>19</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GACELA no es operativo (desacuerdo)</strong></td>
<td>7</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Comentario**

Otra de las cuestiones que podían influir en la mejora de este trabajo es la operatividad del sistema informático utilizado por el centro. Cuando se pregunta sobre ello, se obtiene una valiosa información de la que se desprende que el 76,4% de los profesionales consideran que el programa informático utilizado no es operativo, pero a pesar de ello el 57,1% lo utiliza para la elaboración de planes de cuidados. Del 23,2% que opina que el programa es útil, hay que destacar que el 10,7% refiere no elaborar planes habitualmente.
C2. Tiempo empleado en hacer un P.A.E. *

Elabora habitualmente planes de cuidados

Comentario

En cuanto al tiempo dentro del horario laboral que se destina (es necesario para) a la realización de un Plan de Atención de Enfermería (P.A.E.):

El 71,7% de los profesionales que habitualmente los elaboran (y por tanto entendemos que tienen un especial dominio tanto del programa informático como de la técnica) dicen precisar una franja de tiempo que oscila entre 6 y 15 minutos.
Grupo D: Relativo a las interacciones entre el rol delegado y el rol autónomo

D1. Elabora habitualmente planes de cuidados *

El rol delegado ocupa mucho tiempo

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Elabora planes</th>
<th>No elabora planes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rol delegado ocupa mucho tiempo (muy de acuerdo)</td>
<td>21</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Rol delegado ocupa mucho tiempo (de acuerdo)</td>
<td>19</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Rol delegado ocupa mucho tiempo (desacuerdo)</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Comentario

En el cruce de datos sobre la elaboración de planes de cuidados con la afirmación de que el rol delegado ocupa mucho tiempo, se observa un resultado muy significativo y que apoya el pilar principal de nuestra hipótesis de trabajo.

El 100 % de los enfermeros/as del hospital que no realizan habitualmente planes de cuidados opinan que el rol delegado ocupa la mayor parte de su tiempo de trabajo y justifican con la falta de tiempo. Hay que destacar que de los encuestados que sí refieren realizarlos, el 81,6% es de la misma opinión.
D2. Elabora habitualmente planes de cuidados *

Tiempo empleado en tareas diversas

<table>
<thead>
<tr>
<th>No elabora planes de cuidados</th>
<th>Elabora planes de cuidados</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- Tiempo empleado en tareas diversas (muy influyente)
- Tiempo empleado en tareas diversas (bastante influyente)
- Tiempo empleado en tareas diversas (influyente)
- Tiempo empleado en tareas diversas (poco influyente)
- Tiempo empleado en tareas diversas (nada influyente)

Comentario

El 58% de los profesionales que refieren elaborar P.A.E. opinan que el tiempo total empleado en tareas diversas, es decir no propias de Enfermería, tales como atender teléfono, localización de médicos, cubrir déficit unidosis, tiene una influencia importante en la distribución de su jornada laboral. El porcentaje de profesionales que no realizan P.A.E. y que opinan que el tiempo empleado en tareas diversas es muy elevado, aumenta hasta el 70,6%.
D3. Elabora habitualmente planes de cuidados *

Disminución estancia media

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>No elabora planes de cuidados</th>
<th>Elabora planes de cuidados</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Disminución</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>de la estancia media (muy influyente)</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>(bastante influyente)</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>(influyente)</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>(poco influyente)</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>(nada influyente)</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Comentario

El 64,6% de los profesionales del centro que refieren no elaborar P.A.E. en su jornada laboral, le otorgan una importancia especial de la disminución de la estancia media de los pacientes. Este porcentaje desciende al 41,2 % en el caso de los profesionales que sí elaboran P.A.E..
Durante la elaboración de este estudio hemos comprobado como el soporte informático es una herramienta de trabajo muy útil, siempre que se hayan adquirido unas nociones básicas sobre el mismo. Hay que destacar que se perdió una cantidad sustancial de la información elaborada en el estudio por tener deficiencias en nuestro dominio de esta herramienta, con el consiguiente empleo de tiempo adicional para su reelaboración. A partir de este hecho, hemos tenido mucho esmero en ir guardando periódica y sistemáticamente toda la información recogida en varios formatos distintos.

En una apreciación subjetiva de los resultados obtenidos de los cuestionarios, creemos que éstos han sido respondidos con cierta influencia debida a nuestra presencia. La cercanía con las personas encuestadas en que nos vemos diariamente, el conocimiento de nuestras ideas y nuestra posición de mandos intermedios, han podido dar resultados inesperados en cuanto a la obtención de resultados. Hay que destacar que alguna de las ideas que barajábamos a priori al inicio de la recogida de información, no han resultado significativas en el estudio de campo, sabiendo positivamente que en comentarios verbales de los encuestados, la opinión era distinta.
En este estudio se ha analizado la filosofía y la conceptualización del pensamiento enfermero, las tendencias de las grandes autoras y el posicionamiento que adopta el Hospital en cuanto al marco conceptual de Virginia Henderson, que se ha adoptado como filosofía. Se ha comprobado la vigencia de las competencias de la profesión y la actualización de las posiciones ético-legales vigentes, dejando constancia de la normativa y su relación con la historia del centro en cuanto a registros del colectivo enfermero. Se ha evaluado la trayectoria de la Dirección de Enfermería durante el periodo que hemos estudiado y su posible relación con el desarrollo del rol autónomo de la enfermería. Se ha tenido en cuenta la tendencia a la disminución de la estancia media de los pacientes como un factor que podría ser determinante, a priori, en cuanto a volumen de carga de cuidados. Analizando los resultados obtenidos en las encuestas elaboradas, podemos afirmar en lo referente a las personas encuestadas que:

15.1 Formación

Las escuelas universitarias de enfermería juegan un papel crucial en la profesión, puesto que la enseñanza de la elaboración del P.A.E. en las
prácticas hospitalarias de los futuros profesionales, repercute en la actividad laboral de los mismos.

Es también de crucial importancia que en el futuro, las escuelas de enfermería inculquen positivamente esta metodología de trabajo habitual en la profesión, como una creencia hacia una mejora de la actividad diaria y en beneficio del paciente.

Es tarea de las escuelas y de los demás profesionales que se dedican a la formación, orientar sus esfuerzos en la importancia de desarrollar el Rol autónomo, ya que aunque no se ha obtenido un resultado significativo en algunas de las preguntas del cuestionario dirigidas a ello, se observa un alto porcentaje de utilización de esta metodología de trabajo en profesionales que han sido instruidos tanto en su formación inicial, como en la posterior a la graduación.

15.2 Entorno laboral

Ha quedado demostrada la importancia que tienen las Direcciones de Enfermería para el colectivo enfermero, ya que desde ese puesto dentro del organigrama, donde se ha de buscar el referente necesario para desarrollar el Rol autónomo de la profesión.

De las Direcciones de enfermería dependen tanto la formación de su personal como la consecución de los objetivos fijados en una forma de trabajar basada en un marco conceptual. El impulso de formación específica propia de cada centro basada en sus objetivos impone a su personal unos criterios de prioridades que repercuten en su actividad diaria y, por tanto, directamente en beneficio del paciente. En nuestro centro, el impulso de la Dirección de Enfermería fue básico para desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería como metodología e instrumento de trabajo.

No queda tan patente la demostración de que los profesionales tengan en la remuneración (IPDP) un punto importante para registrar su rol autónomo. Los porcentajes obtenidos de los profesionales que dicen realizar planes de
cuidados no son significativos, sin embargo, es una idea que aunque no ha quedado reflejada en los resultados obtenidos sí es patente en los comentarios del personal.

15.3 Herramientas

En cuanto al sistema operativo G.A.C.E.L.A., los profesionales están de acuerdo en que, si bien su empleo facilita la elaboración del P.A.E., el sistema informático posee muchos defectos y, la falta de agilidad del programa hace que sea mucho el tiempo que se ha de invertir en llevarlo a cabo. El tiempo empleado en tareas diversas como el de la verificación del sistema monodosis de farmacia, realizar tareas delegadas médicas imprevistas y suplir con el propio esfuerzo todas las deficiencias de la organización, hace que sea más difícil el registro del Rol Autónomo y por tanto el desarrollo del P.A.E..

Sin embargo, la presencia cada vez más alta de pacientes críticos dentro de las unidades de enfermería, no influye significativamente en el desarrollo del Rol autónomo. El profesional no da un peso muy elevado a la carga de trabajo que le supone la presencia de pacientes de estas características a la hora de plasmar el P.A.E..

En cuanto a la disminución de la Estancia media de los pacientes, tenemos constancia escrita y objetiva de dicha tendencia. Esto implica un aumento de la intensidad de los cuidados que se le realizan a estos pacientes en un menor tiempo. Esperábamos que hubiese sido un factor de peso que relacionase la tendencia al abandono del registro del Rol autónomo pero los profesionales encuestados no le dan gran importancia a este dato como factor determinante para la realización del P.A.E..

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados

Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
Para poder definir más concretamente cuáles son los elementos esenciales para la continuidad de cuidados, en cuanto nos referimos al registro escrito del rol autónomo de enfermería, sería necesario incidir en los dos campos en los que hemos basado la investigación:

16.1 Formación universitaria

✓ Rediseñar programas de formación de escuelas de enfermería así como facilitar el contacto de los estudiantes con la realidad de la profesión mediante un sistema real de interrelación escuela-hospital.

✓ Desarrollar estrategias en todos los niveles de la formación (desde pre-grado hasta post-grado), que permitan incorporar e interiorizar la importancia de esta metodología de trabajo, y con su cumplimiento obtener resultados en el proceso de salud de las personas.

16.2 Compromiso laboral

✓ Creación de grupos internos de formación y de autoayuda para fomentar la motivación.

✓ Potenciar la figura de las direcciones de enfermería en los órganos directivos de los centros hospitalarios.
✓ Formación continuada por parte del centro, tanto al personal de nueva incorporación, como de recordatorio y actualización al personal permanente del centro.

✓ Selección del personal de nueva contratación dirigido a profesionales que se hayan formado en P.A.E. y lo tenga integrado como metodología de trabajo.

✓ Valoración por parte del personal directivo de la ratio de paciente / enfermera de hospitalización en un hospital comarcal, teniendo en cuenta la absorción por parte de estos centros de pacientes cada vez más complejos.

✓ Valorar la posibilidad de repuntuar el I.P.D.P. anualmente como incentivo económico del trabajo en su excelencia y la posibilidad de retirar momentáneamente. Cualquier mecanismo de promoción debe tener en cuenta tanto el incentivo económico desde el punto de vista profesional.

16.3 Herramientas

✓ Potenciación por parte de los centros de trayectorias o guías clínicas como protocolos compensatorios de las patologías mas frecuentes y con una estancia media baja. Estos sistemas de trabajo ayudarían a establecer una sucesión cronológica de actividades y a coordinar el trabajo de los profesionales en cuanto a la cobertura de las necesidades de los pacientes.

✓ Revisión del formato del Dossier de cuidados para hacerlo más manejable con el objetivo de que la enfermera pueda llevarlo a la habitación del paciente y poder registrar "in situ" y en tiempo real para
facilitar la cumplimentación de las anotaciones en el momento en que se llevan a cabo los cuidados.

 verifica Creación de grupos en interunidades conducidos por una Supervisora de hospitalización con la preparación adecuada, para liderar y poder recoger de los profesionales, las necesidades y propuestas de mejora que surjan de forma individualizada.

 verifica Recalificación de tareas diversas, principalmente administrativas y de la revisión de circuitos en la organización, para la recuperación de tiempo destinado al registro del propio rol.

 verifica Actualización y revisión de los equipos informáticos, de los programas utilizados diariamente y de sus conexiones para dar agilidad y servicio a los profesionales de enfermería.
17 LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

✓ Estudios desde las escuelas sobre el grado de "interiorización" y "la importancia que le conceden los alumnos" para asumir el rol autónomo de la profesión como el principal papel a desarrollar en su vida laboral.

✓ Estudio sobre la importancia en los centros de trabajo de la figura de la dirección de enfermería como líder del compromiso para con su personal de la realidad sobre lo que significa el producto enfermero.

✓ Estudio sobre si la existencia de mandos intermedios como factor determinante para la transmisión de la metodología y su continuidad.

✓ Estudio del nivel de influencia que los incentivos remunerados pueden desarrollar para la consecución del aumento de calidad en los cuidados de enfermería que se imparten.

✓ Estudio de investigación interhospitalario para determinar qué tipo de actividades no son propias de la profesión de enfermería y que distorsionan aquellas que realmente les son inherentes y que, por tanto, dificultan el desarrollo del rol propio.
18 BIBLIOGRAFÍA

✓ Consejo internacional de enfermeras. Código deontológico del C.I.E. Ginebra (Suiza) 2000
✓ Henderson, V. Principios básicos de los cuidados de Enfermería. C.I.E. 1971


✓ Reial Academia de Medicina de Catalunya. El diàleg bioètic albirant el tercer mil.èni. Discurs Dr Francesc Abel i Fabre. Discurs Dr. Moises Broggi i Vallà. Barcelona 1999


✓ http://tanatologia.org/tanatologia/enfermeria-cuidados

✓ http://www.geocites.com

✓ http://www.bioeticaweb.com
✓ DOGC 1477 (07.08.1991)

✓ Normativa d'ús de la Història Clínica. Hospital de l'Esperit Sant. 1998
Trabajo dirigido por el profesor:

ESTEVE PONT

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor Presidenta
Esteve Pont Secretario
Concepció Feirrer Vocal
José Tejada Vocal

Presentado en fecha: 03. Febrero. 2005

Aceptado en fecha:

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados
Fernández Labrada, Mª A.; Giménez Murugarren, M; Ribas Giménez, M.
ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

(ANEXOS)

Autoras:
Mª Ángeles Fernández Labrada
Montserrat Giménez Murugarren
Marina Ribas Giménez
INDICE:

1. ENCUESTA
   1.1. Carta de presentación ................................................................. 6
   1.2. Cuestionario ................................................................................. 7
   1.3. Ítems de validación .................................................................... 14

2. RELACIÓN DE RESPUESTAS OBTENIDAS EN LAS PREGUNTAS ABIERTAS DEL CUESTIONARIO
   2.1. Tabla B5 : Principales dificultades para poner en práctica los P.A.E.S de escuela................................................................. 15
   2.2. Tabla C8 : ¿Cree Ud. Que es importante trabajar con planes de cuidados? ............................................................... 18
   2.3. Tabla C11 : ¿Por qué no es capaz de realizarlo? ......................... 22
   2.4. Tabla C13 : ¿Por qué elige este tipo de plan de cuidados ? .......... 23
   2.5. Tabla C.16 : ¿Qué ventajas encuentra en utilizar el programa G.A.C.E.L.A? ............................................................... 26

3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO (SPSS)
   3.1. Análisis descriptivo : Tablas de frecuencia .................................. 32
       3.1.1. A) Datos de identificación personal ....................................... 32
       3.1.2. B) Datos laborales ................................................................. 35
       3.1.3. C) Datos relativos a la práctica profesional de enfermería ...... 38
   3.2. Análisis inferencial : Tablas de contingencia ................................. 45
       3.2.1. Cruces relativos a la aplicación P.A.E en prácticas................. 46
               3.2.1.1 Aplicación P.A.E en prácticas h * Formación específica antes de 1999 ........................................................... 46
3.2.1.2 Aplicación P.A.E en prácticas hospitalarias * Modelo de cuidados propuesto por HES .................................................47
3.2.1.3 Aplicación P.A.E en prácticas hospitalarias * Sabe realizar un P.A.E Informatizado .................................................................48
3.2.1.4 Aplicación P.A.E en prácticas hospitalarias * Sabe modificar/ actualizar un P.A.E informatizado ........................................49
3.2.1.5 Aplicación P.A.E en prácticas hospitalarias * Elabora habitualmente planes de cuidados ...............................................................50

3.2.2 Cruce relativo a la aplicación planes aprendidos en la escuela de enfermería
3.2.2.1 Aplicación de planes de cuidados aprendidos * Elabora habitualmente planes de cuidados ..............................................................51

3.2.3 Cruces relativos a la formación
3.2.3.1 Formación continuada postdiplomatura * Formación específica antes 1999 .................................................................53
3.2.3.2 Formación continuada postdiplomatura * Modelo de cuidados propuesto por HES .................................................................54
3.2.3.3 Formación continuada postdiplomatura * Sabe realizar un P.A.E informatizado .................................................................55
3.2.3.4 Formación continuada postdiplomatura * Sabe modificar/actualizar un P.A.E informatizado ................................................56
3.2.3.5 Formación continuada postdiplomatura * Elabora habitualmente planes de cuidados.................................................................57

3.2.4 Cruces relativos a la elaboración de planes de cuidados
3.2.4.1 Elabora habitualmente planes de cuidados * Formación específica antes de 1999 .................................................................59
3.2.4.2 Elabora habitualmente planes de cuidados * Modelo de cuidados propuesto por H.Esperit Sant .................................60
3.2.4.3 Elabora habitualmente planes de cuidados * Sabe realizar un P.A.E informatizado ........................................61
3.2.4.4 Elabora habitualmente planes de cuidados * Sabe modificar/actualizar un P.A.E informatizado ..................62
3.2.4.5 Elabora habitualmente planes de cuidados * Gacela no es operativo ...........................................................63
3.2.4.6 Elabora habitualmente planes de cuidados * Aumento pacientes críticos en las unidades de hospitalización ....64
3.2.4.7 Elabora habitualmente planes de cuidados * Disminución de la estancia media ........................................65
3.2.4.8 Elabora habitualmente planes de cuidados * Tiempo empleado en tareas diversas ..................................66
3.2.4.9 Elabora habitualmente planes de cuidados * Es un ítem del I.P.D.P ...............................................................67
3.2.4.10 Elabora habitualmente planes de cuidados * Plantilla ajustada a la carga de trabajo ..............................68
3.2.4.11 Elabora habitualmente planes de cuidados * Tiempos destinados a actividades administrativas ................69
3.2.4.12 Elabora habitualmente planes de cuidados * Rol delegado ocupa mucho tiempo ..................................70

3.2.5 Cruces relativos a la importancia de trabajar con planes de cuidados

3.2.5.1 Importancia trabajar con planes de cuidados * Elabora habitualmente planes de cuidados ......................71
3.2.5.2 Importancia trabajar con planes de cuidados * No creo en los planes de cuidados .................................72
3.2.5.3 Importancia trabajar con planes de cuidados * Ha tenido siempre Dirección de enfermería ....................73
3.2.6 Cruces relativos al tiempo empleado en hacer un P.A.E

3.2.6.1 Tiempo empleado en hacer un P.A.E * Elabora habitualmente planes de cuidados ................................74

3.2.6.2 Tiempo empleado en hacer un P.A.E * Gacela no es operativo ...........................................................................76

3.2.7 Cruce relativo al año de titulación

3.2.7.1 Año de titulación * Elabora habitualmente planes de cuidados ............................................................................78

3.2.8 Cruce relativo al año inicio actividad en el HES

3.2.8.1 Año inicio actividad hospital * Elabora habitualmente planes de cuidados ...........................................................84
1. ENCUESTA

1.1. Carta de presentación

Apreciado compañero/a:

El presente cuestionario que le presentamos es un instrumento que tiene como finalidad recoger información para la elaboración de un trabajo de investigación sobre “Elementos esenciales para la continuidad de cuidados de enfermería”.

Para su correcta cumplimentación, lea atentamente las instrucciones que figuran al inicio del cuestionario. En ningún caso hay respuestas correctas, adecuadas o inadecuadas. Lo importante es su sincera opinión en cada una de las cuestiones planteadas y esa opinión siempre es válida para el propósito del estudio.

Su colaboración es imprescindible para conseguir unos resultados ajustados a la realidad. Dado que el cuestionario es totalmente anónimo, lo que garantiza la confidencialidad de los datos, le rogamos que conteste con la máxima sinceridad posible. No firme ni coloque ningún dato de identificación personal.

Las autoras de este estudio pondrán a disposición de las personas colaboradoras los resultados obtenidos en el proceso de investigación, si así lo desean.

Agradecemos de antemano su colaboración.

Mª Angeles Fernández Labrada
Montserrat Giménez Murugarren
Marina Ribas Giménez
1.2. Cuestionario

CUESTIONARIO

Instrucciones para su cumplimentación:

- Lea detenidamente cada pregunta.
- Rodee con un círculo el número de la respuesta por usted elegida.
  Ej: 1 2
- Si por error selecciona una respuesta que no desea tache la incorrecta y seleccione de nuevo.
  Ej: 1 2
- Preste especial atención al enunciado de las preguntas subrayadas ya que están relacionadas con respuestas anteriores.

A/ DATOS DE IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL

A.1 Edad ............. años


A.3 Año de obtención del título de Diplomado en Enfermería .............

A.4 Escuela Universitaria donde cursó los estudios:

1. Gimbernat
2. Santa Madrona
3. Bellvitge
4. Valle Hebron
5. Sant Pau
6. Otra ............... (especificar)
7.

A.5 Modelo conceptual de enfermería elegido por su escuela

1. V. Henderson
2. D. Orem
3. H. Peplau
4. Callista Roy
5. Otro .................. (especificar)
6. Ninguno
A.6 Durante su formación inicial, en la escuela de enfermería, ¿trabajó y aplicó el P.A.E como metodología de trabajo en sus periodos de prácticas hospitalarias?

1. Sí  
2. No

A.7 ¿Ha recibido formación continuada, tras diplomarse, centrada en el proceso de atención de enfermería?

1. Sí  
2. No

**B DATOS LABORALES**

B.1 ¿Ha trabajado como enfermero/a en otros centros hospitalarios?

1. Sí  
2. No

*Sí ha contestado Sí en la pregunta anterior*

B.2 ¿Qué modelo conceptual de enfermería tenían adoptado?.................................

B.3 ¿Utilizaba planes de cuidados en el ejercicio diario de la profesión?

1. Sí  
2. No

B.4 ¿Cree usted que los planes de cuidados aprendidos en la escuela son aplicables a la práctica profesional diaria?

1. Sí  
2. No

B.5 Si ha contestado No, ¿Cuáles son las principales dificultades para ponerlos en práctica?

..............................................................
..............................................................
..............................................................
B.6 ¿Considera que en las escuelas de enfermería enseñan la realidad del trabajo diario de planificación de cuidados?

1. Sí  
2. No

B.7 Año de inicio de actividad laboral como enfermero/a en el Hospital de l'Esperit Sant .................

- Si inició su actividad como enfermero/a en el H.Esperit Sant con fecha posterior al 1/1/2000, pase a la pregunta C.1.
- Si inició su actividad como enfermero/a antes de 1/1/2000 puede proseguir con el cuestionario. Las preguntas siguientes están relacionadas con la situación laboral entre 1996-2000

B.8 ¿Recibió formación específica para la elaboración y utilización de planes de cuidados antes del año 1999 en el Hospital del Espíritu Santo?

1. Sí  
2. No

B.9 Si ha contestado Sí en la pregunta anterior, la formación recibida estuvo dirigida a realizar y trabajar con planes de cuidados en:

Puede responder más de una opción

1. Soporte papel (cursos impartidos por Mme.Bisly)
2. Soporte informático (curso formación G.A.C.E.L.A)
3. Otro tipo de formación .........................(especificar)
C. DATOS RELATIVOS A LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

C.1 Unidad en la que trabaja actualmente (MARQUE SÓLO UNA OPCIÓN)
   1. Enfermero/a hospitalización Pabellón A
   2. Enfermero/a hospitalización Pabellón B
   3. Correturnos y personal de fin de semana

C.2 ¿Conoce la filosofía del departamento de enfermería del Hospital del Espíritu Santo?
   1. Sí       2. No

C.3 ¿Conoce los objetivos de dicho departamento?
   1. Sí       2. No

C.4 ¿Ha tenido siempre Director/a de enfermería en el Hospital de l’Esperit Sant?
   1. Sí       2. No

C.5 Si ha contestado No, ¿de qué otro tipo de dirección ha dependido? (puede responder más de una opción)
   1. Dirección médica
   2. Dirección asistencial (médica + enfermería)
   3. Otra ......................(especificar)

C.6 ¿Sabe cuál es el modelo conceptual de cuidados propuesto por el departamento de enfermería del Hospital del Espíritu Santo?
   1. Sí       2. No

C.7 Si ha contestado Sí en la pregunta anterior escríbalo

..........................................................................................................................................................
C.8 ¿ Cree usted que es importante trabajar con planes de cuidados?

1. Sí  2. No

¿por qué?

.................................................................................................................................
.................................................................................................................................
.................................................................................................................................

C.9 ¿ Sabe usted realizar un plan de cuidados de enfermería informatizado?

1. Sí  2. No

C.10 Si ha contestado sí en la pregunta anterior, ¿sabría modificar/actualizar un plan de cuidados?

1 Sí  2 No

C.11 Si ha contestado no en la pregunta C9, explique por qué no es capaz de realizarlo.

.................................................................................................................................
.................................................................................................................................
.................................................................................................................................

C.12 ¿ Elabora habitualmente planes de cuidados? (Sólo responda si es enfermero/a de hospitalización)

1 Sí  2 No

C.13 En caso afirmativo, ¿qué tipo de plan elige preferentemente?

( Cuidados directos, Plan individualizado, Plan standart)

¿por qué?

.................................................................................................................................
C.14 ¿ Cuánto tiempo en minutos, destina usted aproximadamente a la elaboración de un P.A.E informatizado dentro de su jornada laboral? (excluir el tiempo que se emplea en la valoración al ingreso)

1. No le dedico ningún minuto, no hago planes
2. Menos de 5’
3. De 6 a 10’
4. De 10’a 15’
5. Más de 15’

C.15 Pondere las afirmaciones siguientes (de 1 para la que está más de acuerdo y 3 para la que esté menos):

1. Su realización/cumplimiento es un ítem que puntúa en el nivel B (IPDP o carrera profesional) 1 2 3
2. El rol delegado/collaboración me ocupa la mayor parte de la jornada laboral 1 2 3
3. No creo en los Planes de cuidados como metodología de trabajo 1 2 3
4. El programa GACELA, no me parece operativo 1 2 3
5. Es la metodología recomendada por de la Dirección de enfermería 1 2 3
6. Creo que la elaboración de un plan de cuidados, permite registrar el rol autónomo y de forma indirecta la carga de trabajo 1 2 3

C.16 ¿Qué ventajas encuentra en utilizar el programa GACELA?

............................................................................................................................
............................................................................................................................
............................................................................................................................
C.17 ¿ Qué inconvenientes encuentra en utilizar el programa GACELA?
.........................................................................................................................................................................................
.........................................................................................................................................................................................

C.18 Los siguientes factores pueden dificultar la realización de Planes de Cuidados. Ordénelos según su criterio de 1( más influyente) al 5 (menos influyente)

1. Plantilla de personal ajustado a la carga real de trabajo. 1 2 3 4 5
2. La presencia de pacientes críticos en las unidades de hospitalización va en aumento. 1 2 3 4 5
3. Tiempos destinados a actividades administrativas: localización médicos, atender teléfono... 1 2 3 4 5
4. Disminución de la estancia media 1 2 3 4 5
5. Tiempo empleado en verificar órdenes médicas, cobertura deficiencias unidosis... 1 2 3 4 5
### 1.3 Ítems de validación

<table>
<thead>
<tr>
<th>UNIVOCIDAD</th>
<th>PERTINENCIA</th>
<th>IMPORTANCIA</th>
<th>OBSERVACIONES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 2 3 4 5</td>
<td>1 2 3 4 5</td>
<td>1 2 3 4 5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A.1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A.2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A.3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A.5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A.7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A.8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B.13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.14</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.16</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.18</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.19</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.20</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
###Tabla B.5

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cuestionario n°</th>
<th>Principales dificultades para poner en práctica los P.A.ES de escuela</th>
<th>RESPUESTAS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>tiempo / cantidad / no hay continuidad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>utópicos / falta de tiempo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>aplicables con cargas de trabajo adecuadas / no aplicables actualmente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Falta de tiempo / no se ponen en práctica suficientemente / no se les da la utilidad correspondiente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Falta de tiempo, falta de efectividad / no se ven los resultados / si se hace constancia o no los cuidados prestados van a ser los mismos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Falta de personal</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Falta de personal</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Elevado ratio paciente / enfermero / estancia hospitalaria corta / realizar funciones que no son de enfermería / el horario laboral</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>lo aprendido en la escuela no refleja la realidad cotidiana ni los medios que se dispone</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Cargas de trabajo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>La falta de tiempo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>-------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>La falta de tiempo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>La falta de tiempo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Presión asistencial(elevado ratio)/tiempo de dedicación/complejidad de los enfermos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Demasiado extensos/poco concretos/requieren tiempo para ser elaborados/no aplicable a las demandas y necesidades laborables</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>No son prácticos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Falta de tiempo/no hay seguimiento/ formato del plan/fallo de ordenadores, falta de conocimientos/demasiado extensos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>Falta de interés y coordinación entre los distintos profesionales</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Falta de tiempo para dejar constancia x escrito de los cuidados/si se hace mentalmente la cobertura de necesidades</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Muchos enfermos para cada enfermera/se trabaja a lo loco para que la faena salga</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Falta de tiempo para desarrollarlos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>Falta de tiempo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>Falta de tiempo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>Falta de tiempo material durante el periodo laboral para la creación y seguimiento de los planes</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Cargas de trabajo/los planes deberían ser más concretos y específicos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>Son poco prácticos en la vida profesional diaria</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>No hay tiempo suficiente para ponerlos en práctica</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>Se podrían seguir si se cumpliesen las funciones de enfermería, no médicas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>Falta de tiempo/Demasiado teóricos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>Falta de tiempo/ Falta de actualización del programa informático existente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td>Falta de tiempo / Falta de un correcto seguimiento</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>Complejidad de los planes de cuidados / Falta de tiempo / Discutible utilidad de los planes de cuidados / Poca incentivación personal</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 2.2. Tabla C.8

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cuestionario n°</th>
<th>¿Cree Ud. que es importante trabajar con planes de cuidados? SI ¿por qué?</th>
<th>NO ¿por qué?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Porque así se puede dar un cuidado más integral al paciente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Para poder conocer las necesidades del enfermo y poder actuar de forma organizada</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Perderíamos menos tiempo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td>No ha contestado el porqué</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Para realizar un mejor seguimiento del paciente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Si se utilizan realmente como debe ser y eso realmente no ocurre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Pero no le veo una aplicación efectiva, actualmente no me ayudan en mi trabajo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Es importante registrar y mantener una continuidad en los cuidados realizados</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Para poder dar cuidados concretos sobre los problemas que presentan los enfermos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td></td>
<td>No por realizar planes de cuidados se ofrece mayor atención al paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td></td>
<td>No por realizar planes de cuidados se ofrece mayor atención al paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td></td>
<td>Porque las cargas de trabajo imponen otras prioridades, en el momento que se facilite el trabajo y una mejor atención al usuario, serán importantes</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Porque cada paciente es un individuo con sus propias necesidades y sus cuidados propios</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Refleja las cargas de trabajo del personal de enfermería</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados – Anexos
Fernández Labrada, Mª A. Giménez Murugarren, M. Ribas Giménez, M
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Pregunta en blanco totalmente</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>16</td>
<td>No contestada</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Planificar, organizar y priorizar los cuidados a proporcionar durante su estancia hospitalaria</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Porque está protocolizado y es la manera que, propone la empresa para trabajar, además se puntúa para la carrera profesional</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Se ve reflejado el trabajo enfermero, no valorado cómo debería serlo</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>No son viables</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Porque refleja el trabajo diaria de nuestra profesión</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Se tiene un concepto de la persona como un todo, un concepto psico-bio-social. El plan de cuidado además de ordenar tareas y clasificar, permite al sanitario ver la enfermo en su globalidad</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Son fáciles y prácticos si están hechos correctamente</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>Porque te permite trabajar individualmente a cada paciente y centrarte en el cuidado de aquellas necesidades que se vean alteradas</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Es un proceso de atención científica</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Creo que es importante trabajar con diagnósticos de enfermería. Nos da la autonomía de tomar nuestras propias decisiones y actuaciones</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Para saber la continuidad y seguimiento del paciente desde que ingresa hasta que marcha de alta</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>Potencia el rol autónomo enfermero. Aumenta la calidad</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>Para gestionar y organizar de la forma más óptima los cuidados de enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>Demuestra todos los objetivos y funciones de los cuidados de enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>Se sigue un método científico. Se protocoliza un sistema de trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>Para tener los cuidados estandarizados</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>Para tener los cuidados estandarizados</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>Refleja lo que hace la enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>Une criterios de enfermería y al poder estandarizar bastantes, facilitamos tiempo y trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>Es la base de la enfermería, nuestra herramienta para un trabajo integral y global</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>Bien hecho, haríamos una atención integral del paciente y no dejaríamos puntos sin atender</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>Reflejan cargas de trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>Siempre que sean fáciles de utilizar y que sirvan para planificar cuidados y con tiempo suficiente para su seguimiento</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>Si. Porque considero que es la forma de poner de manifiesto los cuidados integrales que se le ofrecen y aplican a los pacientes</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>Si. Creo que es importante realizar el plan de cuidados si tuviéramos el tiempo necesario para la atención y cuidado del paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>Por la justificación de las acciones que realizamos en nuestra jornada laboral</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>El trabajo que realizas queda registrado y su metodología ayudara en el futuro a planificar las tareas diarias</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>Porque se plasma por escrito la actividad de cada turno</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>Objetivan y dan prioridad a las acciones las acciones</td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>Porque cubriríamos mejor las necesidades básicas alteradas, que, a veces, con el tratamiento médico pasan por alto; como la prevención de úlceras por decúbito</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>Mantengo conocimientos, recuerdo y justifico dicha tarea profesional</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td>Pienso en el P.A.E como en una herramienta de trabajo que indica si las actividades y cuidados dirigidos al usuario son los adecuados. Da información acerca del paciente, los esfuerzos de los profesional van todos en una dirección, ...</td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>Es una forma de unificar criterios en objetivos y actuaciones de Enfermería. También es una forma legal para representar nuestro trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td>Para cubrir todas las necesidades del enfermo y que queden reflejadas</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td>Se abarca la globalidad de la persona y se tratan los problemas más individualmente. Da profesionalidad al trabajo de Enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td>Actualmente no; porque no son operativos; si fuesen más ágiles y directos, sí</td>
</tr>
</tbody>
</table>

No mejora localidad asistencial al enfermo. Se dispone de menos tiempo para estar con él. Se debería mejorar y mucho el programa GACELA, y hacerlo más fluido, sencillo y rápido.
2.3. Tabla C.11

<table>
<thead>
<tr>
<th>C.11</th>
<th>¿ Porque no es capaz de realizarlo?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Cuestionario nº</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Desde el cuestionario nº1 hasta el nº 40, esta respuesta quedó en blanco, por ello no están aquí referenciadas.
### 2.4. Tabla C.13

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cuestionario n°</th>
<th>¿Por qué elige este tipo de plan de cuidados?</th>
<th>RESPUESTAS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Por ser más personal y adecuarse con más exactitud a cada uno de los pacientes.</td>
<td>Individual</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Porque cada persona puede tener varias necesidades(todas ellas importantes)</td>
<td>Individual</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Por la patología del paciente</td>
<td>Individual</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Depende de la patología</td>
<td>Individual/Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Me parece más aplicable,ya que es más personal</td>
<td>Individual</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Se puede especificar a nivel individual</td>
<td>Individual</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Son más concretos</td>
<td>Individual</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Es el más rápido y concreto</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Porque cada persona es un mundo y cada vez ingresan con mas pluripatologías o plurinecesidades</td>
<td>Individual</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Describe individualmente las necesidades de cada paciente y las intervenciones que aplicamos a cada uno de ellos</td>
<td>Individual</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Es más rápido</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Es el básico por enfermedad y luego lo individualizo</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Elemento</td>
<td>Modo de cuidado</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>----------</td>
<td>----------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Normalmente individualizado o directo. El plan estándar está incompleto, faltan diagnósticos. No tengo un plan preferente.</td>
<td>Individualizado/Directo</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Rapidez</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>Es más concreto y te permite un cuidado, tal como dice la palabra, más individualizado</td>
<td>Individualizado</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Está ya realizado, ahorra tiempo y es más fácil</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Elijio según el paciente</td>
<td>Indistintamente</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Genérico</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>Creo que es el más adecuado para los enfermos con pluripatología (son la mayoría de los que hay en medicina interna)</td>
<td>Individualizado</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>Individuales</td>
<td>Individualizado</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>Depende de las características del paciente</td>
<td>Dependencia del paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>Para tratar de manera flexible al paciente atendiendo de manera integral</td>
<td>Individualizado</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>Me resulta más fácil</td>
<td>Plan estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>Depende de la autonomía del paciente</td>
<td>Dependencia del paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>Cada paciente necesita un plan y sabemos una vez realizada la valoración cual es.</td>
<td>El que requiere cada caso</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>Me ocupa menos tiempo realizarlo</td>
<td>Estándar con modificaciones</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>Por su rapidez y efectividad</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>Por que considero que son las más apropiadas para el tipo de paciente atendido por su pluripatología</td>
<td>Individualizado</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>Son más concretos y específicos</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>Núm.</td>
<td>Enunciado</td>
<td>Tipo</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>Son más comunes a dicha patología y tienen unificación de criterios con lo que facilitan la práctica diaria</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>Según mi punto de vista se acercan más a la realidad</td>
<td>Individualizado</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>Por la rapidez</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>Dependiendo del tipo de patología a destacar</td>
<td>Individualizado</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>Dependiendo de la patología</td>
<td>Individualizado/ Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>Me acerco más al caso real pero uso también mucho el estándar</td>
<td>Individualizado</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td>Permite individualizar cada persona y patología</td>
<td>Individualizado</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>Es más rápido</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td>Por el tipo de paciente, se ajusta bien a los planes ya establecidos</td>
<td>Estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 2.5. Tabla C.16

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cuestionario no</th>
<th>¿Qué ventajas encuentra en utilizar el programa GACELA?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Quedan registradas las necesidades del paciente y las acciones para cubrir esas necesidades</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Todos atenderíamos al paciente en base a los mismos objetivos</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Puedes hacer una valoración del seguimiento del paciente desde que ingresa hasta que se va de alta</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Facilita la elaboración de planes de cuidados y su seguimiento</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Ninguna, porque no se utiliza como se debería utilizar, no se el da el uso necesario</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Ninguna, no me ayuda en mi trabajo ya que realiza los cuidados igual, tenga el paciente el plan realizado o no</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Es más sencillo y concreto, registra los cuidados de enfermería y su continuidad</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Queda constancia de casi todos los registros de enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Permite estar sentado mientras se realiza</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Que al ser informatizado, se puede modificar una parte sin tener que realizar un nuevo plan</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Posibilidad de guardar el P.A.E y poder consultarlos en los próximos ingresos del paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Mejora la imagen de la historia de enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Todos los ingredientes del plan de cuidados están, sólo tienes que buscarlos</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Supongo que si estás habituado es algo más rápido en cuanto a escribir el parte</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Fácil manejo</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>El hecho de poseer de manera informática toda la información necesaria para elaborar un plan de cuidados</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Es rápido y cómodo de utilizar</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>Permite valorar individualmente las necesidades y marcar objetivos concretos</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Un guión a seguir predeterminado</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>En la actualidad ninguna, no trabajamos con diagnósticos de enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Se obtiene información concisa del paciente por otros turnos. Actualizar datos del paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>Agilidad (más rápido que si lo tuviéramos que redactar)</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>Puedes gestionar mejor los cuidados asignados a cada paciente y reflejar en cada momento la mayoría de acciones que realiza enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>Relacionar y planificar el programa de trabajo para recuperar y/o mantener la salud del paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>Sintetización y reorganización de la carga de trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>Tienes información del paciente en todo su proceso de 24 horas</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>Si tuviéramos una nueva versión creo que iríamos más rápido</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>Es cómodo y rápidamente buscas todo lo del paciente. Puedes leer o imprimir si interesa</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>Unificaríamos criterios a la hora de realizar las tareas de enfermería, en general</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>Sólo le encontraría ventajas si los usáramos por el trabajo diario</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>Si estuviera actualizado y desarrollado (pca, conexiones en red, ordenadores modernos, etc) economizaríamos tiempo</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>Es la forma de poner de manifiesto el trabajo desempeñado por enfermería y las cargas de trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>Mas ventajas en recoger información de todos los turnos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>Para la información del paciente en los evolutivos que es practico y rápido</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>Asegura la calidad de los cuidados del paciente y una lógica organización de las acciones para dar solución a las necesidades</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>Si se sacara partido a todas las posibilidades que tiene el programa las ventajas serian muchas. Pero actualmente en vez de ahorrar trabajo lo aumenta</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>Es un programa dirigido y enfocado a la labor diaria de enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>No se pierde información</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>Dejar por escrito el trabajo realizado, justificando las cargas de trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>Información del paciente se visualiza rápidamente y es correcto</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>Que la información es clara( comentarios), que puedes trabajar con mas información</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>Rapidez</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td>Si esta correctamente realizado nos puede servir para tener un buen seguimiento del paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>Unificación de criterios -&gt; misma metodología para las acciones de enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td>El registro de manera coherente y ordenada del trabajo realizado. Permitiría realizar trabajos posteriores sobre otros temas y control de calidad</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td>En la actualidad ninguna</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 2.6. Tabla C.17

<table>
<thead>
<tr>
<th>C.17</th>
<th>¿Qué inconvenientes encuentra en utilizar el programa GACELA?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cuestionario n°</td>
<td>RESPUESTAS</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Que no se lleva o no se puede llevar a cabo por las circunstancias de trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Si no se hace un seguimiento minucioso, continuo y por todos los turnos, no se puede conocer a cada paciente. Además es muy subjetivo, por lo que no hay unificación de criterios</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Falta de tiempo</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Se tendrían que hacer más protocolos de algunas patologías</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Que faltan planes estándar de algunas patologías</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>No se le saca todo el partido necesario</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Ocupa un tiempo que no es productivo, se utiliza por metodología, no por efectividad</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Falta de tiempo para utilizarlos</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Tiempo que se tarda en escribir, tiempo necesario para buscar partes anteriores</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Que es lento</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Que es muy lento</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Las sillas en las que estamos sentados incumplen la formativa de seguridad laboral, al igual que los monitores. Es un programa visualmente poco atractivo, del que no se utilizan partes que podrían restar trabajo administrativo y difícilmente modificable</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Que el plan realizado sólo lo conoce la persona que lo ha realizado porque no lo utilizamos como método de trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Programa no desarrollado en su totalidad y lento de realizar por la versión que tenemos. A veces no se tiene tiempo para hacerlos</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Falta de tiempo</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Faltan patologías en cuidados estándar. Rutina</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Falta de tiempo, de personal, soporte informático deficiente</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Es un poco pesado, debería ser más dinámico y atractivo. Debería actualizarse periódicamente</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Es lento, ocupa mucho tiempo en la realización de tareas, no es operativo</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>La falta de tiempo, la dedicación debido a las cargas de trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Aunque sea rápido, aún así a veces no hay tiempo para realizarlos. Además faltan acciones, los diagnósticos del plan estándar no constan todos</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Muy extenso. No es práctico</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>Es muy extenso y ni no se actualiza no sirve de nada</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Demasiados datos no útiles y falta de planes estándar</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>No se utiliza como deberíamos hacerlo</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Quedan registrados sólo actividades y cuidados de enfermería, no de médicos, fisioterapeutas</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>El formato cuando pasa a soporte escrito</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>Falta de contenidos actuales (actualizaciones). Falta de planes estándar y protocolos realizados por los profesionales del centro (enfermería)</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>A veces el tiempo, según las cargas de trabajo de ese día</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>Disponibilidad de tiempo. Falta de estándar en gacela</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>No es efectivo porque no es rápido y en la actualidad necesita modificaciones</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>A veces no hay tiempo de realizarlo según la carga de trabajo. El programa gacela que tenemos actualmente esta desfasado</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>Los típicos de los problemas informáticos. No siempre los ordenadores están OK</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>El programa que tenemos actualmente no es práctico ya que detalla elementos innecesarios y repetitivos, que no agilizan el trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>Se dedica mucho tiempo a algo teórico que luego no se utiliza en el trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>Actualmente es poco operativo (lento y farragoso) con la versión que usamos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Falta de tiempo y prestar menos atención a los pacientes</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>No es aplicable a la práctica profesional diaria</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>Falta de tiempo real para la utilización del programa</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>Si hay fallos informáticos dificultad en realizar notas de enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>Que cuando hay un fallo informático dependemos de él, y que a veces faltan cosas</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>Debería ser más fácil su aplicación y elaboración, creo que así se podría disminuir el tiempo dedicado a elaborar un plan</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>Es un programa lento y le falta actualización</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>Hay acciones que nos están contempladas, sobre todo la modificación de las mismas</td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>Con la carga actual de trabajo de enfermería, no es operativo llevar a cabo un P.A.E. A mí no me da tiempo de hacer planes, no es que no quiera</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>Lentitud, demasiadas acciones, diagnóstico repetido en muchos casos</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>Por datos incompletos</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>Que es lento por el funcionamiento de los ordenadores y que posiblemente no lo utilice correctamente, no se sacarle todas las ventajas que tiene (falta de formación continuada)</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>No esta actualizado, cerrado a parámetros</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td>Que no se realiza un seguimiento y sé continua realizando los comentarios de enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>Programa complejo, lento y que precisa de mucho tiempo para realizarlo. Priva de tiempo para estar con paciente -&gt; no por hacer un P.A.E el paciente esta mejor atendido</td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td>Ha de ser continuo para todos los turnos, sino no será operativo. Necesita un tiempo mínimo para trabajararlo correctamente</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td>Lento, poco practico, no se corresponde con la realidad, falta tiempo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO (SPSS)

3.1. ANALISIS DESCRIPTIVO : Tablas de frecuencias

3.1.1. A) Datos de identificación personal

<table>
<thead>
<tr>
<th>edad</th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td>22</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>23</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>3,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>25</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>5,4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>26</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>10,7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>27</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>12,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>28</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>17,9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>29</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>21,4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>30</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>26,8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>31</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>32,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>32</td>
<td>4</td>
<td>7,0</td>
<td>39,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>33</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>41,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>34</td>
<td>5</td>
<td>8,8</td>
<td>50,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>35</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>51,8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>36</td>
<td>7</td>
<td>12,3</td>
<td>64,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>37</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>67,9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>38</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>73,2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>39</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>78,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>40</td>
<td>4</td>
<td>7,0</td>
<td>85,7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>41</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>89,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>42</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>91,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>43</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>92,9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>44</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>94,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>49</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>96,4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>50</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>98,2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>56</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>56</td>
<td>98,2</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos</td>
<td>Sistema</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### sexo

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos masculino</td>
<td>6</td>
<td>10,5</td>
<td>10,5</td>
<td>10,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>51</td>
<td>89,5</td>
<td>89,5</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### año de titulacion

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos 1970</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
</tr>
<tr>
<td>1978</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>3,5</td>
</tr>
<tr>
<td>1980</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>5,3</td>
</tr>
<tr>
<td>1981</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>7,0</td>
</tr>
<tr>
<td>1982</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>8,8</td>
</tr>
<tr>
<td>1983</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>1985</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>12,3</td>
</tr>
<tr>
<td>1986</td>
<td>7</td>
<td>12,3</td>
<td>12,3</td>
<td>24,6</td>
</tr>
<tr>
<td>1988</td>
<td>6</td>
<td>10,5</td>
<td>10,5</td>
<td>35,1</td>
</tr>
<tr>
<td>1989</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>40,4</td>
</tr>
<tr>
<td>1990</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>43,9</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>47,4</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>8</td>
<td>14,0</td>
<td>14,0</td>
<td>61,4</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>66,7</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>68,4</td>
</tr>
<tr>
<td>1996</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>73,7</td>
</tr>
<tr>
<td>1997</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>77,2</td>
</tr>
<tr>
<td>1998</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>82,5</td>
</tr>
<tr>
<td>1999</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>84,2</td>
</tr>
<tr>
<td>2000</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>89,5</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>91,2</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>94,7</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Escuela universitaria estudios

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos gimbernat</td>
<td>24</td>
<td>42,1</td>
<td>42,1</td>
<td>42,1</td>
</tr>
<tr>
<td>bellvitge</td>
<td>9</td>
<td>15,8</td>
<td>15,8</td>
<td>57,9</td>
</tr>
<tr>
<td>vall hebron</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>63,2</td>
</tr>
<tr>
<td>sant pau</td>
<td>5</td>
<td>8,8</td>
<td>8,8</td>
<td>71,9</td>
</tr>
<tr>
<td>otras</td>
<td>16</td>
<td>28,1</td>
<td>28,1</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## modelo conceptual

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos V.Henderson</td>
<td>53</td>
<td>93,0</td>
<td>93,0</td>
<td>93,0</td>
</tr>
<tr>
<td>otro</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>94,7</td>
</tr>
<tr>
<td>ninguno</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## aplicación pae en practicas h

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos Sí</td>
<td>49</td>
<td>86,0</td>
<td>86,0</td>
<td>86,0</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>8</td>
<td>14,0</td>
<td>14,0</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## formación continuada post

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos Sí</td>
<td>42</td>
<td>73,7</td>
<td>73,7</td>
<td>73,7</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>15</td>
<td>26,3</td>
<td>26,3</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 3.1.2. B) Datos laborales

#### Trabajo otros centros

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sí</strong></td>
<td>32</td>
<td>56,1</td>
<td>56,1</td>
<td>56,1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>No</strong></td>
<td>25</td>
<td>43,9</td>
<td>43,9</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Modelo enfermería adoptado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sí</strong></td>
<td>10</td>
<td>17,5</td>
<td>27,0</td>
<td>27,0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>No</strong></td>
<td>16</td>
<td>28,1</td>
<td>43,2</td>
<td>70,3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>37</td>
<td>64,9</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Perdidos</strong></td>
<td><strong>Sí</strong></td>
<td>11</td>
<td>19,3</td>
<td>29,7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sistema</strong></td>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>20</td>
<td>35,1</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Utiliza planes en el ejercicio diario

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sí</strong></td>
<td>8</td>
<td>14,0</td>
<td>21,6</td>
<td>21,6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>No</strong></td>
<td>29</td>
<td>50,9</td>
<td>78,4</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>37</td>
<td>64,9</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Perdidos</strong></td>
<td><strong>Sí</strong></td>
<td>17</td>
<td>29,8</td>
<td>34,7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sistema</strong></td>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Aplicación planes de cuidados aprendidos

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sí</strong></td>
<td>17</td>
<td>29,8</td>
<td>34,7</td>
<td>34,7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>No</strong></td>
<td>32</td>
<td>56,1</td>
<td>65,3</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>49</td>
<td>86,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Perdidos</strong></td>
<td><strong>Sí</strong></td>
<td>8</td>
<td>14,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sistema</strong></td>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### las escuelas enseñan la realidad diaria

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos Si</td>
<td>8</td>
<td>14,0</td>
<td>14,3</td>
<td>14,3</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>48</td>
<td>84,2</td>
<td>85,7</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>56</td>
<td>98,2</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### año inicio actividad hospital

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos 1978</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
</tr>
<tr>
<td>1981</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>5,3</td>
</tr>
<tr>
<td>1984</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>7,0</td>
</tr>
<tr>
<td>1985</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>8,8</td>
</tr>
<tr>
<td>1986</td>
<td>5</td>
<td>8,8</td>
<td>8,8</td>
<td>17,5</td>
</tr>
<tr>
<td>1987</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>19,3</td>
</tr>
<tr>
<td>1988</td>
<td>6</td>
<td>10,5</td>
<td>10,5</td>
<td>29,8</td>
</tr>
<tr>
<td>1989</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>35,1</td>
</tr>
<tr>
<td>1990</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>38,6</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>42,1</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>8</td>
<td>14,0</td>
<td>14,0</td>
<td>56,1</td>
</tr>
<tr>
<td>1993</td>
<td>4</td>
<td>7,0</td>
<td>7,0</td>
<td>63,2</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>66,7</td>
</tr>
<tr>
<td>1996</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>70,2</td>
</tr>
<tr>
<td>1997</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>75,4</td>
</tr>
<tr>
<td>1998</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>78,9</td>
</tr>
<tr>
<td>1999</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>82,5</td>
</tr>
<tr>
<td>2000</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>87,7</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>89,5</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>93,0</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>4</td>
<td>7,0</td>
<td>7,0</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
## agrupacion años inicio

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos hasta 1995</td>
<td>38</td>
<td>66,7</td>
<td>66,7</td>
<td>66,7</td>
</tr>
<tr>
<td>1996-1999</td>
<td>9</td>
<td>15,8</td>
<td>15,8</td>
<td>82,5</td>
</tr>
<tr>
<td>2000 o más</td>
<td>10</td>
<td>17,5</td>
<td>17,5</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## formación específica antes 1999

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos Sí</td>
<td>41</td>
<td>71,9</td>
<td>89,1</td>
<td>89,1</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>5</td>
<td>8,8</td>
<td>10,9</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>46</td>
<td>80,7</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>11</td>
<td>19,3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## formación soporte papel

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos Sí</td>
<td>24</td>
<td>42,1</td>
<td>58,5</td>
<td>58,5</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>17</td>
<td>29,8</td>
<td>41,5</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>41</td>
<td>71,9</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>16</td>
<td>28,1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## formación soporte informático

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos Sí</td>
<td>41</td>
<td>71,9</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>16</td>
<td>28,1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## otra formación

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos No</td>
<td>41</td>
<td>71,9</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>16</td>
<td>28,1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 3.1.3. C) Datos relativos a la práctica profesional de enfermería

#### unidad de enfermería actual

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos Pab.A</td>
<td>24</td>
<td>42,1</td>
<td>42,1</td>
<td>42,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Pab.B</td>
<td>16</td>
<td>28,1</td>
<td>28,1</td>
<td>70,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Correturnos/Fin de semana</td>
<td>17</td>
<td>29,8</td>
<td>29,8</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### filosofía departamento de enfermería

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos SÍ</td>
<td>46</td>
<td>80,7</td>
<td>80,7</td>
<td>80,7</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>11</td>
<td>19,3</td>
<td>19,3</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### objetivos del departamento de enfermería

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos SÍ</td>
<td>43</td>
<td>75,4</td>
<td>76,8</td>
<td>76,8</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>13</td>
<td>22,8</td>
<td>23,2</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>56</td>
<td>98,2</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### ha tenido siempre dirección de enfermería

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos SÍ</td>
<td>26</td>
<td>45,6</td>
<td>45,6</td>
<td>45,6</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>31</td>
<td>54,4</td>
<td>54,4</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Dirección médica

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos Sí</td>
<td>17</td>
<td>29,8</td>
<td>54,8</td>
<td>54,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Válidos No</td>
<td>14</td>
<td>24,6</td>
<td>45,2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Válidos Total</td>
<td>31</td>
<td>54,4</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>26</td>
<td>45,6</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Dirección asistencial

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos Sí</td>
<td>19</td>
<td>33,3</td>
<td>61,3</td>
<td>61,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Válidos No</td>
<td>12</td>
<td>21,1</td>
<td>38,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Válidos Total</td>
<td>31</td>
<td>54,4</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>26</td>
<td>45,6</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Otra

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos No</td>
<td>30</td>
<td>52,6</td>
<td>96,8</td>
<td>96,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Válidos 3</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>3,2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Válidos Total</td>
<td>31</td>
<td>54,4</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>26</td>
<td>45,6</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Modelo de cuidados propuesto por HES

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos Sí</td>
<td>53</td>
<td>93,0</td>
<td>94,6</td>
<td>94,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Válidos No</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Válidos Total</td>
<td>56</td>
<td>98,2</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
importancia trabajar con planes de cuidados

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sí</td>
<td>44</td>
<td>77,2</td>
<td>81,5</td>
<td>81,5</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>10</td>
<td>17,5</td>
<td>18,5</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>54</td>
<td>94,7</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sistema</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

sabe realizar una pae informatizado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sí</td>
<td>55</td>
<td>96,5</td>
<td>96,5</td>
<td>96,5</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td>3,5</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

sabe modificar/ actualizar un pae informatizado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sí</td>
<td>54</td>
<td>94,7</td>
<td>98,2</td>
<td>98,2</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>55</td>
<td>96,5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sistema</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

elabora habitualmente planes de cuidados

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sí</td>
<td>39</td>
<td>68,4</td>
<td>69,6</td>
<td>69,6</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>17</td>
<td>29,8</td>
<td>30,4</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>56</td>
<td>98,2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sistema</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tiempo empleado en hacer un PAE</td>
<td>Frecuencia</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>Porcentaje válido</td>
<td>Porcentaje acumulado</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------</td>
<td>------------</td>
<td>------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>----------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Válidos No hago planes</td>
<td>9</td>
<td>15,8</td>
<td>17,0</td>
<td>17,0</td>
</tr>
<tr>
<td>menos de 5 min</td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td>1,9</td>
<td>18,9</td>
</tr>
<tr>
<td>de 6 a 10 min</td>
<td>17</td>
<td>29,8</td>
<td>32,1</td>
<td>50,9</td>
</tr>
<tr>
<td>de 10 a 15 min</td>
<td>19</td>
<td>33,3</td>
<td>35,8</td>
<td>86,8</td>
</tr>
<tr>
<td>más de 15 min</td>
<td>7</td>
<td>12,3</td>
<td>13,2</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>53</td>
<td>93,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>4</td>
<td>7,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>es un ítem IPDP</th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos muy de acuerdo</td>
<td>14</td>
<td>24,6</td>
<td>24,6</td>
<td>24,6</td>
</tr>
<tr>
<td>de acuerdo</td>
<td>22</td>
<td>38,6</td>
<td>38,6</td>
<td>63,2</td>
</tr>
<tr>
<td>desacuerdo</td>
<td>21</td>
<td>36,8</td>
<td>36,8</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>rol delegado ocupa mucho tiempo</th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos muy de acuerdo</td>
<td>20</td>
<td>35,1</td>
<td>36,4</td>
<td>36,4</td>
</tr>
<tr>
<td>de acuerdo</td>
<td>28</td>
<td>49,1</td>
<td>50,9</td>
<td>87,3</td>
</tr>
<tr>
<td>desacuerdo</td>
<td>7</td>
<td>12,3</td>
<td>12,7</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>55</td>
<td>96,5</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos Sistema</td>
<td>2</td>
<td>3,5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>no creo en los planes de cuidados</th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos muy de acuerdo</td>
<td>4</td>
<td>7,0</td>
<td>7,0</td>
<td>7,0</td>
</tr>
<tr>
<td>de acuerdo</td>
<td>31</td>
<td>54,4</td>
<td>54,4</td>
<td>61,4</td>
</tr>
<tr>
<td>desacuerdo</td>
<td>22</td>
<td>38,6</td>
<td>38,6</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Gacela no es operativo

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>muy de acuerdo</td>
<td>17</td>
<td>29,8</td>
<td>29,8</td>
<td>29,8</td>
</tr>
<tr>
<td>de acuerdo</td>
<td>27</td>
<td>47,4</td>
<td>47,4</td>
<td>77,2</td>
</tr>
<tr>
<td>desacuerdo</td>
<td>13</td>
<td>22,8</td>
<td>22,8</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### metodología recomendada por la Dirección enf

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>muy de acuerdo</td>
<td>40</td>
<td>70,2</td>
<td>70,2</td>
<td>70,2</td>
</tr>
<tr>
<td>de acuerdo</td>
<td>12</td>
<td>21,1</td>
<td>21,1</td>
<td>91,2</td>
</tr>
<tr>
<td>desacuerdo</td>
<td>5</td>
<td>8,8</td>
<td>8,8</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### permite registrar el rol autonomo y la carga de trabajo

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>muy de acuerdo</td>
<td>30</td>
<td>52,6</td>
<td>52,6</td>
<td>52,6</td>
</tr>
<tr>
<td>de acuerdo</td>
<td>16</td>
<td>28,1</td>
<td>28,1</td>
<td>80,7</td>
</tr>
<tr>
<td>desacuerdo</td>
<td>11</td>
<td>19,3</td>
<td>19,3</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### plantilla ajustada a la carga real de trabajo

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Muy influyente</td>
<td>27</td>
<td>47,4</td>
<td>47,4</td>
<td>47,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Bastante influyente</td>
<td>14</td>
<td>24,6</td>
<td>24,6</td>
<td>71,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Influyente</td>
<td>7</td>
<td>12,3</td>
<td>12,3</td>
<td>84,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Poco influyente</td>
<td>4</td>
<td>7,0</td>
<td>7,0</td>
<td>91,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Nada influyente</td>
<td>5</td>
<td>8,8</td>
<td>8,8</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### aumento de pacientes críticos en las unidades de h

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Muy influyente</td>
<td>12</td>
<td>21,1</td>
<td>21,1</td>
<td>21,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Bastante influyente</td>
<td>25</td>
<td>43,9</td>
<td>43,9</td>
<td>64,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Influyente</td>
<td>8</td>
<td>14,0</td>
<td>14,0</td>
<td>78,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Poco influyente</td>
<td>9</td>
<td>15,8</td>
<td>15,8</td>
<td>94,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Nada influyente</td>
<td>3</td>
<td>5,3</td>
<td>5,3</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### tiempos destinados a actividades administrativas

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Muy influyente</td>
<td>15</td>
<td>26,3</td>
<td>26,3</td>
<td>26,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Bastante influyente</td>
<td>13</td>
<td>22,8</td>
<td>22,8</td>
<td>49,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Influyente</td>
<td>8</td>
<td>14,0</td>
<td>14,0</td>
<td>63,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Poco influyente</td>
<td>9</td>
<td>15,8</td>
<td>15,8</td>
<td>78,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Nada influyente</td>
<td>12</td>
<td>21,1</td>
<td>21,1</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Disminución de la estancia media

<table>
<thead>
<tr>
<th>Clase de Influencia</th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Muy influyente</td>
<td>6</td>
<td>10,5</td>
<td>10,5</td>
<td>10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Bastante influyente</td>
<td>8</td>
<td>14,0</td>
<td>14,0</td>
<td>24,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Influyente</td>
<td>17</td>
<td>29,8</td>
<td>29,8</td>
<td>54,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Poco influyente</td>
<td>10</td>
<td>17,5</td>
<td>17,5</td>
<td>71,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Nada influyente</td>
<td>16</td>
<td>28,1</td>
<td>28,1</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tiempo empleado en tareas diversas

<table>
<thead>
<tr>
<th>Clase de Influencia</th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Muy influyente</td>
<td>13</td>
<td>22,8</td>
<td>23,2</td>
<td>23,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Bastante influyente</td>
<td>10</td>
<td>17,5</td>
<td>17,9</td>
<td>41,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Influyente</td>
<td>11</td>
<td>19,3</td>
<td>19,6</td>
<td>60,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Poco influyente</td>
<td>15</td>
<td>26,3</td>
<td>26,8</td>
<td>87,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Nada influyente</td>
<td>7</td>
<td>12,3</td>
<td>12,5</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>56</td>
<td>98,2</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Perdidos**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sistema</th>
<th>Frecuencia</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Porcentaje válido</th>
<th>Porcentaje acumulado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1</td>
<td>1,8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>57</td>
<td>100,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 3.1. ANALISIS INFERENCIAL: Tablas de contingencia

### 3.2.1. Cruces relativos a la aplicación P.A.E en prácticas

**Resumen del procesamiento de los casos**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos</th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>aplicación pae en practicas h * formación específica antes 1999</td>
<td>46</td>
<td>80,7%</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>aplicación pae en practicas h * Modelo de cuidados propuesto por HES</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>aplicación pae en practicas h * sabe realizar una pae informatizado</td>
<td>57</td>
<td>100,0%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>aplicación pae en practicas h * sabe modificar/ actualizar un pae informatizado</td>
<td>55</td>
<td>96,5%</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>aplicación pae en practicas h * elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 3.2.1.1. Aplicación P.A.E en practicas hospitalarias * Formación específica antes 1999

#### Tabla de contingencia

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>formación específica antes 1999</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>No</td>
<td>Total</td>
</tr>
<tr>
<td>aplicación pae en practicas h</td>
<td>Recuento</td>
<td>33</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>33,9</td>
<td>4,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de aplicación pae en practicas h</td>
<td>86,8%</td>
<td>13,2%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación especifica antes 1999</td>
<td>80,5%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>71,7%</td>
<td>10,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>Recuento</td>
<td>8</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>7,1</td>
<td>,9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de aplicación pae en practicas h</td>
<td>100,0%</td>
<td>,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación especifica antes 1999</td>
<td>19,5%</td>
<td>,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>17,4%</td>
<td>,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>Recuento</td>
<td>41</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>41,0</td>
<td>5,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de aplicación pae en practicas h</td>
<td>89,1%</td>
<td>10,9%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación especifica antes 1999</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>89,1%</td>
<td>10,9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>1,181b</td>
<td>1</td>
<td>.277</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>.213</td>
<td>1</td>
<td>.644</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>2,035</td>
<td>1</td>
<td>.154</td>
<td>.569</td>
<td>.366</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>1,155</td>
<td>1</td>
<td>.282</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>46</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .87.
### 3.2.1.2. Aplicación P.A.E en prácticas hospitalarias * Modelo de cuidados propuesto por Hospital de l'Esperit Sant

#### Tabla de contingencia

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Sí</th>
<th>No</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>aplicación pae</td>
<td>Recuento</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>en prácticas h</td>
<td>46</td>
<td>2</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>45,4</td>
<td>2,6</td>
<td>48,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de aplicación pae en</td>
<td>95,8%</td>
<td>4,2%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>prácticas h</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de Modelo de cuidados</td>
<td>86,8%</td>
<td>66,7%</td>
<td>85,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>propuesto por HES</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>82,1%</td>
<td>3,6%</td>
<td>85,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>Recuento</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>7,6</td>
<td>0,4</td>
<td>8,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de aplicación pae en</td>
<td>87,5%</td>
<td>12,5%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>prácticas h</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de Modelo de cuidados</td>
<td>13,2%</td>
<td>33,3%</td>
<td>14,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>propuesto por HES</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>12,5%</td>
<td>1,8%</td>
<td>14,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>Recuento</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>53</td>
<td>3</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>53,0</td>
<td>3,0</td>
<td>56,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de aplicación pae en</td>
<td>94,6%</td>
<td>5,4%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>prácticas h</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de Modelo de cuidados</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>propuesto por HES</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>94,6%</td>
<td>5,4%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>0,939b</td>
<td>1</td>
<td>0,332</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>0,015</td>
<td>1</td>
<td>0,904</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>0,741</td>
<td>1</td>
<td>0,389</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td>0,922</td>
<td>1</td>
<td>0,337</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0,376</td>
<td>0,376</td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- Calculado sólo para una tabla de 2x2.
- 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.
### 3.2.1.3. Aplicación P.A.E en practicas hospitalarias * Sabe realizar un P.A.E informatizado

#### Tabla de contingencia

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>sabe realizar una pae informatizado</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Sí</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>aplicación pae en practicas h Sí</td>
<td>Recuento</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>47,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de aplicación pae en practicas h</td>
<td>95,9%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de sabe realizar una pae informatizado</td>
<td>85,5%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>82,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>Recuento</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>7,7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de aplicación pae en practicas h</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de sabe realizar una pae informatizado</td>
<td>14,5%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>14,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>Recuento</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>55,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de aplicación pae en practicas h</td>
<td>96,5%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de sabe realizar una pae informatizado</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>96,5%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>,338&lt;sup&gt;b&lt;/sup&gt;</td>
<td>1</td>
<td>.561</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por</td>
<td>,000</td>
<td>1</td>
<td>1,000</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>continuidad</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>,617</td>
<td>1</td>
<td>.432</td>
<td>1,000</td>
<td>.737</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por</td>
<td>,332</td>
<td>1</td>
<td>.564</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lineal</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>57</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- Calculado sólo para una tabla de 2x2.
- 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.
3.2.1.4. Aplicación P.A.E en practicas hospitalarias * Sabe modificar/ actualizar un P.A.E informatizado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabla de contingencia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aplicación pae en practicas h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No Recuento</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
</tr>
<tr>
<td>% de aplicación pae en practicas h</td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe modificar/ actualizar un pae informatizado</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
</tr>
<tr>
<td>Total Recuento</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
</tr>
<tr>
<td>% de aplicación pae en practicas h</td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe modificar/ actualizar un pae informatizado</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pruebas de chi-cuadrado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .15.
### 3.2.1.5. Aplicación P.A.E en practicas hospitalarias * Elabora habitualmente planes de cuidados

#### Tabla de contingencia

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>elabora habitualmente planes de cuidados</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>No</td>
<td>Total</td>
<td>Si</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>aplicación paE en practicas h</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sí</td>
<td>31</td>
<td>17</td>
<td>48</td>
<td>33,4</td>
</tr>
<tr>
<td>% de aplicación paE en practicas h</td>
<td>64,6%</td>
<td>35,4%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>79,5%</td>
<td>100,0%</td>
<td>85,7%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>55,4%</td>
<td>30,4%</td>
<td>85,7%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>8</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>5,6</td>
</tr>
<tr>
<td>% de aplicación paE en practicas h</td>
<td>100,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>20,5%</td>
<td>0,0%</td>
<td>14,3%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>14,3%</td>
<td>0,0%</td>
<td>14,3%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>39</td>
<td>17</td>
<td>56</td>
<td>39,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de aplicación paE en practicas h</td>
<td>69,6%</td>
<td>30,4%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>69,6%</td>
<td>30,4%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prueba</th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>4,068b</td>
<td>1</td>
<td>.044</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>2,566</td>
<td>1</td>
<td>.109</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>6,353</td>
<td>1</td>
<td>.012</td>
<td>.090</td>
<td>.043</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>3,996</td>
<td>1</td>
<td>.046</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.*

*b. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,43.*
3.2.2 Cruce relativo a la aplicación planes aprendidos en la escuela de enfermería

3.2.2.1 Aplicación de planes de cuidados aprendidos * Elabora habitualmente planes de cuidados

Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos</th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>aplicación planes de cuidados aprendidos * elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>48</td>
<td>84,2%</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla de contingencia aplicación planes de cuidados aprendidos * elabora habitualmente planes de cuidados

<table>
<thead>
<tr>
<th>aplicación planes de cuidados aprendidos</th>
<th>Sí</th>
<th>No</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Recuento</td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>% de aplicación planes de cuidados aprendidos</td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>12</td>
<td>10,7</td>
<td>75,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4</td>
<td>5,3</td>
<td>25,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>20</td>
<td>21,3</td>
<td>62,5%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>12</td>
<td>10,7</td>
<td>37,5%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>32</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Total

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recuento</th>
<th>Frecuencia esperada</th>
<th>% de aplicación planes de cuidados aprendidos</th>
<th>% de elabora habitualmente planes de cuidados</th>
<th>% del total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>32</td>
<td>32,0</td>
<td>66,7%</td>
<td>100,0%</td>
<td>66,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>16,0</td>
<td>33,3%</td>
<td>100,0%</td>
<td>33,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>48,0</td>
<td></td>
<td></td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prueba</th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>,750$^b$</td>
<td>1</td>
<td>,386</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>,293</td>
<td>1</td>
<td>,588</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>,771</td>
<td>1</td>
<td>,380</td>
<td>,521</td>
<td>,298</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>,734</td>
<td>1</td>
<td>,391</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>48</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.
b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,33.

### 3.2.3. Cruces relativos a la formación

#### Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos</th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>formación continuada post * formación especifica antes 1999</td>
<td>46</td>
<td>80,7%</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>formación continuada post * Modelo de cuidados propuesto por HES</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>formación continuada post * sabe realizar una pae informatizado formación continuada post * sabe modificar/ actualizar un pae informatizado</td>
<td>57</td>
<td>100,0%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>formación continuada post * elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>55</td>
<td>96,5%</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabla de contingencia

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>formaación específica antes 1999</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>formación continuada post</td>
<td>Recuento</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>34,8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación continuada post</td>
<td>92,3%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación específica antes 1999</td>
<td>87,8%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>78,3%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>No</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>6,2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación continuada post</td>
<td>71,4%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación específica antes 1999</td>
<td>12,2%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>10,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>Recuento</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>41,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación continuada post</td>
<td>89,1%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación específica antes 1999</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>89,1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>2,670</td>
<td>1</td>
<td>.102</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>.950</td>
<td>1</td>
<td>.330</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>2,099</td>
<td>1</td>
<td>.147</td>
<td>.160</td>
<td>.160</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>2,612</td>
<td>1</td>
<td>.106</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>46</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .76.
### Tabla de contingencia

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Modelo de cuidados propuesto por HES</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Sí</td>
<td>No</td>
<td>Total</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>formación continuada post</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sí</td>
<td>Recuento</td>
<td>38</td>
<td>3</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>38,8</td>
<td>2,2</td>
<td>41,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación continuada post</td>
<td>92,7%</td>
<td>7,3%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de Modelo de cuidados propuesto por HES</td>
<td>71,7%</td>
<td>100,0%</td>
<td>73,2%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>67,9%</td>
<td>5,4%</td>
<td>73,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>Recuento</td>
<td>15</td>
<td>0</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>14,2</td>
<td>0,8</td>
<td>15,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación continuada post</td>
<td>100,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de Modelo de cuidados propuesto por HES</td>
<td>28,3%</td>
<td>0,0%</td>
<td>26,8%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>26,8%</td>
<td>0,0%</td>
<td>26,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>Recuento</td>
<td>53</td>
<td>3</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>53,0</td>
<td>3,0</td>
<td>56,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de formación continuada post</td>
<td>94,6%</td>
<td>5,4%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de Modelo de cuidados propuesto por HES</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>94,6%</td>
<td>5,4%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prueba</th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>1,160̅</td>
<td>1</td>
<td>.282</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>.166</td>
<td>1</td>
<td>.684</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>1,932</td>
<td>1</td>
<td>.165</td>
<td></td>
<td>.556</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>.385</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>1,139</td>
<td>1</td>
<td>.286</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,80.
### 3.2.3.4. Formación continuada postdiplomatura • Sabe realizar un P.A.E informatizado

**Tabla de contingencia**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Sí</th>
<th>No</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>formación continuada</strong></td>
<td><strong>Recuento</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>post</td>
<td>41</td>
<td>1</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frecuencia esperada</strong></td>
<td>40,5</td>
<td>1,5</td>
<td>42,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de formación</td>
<td>97,6%</td>
<td>2,4%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>continuada post</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe realizar una</td>
<td>74,5%</td>
<td>50,0%</td>
<td>73,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>pae informatizado</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>71,9%</td>
<td>1,8%</td>
<td>73,7%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>No</strong></td>
<td><strong>Recuento</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14</td>
<td>1</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frecuencia esperada</strong></td>
<td>14,5</td>
<td>1,5</td>
<td>15,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de formación</td>
<td>93,3%</td>
<td>6,7%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>continuada post</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe realizar una</td>
<td>25,5%</td>
<td>50,0%</td>
<td>26,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>pae informatizado</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>24,6%</td>
<td>1,8%</td>
<td>26,3%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>Recuento</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>55</td>
<td>2</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frecuencia esperada</strong></td>
<td>55,0</td>
<td>2,0</td>
<td>57,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de formación</td>
<td>96,5%</td>
<td>3,5%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>continuada post</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe realizar una</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>pae informatizado</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>96,5%</td>
<td>3,5%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pruebas de chi-cuadrado**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>0,600b</td>
<td>1</td>
<td>0,439</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>0,000</td>
<td>1</td>
<td>1,000</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>0,529</td>
<td>1</td>
<td>0,467</td>
<td>0,461</td>
<td>0,461</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td>0,589</td>
<td>1</td>
<td>0,443</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>57</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,53.
### 3.2.3.4. Formación continuada postdiplomatura * Sabe modificar/actualizar un P.A.E informatizado*

#### Tabla de contingencia

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>sabe modificar/actualizar un pae informatizado</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Sí</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>formación continuada post</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Si</td>
<td>40</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de formación continuada</td>
<td>40,3</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe modificar/actualizar un pae informatizado</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>72,7</td>
<td>1,8</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>14</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de formación continuada</td>
<td>13,7</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe modificar/actualizar un pae informatizado</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>25,5</td>
<td>,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>54</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de formación continuada</td>
<td>54,0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe modificar/actualizar un pae informatizado</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>98,2</td>
<td>1,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prueba</th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>.348</td>
<td>1</td>
<td>.555</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>.000</td>
<td>1</td>
<td>1,000</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>.594</td>
<td>1</td>
<td>.441</td>
<td>1,000</td>
<td>.745</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>.341</td>
<td>1</td>
<td>.559</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>55</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

*b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .25.*
### 3.2.3.5. Formación continuada postdiplomatura * Elabora habitualmente planes de cuidados

**Tabla de contingencia**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Sí</th>
<th>No</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Recuento</strong></td>
<td>29</td>
<td>12</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frecuencia esperada</strong></td>
<td>28,6</td>
<td>12,4</td>
<td>41,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de formación continuada post</td>
<td>70,7%</td>
<td>29,3%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>74,4%</td>
<td>70,6%</td>
<td>73,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>51,8%</td>
<td>21,4%</td>
<td>73,2%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Recuento</strong></td>
<td>10</td>
<td>5</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frecuencia esperada</strong></td>
<td>10,4</td>
<td>4,6</td>
<td>15,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de formación continuada post</td>
<td>66,7%</td>
<td>33,3%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>25,6%</td>
<td>29,4%</td>
<td>26,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>17,9%</td>
<td>8,9%</td>
<td>26,8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Total**

| **Recuento** | 39          | 17          | 56          |
| **Frecuencia esperada** | 39,0 | 17,0        | 56,0        |
| % de formación continuada post | 69,6% | 30,4%       | 100,0%      |
| % de elabora habitualmente planes de cuidados | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| % del total         | 69,6%       | 30,4%       | 100,0%      |

**Pruebas de chi-cuadrado**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prueba</th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>.086</td>
<td>1</td>
<td>.770</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>.000</td>
<td>1</td>
<td>1,000</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>.085</td>
<td>1</td>
<td>.771</td>
<td>.755</td>
<td>.506</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>.084</td>
<td>1</td>
<td>.772</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,55.
3.2.4. Cruces relativos a la elaboración de planes de cuidados

Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos</th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * formación específica antes 1999</td>
<td>45</td>
<td>78,9%</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * Modelo de cuidados propuesto por HES</td>
<td>55</td>
<td>96,5%</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * sabe realizar una pae informatizado</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * sabe modificar/ actualizar un pae informatizado</td>
<td>54</td>
<td>94,7%</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 3.2.4.1. Elabora habitualmente planes de cuidados * Formación específica antes 1999

#### Tabla de contingencia

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>formación específica antes 1999</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>elabora habitualmente planes de cuidados</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sí</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frecuencia esperada</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>30,1</td>
</tr>
<tr>
<td>% de formación específica antes 1999</td>
<td>87,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>64,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frecuencia esperada</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>10,9</td>
</tr>
<tr>
<td>% de formación específica antes 1999</td>
<td>29,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>26,7%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frecuencia esperada</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>41,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de formación específica antes 1999</td>
<td>91,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>91,1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>1,596b</td>
<td>1</td>
<td>.206</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>.451</td>
<td>1</td>
<td>.502</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>2,620</td>
<td>1</td>
<td>.105</td>
<td>.561</td>
<td>.275</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>1,561</td>
<td>1</td>
<td>.212</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>45</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.
b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,07.*
3.2.4.2. Elabora habitualmente planes de cuidados * Modelo de cuidados propuesto por Hospital de l’Esperit Sant

**Tabla de contingencia**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Sí</th>
<th>No</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Recuento</strong></td>
<td>37</td>
<td>2</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frecuencia esperada</strong></td>
<td>36,9</td>
<td>2,1</td>
<td>39,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>94,9%</td>
<td>5,1%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de Modelo de cuidados propuesto por HES</td>
<td>71,2%</td>
<td>66,7%</td>
<td>70,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>67,3%</td>
<td>3,6%</td>
<td>70,9%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Recuento</strong></td>
<td>15</td>
<td>1</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frecuencia esperada</strong></td>
<td>15,1</td>
<td>.9</td>
<td>16,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>93,8%</td>
<td>6,3%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de Modelo de cuidados propuesto por HES</td>
<td>28,8%</td>
<td>33,3%</td>
<td>29,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>27,3%</td>
<td>1,8%</td>
<td>29,1%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>52</td>
<td>3</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frecuencia esperada</strong></td>
<td>52,0</td>
<td>3,0</td>
<td>55,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>94,5%</td>
<td>5,5%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de Modelo de cuidados propuesto por HES</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>94,5%</td>
<td>5,5%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pruebas de chi-cuadrado**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>.028b</td>
<td>1</td>
<td>,868</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>.000</td>
<td>1</td>
<td>1,000</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>.027</td>
<td>1</td>
<td>,869</td>
<td>1,000</td>
<td>.652</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td>.027</td>
<td>1</td>
<td>,869</td>
<td>1,000</td>
<td>.652</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>55</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .87.
3.2.4.3. Elabora habitualmente planes de cuidados * Sabe realizar un P.A.E informatizado

Tabla de contingencia

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Sí</th>
<th>No</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>Recuento</td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
</tr>
<tr>
<td>Sí</td>
<td>39</td>
<td>1,4</td>
<td>39,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>37,6</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora</td>
<td>100,0%</td>
<td>.0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>habitualmente planes de cuidados</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe realizar una pae informatizado</td>
<td>72,2%</td>
<td>.0%</td>
<td>69,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>69,6%</td>
<td>.0%</td>
<td>69,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>15</td>
<td>.6</td>
<td>17,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>16,4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora</td>
<td>88,2%</td>
<td>11,8%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>habitualmente planes de cuidados</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe realizar una pae informatizado</td>
<td>27,8%</td>
<td>100,0%</td>
<td>30,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>26,8%</td>
<td>3,6%</td>
<td>30,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>54</td>
<td>2</td>
<td>56,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>54,0</td>
<td>2,0</td>
<td>56,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora</td>
<td>96,4%</td>
<td>3,6%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>habitualmente planes de cuidados</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe realizar una pae informatizado</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>96,4%</td>
<td>3,6%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pruebas de chi-cuadrado**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>4,758b</td>
<td>1</td>
<td>.029</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>1,955</td>
<td>1</td>
<td>.162</td>
<td></td>
<td>.088</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>4,941</td>
<td>1</td>
<td>.026</td>
<td>.088</td>
<td>.088</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td>4,673b</td>
<td>1</td>
<td>.031</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

*b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .61."
### 3.2.4.4. Elabora habitualmente planes de cuidados * Sabe modificar/ actualizar un P.A.E informatizado

#### Tabla de contingencia

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Sí</th>
<th>No</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>38</td>
<td>1</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>38,3</td>
<td>.7</td>
<td>39,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>97,4%</td>
<td>2,6%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe modificar/ actualizar un pae informatizado</td>
<td>71,7%</td>
<td>100,0%</td>
<td>72,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>70,4%</td>
<td>1,9%</td>
<td>72,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>15</td>
<td>0</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>14,7</td>
<td>.3</td>
<td>15,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>100,0%</td>
<td>0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe modificar/ actualizar un pae informatizado</td>
<td>28,3%</td>
<td>0%</td>
<td>27,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>27,8%</td>
<td>0%</td>
<td>27,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>53</td>
<td>1</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>53,0</td>
<td>1,0</td>
<td>54,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>98,1%</td>
<td>1,9%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de sabe modificar/ actualizar un pae informatizado</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>98,1%</td>
<td>1,9%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>.392 b</td>
<td>1</td>
<td>.531</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>.000</td>
<td>1</td>
<td>1,000</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>.658</td>
<td>1</td>
<td>.417</td>
<td>1,000</td>
<td>.722</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1,000</td>
<td>.722</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>.385</td>
<td>1</td>
<td>.535</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>54</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .28.*
### 3.2.4.5. Elabora habitualmente planes de cuidados * Gacela no es operativo

**Resumen del procesamiento de los casos**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos</th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * Gacela no es operativo</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Tabla de contingencia elabora habitualmente planes de cuidados * Gacela no es operativo |
|-----------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
|                                              | muy de acuerdo | de acuerdo | desacuerdo | Total |
| Gacela no es operativo                       |                 |                |              |
| Sí                                             |                 |                |              |
| Recuento                                      | 13              | 19             | 7             | 39    |
| Frecuencia esperada                           | 11,8            | 18,1           | 9,1           | 39,0  |
| % de elabora habitualmente planes de cuidados | 33,3%           | 48,7%          | 17,9%         | 100,0%|
| % de Gacela no es operativo                   | 76,5%           | 73,1%          | 53,8%         | 69,6% |
| % del total                                    | 23,2%           | 33,9%          | 12,5%         | 69,6% |
| No                                             |                 |                |              |
| Recuento                                      | 4               | 7              | 6             | 17    |
| Frecuencia esperada                           | 5,2             | 7,9            | 3,9           | 17,0  |
| % de elabora habitualmente planes de cuidados | 23,5%           | 41,2%          | 35,3%         | 100,0%|
| % de Gacela no es operativo                   | 23,5%           | 26,9%          | 46,2%         | 30,4% |
| % del total                                    | 7,1%            | 12,5%          | 10,7%         | 30,4% |
| Total                                          | 17              | 26             | 13            | 56    |
| Frecuencia esperada                           | 17,0            | 26,0           | 13,0          | 56,0  |
| % de elabora habitualmente planes de cuidados | 30,4%           | 46,4%          | 23,2%         | 100,0%|
| % de Gacela no es operativo                   | 100,0%          | 100,0%         | 100,0%        | 100,0%|
| % del total                                    | 30,4%           | 46,4%          | 23,2%         | 100,0%|

**Pruebas de chi-cuadrado**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>2,054a</td>
<td>2</td>
<td>.358</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>1,968</td>
<td>2</td>
<td>.374</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>1,615</td>
<td>1</td>
<td>.204</td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 3,95.
3.2.4.6. Elabora habitualmente planes de cuidados * Aumento de pacientes críticos en las unidades de hospitalización

Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Válidos</th>
<th></th>
<th>Perdidos</th>
<th></th>
<th>Total</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * aumento de pacientes críticos en las unidades de h</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
<td>1,8%</td>
<td>57</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla de contingencia elabora habitualmente planes de cuidados * aumento de pacientes críticos en las

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Muy</th>
<th>Bastante</th>
<th>Influyente</th>
<th>Poco</th>
<th>Nad</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * aumento de pacientes críticos en las unidades de h</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Recuent</td>
<td>9</td>
<td>17</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia</td>
<td>8.4</td>
<td>16.7</td>
<td>5.6</td>
<td>6.3</td>
<td>2.1</td>
<td>39.0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de habitualmen planes de</td>
<td>23.1%</td>
<td>43.6%</td>
<td>17.9%</td>
<td>10.3%</td>
<td>5.1%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de aumento pacientes críticos en las unidades de h</td>
<td>75.0%</td>
<td>70.8%</td>
<td>87.5%</td>
<td>44.4%</td>
<td>66.7%</td>
<td>69.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del</td>
<td>16.1%</td>
<td>30.4%</td>
<td>12.5%</td>
<td>7.1%</td>
<td>3.6%</td>
<td>69.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Recuent</td>
<td>3.6</td>
<td>7.3</td>
<td>2.4</td>
<td>2.7</td>
<td>.9</td>
<td>17.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia</td>
<td>17.6%</td>
<td>41.2%</td>
<td>5.9%</td>
<td>29.4%</td>
<td>5.9%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de habitualmen planes de</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de aumento pacientes críticos en las unidades de h</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del</td>
<td>5.4%</td>
<td>12.5%</td>
<td>1.8%</td>
<td>8.9%</td>
<td>1.8%</td>
<td>30.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>12</td>
<td>24</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Recuent</td>
<td>12.0</td>
<td>24.0</td>
<td>8.0</td>
<td>9.0</td>
<td>3.0</td>
<td>56.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia</td>
<td>21.4%</td>
<td>42.9%</td>
<td>14.3%</td>
<td>16.1%</td>
<td>5.4%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de habitualmen planes de</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de aumento pacientes críticos en las unidades de h</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del</td>
<td>21.4%</td>
<td>42.9%</td>
<td>14.3%</td>
<td>16.1%</td>
<td>5.4%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>4,101a</td>
<td>4</td>
<td>.392</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>4,069</td>
<td>4</td>
<td>.397</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>1,020</td>
<td>1</td>
<td>.313</td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .91.
3.2.4.7. Elabora habitualmente planes de cuidados * Disminución de la estancia media.

Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos</th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * Disminución de la estancia media</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla de contingencia elabora habitualmente planes de cuidados * Disminución de la estancia media

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Muy influyente</th>
<th>Bastante influyente</th>
<th>Influyente</th>
<th>Poco influyente</th>
<th>Nada influyente</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>elabora habitualmente planes de cuidados</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sí</strong></td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>13</td>
<td>8</td>
<td>11</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>4,2</td>
<td>5,6</td>
<td>11,8</td>
<td>6,3</td>
<td>11,1</td>
<td>39,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>5,1%</td>
<td>12,8%</td>
<td>33,3%</td>
<td>20,5%</td>
<td>28,2%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de Disminución de la estancia media</td>
<td>33,3%</td>
<td>62,5%</td>
<td>76,5%</td>
<td>86,9%</td>
<td>68,8%</td>
<td>69,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>3,6%</td>
<td>6,9%</td>
<td>23,2%</td>
<td>14,3%</td>
<td>19,6%</td>
<td>69,6%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>No</strong></td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>1,8</td>
<td>2,4</td>
<td>5,2</td>
<td>2,7</td>
<td>4,9</td>
<td>17,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>23,5%</td>
<td>17,6%</td>
<td>23,5%</td>
<td>5,9%</td>
<td>29,4%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de Disminución de la estancia media</td>
<td>66,7%</td>
<td>37,5%</td>
<td>23,5%</td>
<td>11,1%</td>
<td>31,3%</td>
<td>30,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>7,1%</td>
<td>5,4%</td>
<td>7,1%</td>
<td>1,8%</td>
<td>8,9%</td>
<td>30,4%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>17</td>
<td>9</td>
<td>16</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>6,0</td>
<td>8,0</td>
<td>17,0</td>
<td>9,0</td>
<td>16,0</td>
<td>56,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>10,7%</td>
<td>14,3%</td>
<td>30,4%</td>
<td>16,1%</td>
<td>28,6%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de Disminución de la estancia media</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>10,7%</td>
<td>14,3%</td>
<td>30,4%</td>
<td>16,1%</td>
<td>28,6%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>5,892a</td>
<td>4</td>
<td>.207</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>5,825</td>
<td>4</td>
<td>.213</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>1,944</td>
<td>1</td>
<td>.163</td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,82.
3.2.4.8. Elabora habitualmente planes de cuidados * Tiempo empleado en tareas diversas

Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Casos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Válidos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * Tiempo empleado en tareas diversas</td>
<td>55</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla de contingencia elabora habitualmente planes de cuidados * Tiempo empleado en tareas diversas

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Tiempo empleado en tareas diversas</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Muy influente</td>
<td>Bastante influente</td>
<td>Influyente</td>
<td>Poco influente</td>
<td>Nada influente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Recuento</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>si</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Recuento</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5</td>
<td>9</td>
<td>8</td>
<td>10</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>9,0</td>
<td>6,9</td>
<td>7,6</td>
<td>10,4</td>
<td>4,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>13,2%</td>
<td>23,7%</td>
<td>21,1%</td>
<td>26,3%</td>
<td>15,8%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de Tiempo empleado en tareas diversas</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>38,5%</td>
<td>90,0%</td>
<td>72,7%</td>
<td>66,7%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>9,1%</td>
<td>16,4%</td>
<td>14,5%</td>
<td>18,2%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>no</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Recuento</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4,0</td>
<td>3,1</td>
<td>3,4</td>
<td>4,6</td>
<td>1,9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>47,1%</td>
<td>5,9%</td>
<td>17,6%</td>
<td>29,4%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de Tiempo empleado en tareas diversas</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>61,5%</td>
<td>10,0%</td>
<td>27,3%</td>
<td>33,3%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>14,5%</td>
<td>1,8%</td>
<td>5,5%</td>
<td>9,1%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>total</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Recuento</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>13</td>
<td>10</td>
<td>11</td>
<td>15</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>13,0</td>
<td>10,0</td>
<td>11,0</td>
<td>15,0</td>
<td>6,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>23,6%</td>
<td>18,2%</td>
<td>20,0%</td>
<td>27,3%</td>
<td>10,9%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% de Tiempo empleado en tareas diversas</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td>23,6%</td>
<td>18,2%</td>
<td>20,0%</td>
<td>27,3%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>10,552a</td>
<td>4</td>
<td>0,032</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>12,210</td>
<td>4</td>
<td>0,016</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>3,925</td>
<td>1</td>
<td>0,048</td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>55</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. 6 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,85.
3.2.4.9. Elabora habitualmente planes de cuidados * Es un ítem del I.P.D.P.

Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * es un ítem IPDP</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla de contingencia elabora habitualmente planes de cuidados * es un ítem IPDP

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>es un ítem IPDP</th>
<th>muy de acuerdo</th>
<th>de acuerdo</th>
<th>desacuerdo</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Recuento</td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>% de es un ítem IPDP</td>
<td>% del total</td>
</tr>
<tr>
<td>Sí</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>8</td>
<td>16</td>
<td>15</td>
<td>39</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>9,8</td>
<td>15,3</td>
<td>13,9</td>
<td>39,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>20,5%</td>
<td>41,0%</td>
<td>38,5%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de es un ítem IPDP</td>
<td>57,1%</td>
<td>72,7%</td>
<td>75,0%</td>
<td>69,6%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>14,3%</td>
<td>28,6%</td>
<td>26,8%</td>
<td>69,6%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>17</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>4,3</td>
<td>6,7</td>
<td>6,1</td>
<td>17,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>35,3%</td>
<td>35,3%</td>
<td>29,4%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de es un ítem IPDP</td>
<td>42,9%</td>
<td>27,3%</td>
<td>25,0%</td>
<td>30,4%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>10,7%</td>
<td>10,7%</td>
<td>8,9%</td>
<td>30,4%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>14</td>
<td>22</td>
<td>20</td>
<td>56</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>14,0</td>
<td>22,0</td>
<td>20,0</td>
<td>56,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>25,0%</td>
<td>39,3%</td>
<td>35,7%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de es un ítem IPDP</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>25,0%</td>
<td>39,3%</td>
<td>35,7%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>1,405a</td>
<td>2</td>
<td>.495</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>1,356</td>
<td>2</td>
<td>.508</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>1,109</td>
<td>1</td>
<td>.292</td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 4,25.
3.2.4.10 Elabora habitualmente planes de cuidados * Plantilla ajustada a la carga de trabajo

Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos</th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * plantilla ajustada a la carga real de trabajo</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla de contingencia elabora habitualmente planes de cuidados * plantilla ajustada a la carga real de trabajo

<table>
<thead>
<tr>
<th>plantilla ajustada a la carga real de trabajo</th>
<th>Muy influyente</th>
<th>Bastante influyente</th>
<th>Influyente</th>
<th>Poco influyente</th>
<th>Nada influyente</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>Recuento</td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>% de elabora</td>
<td>% de plantilla ajustada a la carga real de trabajo</td>
<td>% del total</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sí</td>
<td>18</td>
<td>12,8%</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>18,8</td>
<td>9,8</td>
<td>4,2</td>
<td>2,8</td>
<td>3,5</td>
<td>39,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>46,2%</td>
<td>30,8%</td>
<td>7,7%</td>
<td>10,3%</td>
<td>5,1%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de plantilla ajustada a la carga real de trabajo</td>
<td>66,7%</td>
<td>85,7%</td>
<td>50,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>40,0%</td>
<td>69,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>32,1%</td>
<td>21,4%</td>
<td>5,4%</td>
<td>7,1%</td>
<td>3,6%</td>
<td>69,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>8,2</td>
<td>4,3</td>
<td>1,8</td>
<td>1,2</td>
<td>1,5</td>
<td>17,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>52,9%</td>
<td>11,8%</td>
<td>17,6%</td>
<td>0%</td>
<td>17,6%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de plantilla ajustada a la carga real de trabajo</td>
<td>33,3%</td>
<td>14,3%</td>
<td>50,0%</td>
<td>0%</td>
<td>60,0%</td>
<td>30,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>16,1%</td>
<td>3,6%</td>
<td>5,4%</td>
<td>7,1%</td>
<td>5,4%</td>
<td>69,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>27</td>
<td>14</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>27,0</td>
<td>14,0</td>
<td>6,0</td>
<td>4,0</td>
<td>5,0</td>
<td>56,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>48,2%</td>
<td>25,0%</td>
<td>10,7%</td>
<td>7,1%</td>
<td>8,9%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de plantilla ajustada a la carga real de trabajo</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>48,2%</td>
<td>25,0%</td>
<td>10,7%</td>
<td>7,1%</td>
<td>8,9%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>6,740\textsuperscript{a}</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>7,849</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>,283</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

\textsuperscript{a} 7 casillas (70,0\%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,21.
3.2.4.11 Elabora habitualmente planes de cuidados * Tiempos destinados a actividades administrativas

Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados * tiempos destinados a actividades administrativas</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla de contingencia elabora habitualmente planes de cuidados * tiempos destinados a actividades administrativas

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Muy influyente</th>
<th>Bastante influyente</th>
<th>Poco influyente</th>
<th>Nada influyente</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Recuento</td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>% de tiempos destinados a actividades administrativas</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>% del total</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sí</td>
<td>10</td>
<td>9,8</td>
<td>9,1</td>
<td>5,6</td>
<td>6,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>25,6%</td>
<td>15,4%</td>
<td>15,4%</td>
<td>20,5%</td>
<td>23,1%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>71,4%</td>
<td>46,2%</td>
<td>75,0%</td>
<td>88,9%</td>
<td>75,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>17,9%</td>
<td>10,7%</td>
<td>10,7%</td>
<td>14,3%</td>
<td>16,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>4</td>
<td>4,3</td>
<td>3,9</td>
<td>2,4</td>
<td>2,7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>23,5%</td>
<td>41,2%</td>
<td>11,8%</td>
<td>5,9%</td>
<td>17,6%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>28,6%</td>
<td>53,8%</td>
<td>25,0%</td>
<td>11,1%</td>
<td>25,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7,1%</td>
<td>12,5%</td>
<td>3,6%</td>
<td>1,8%</td>
<td>5,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>14</td>
<td>13,0</td>
<td>8,0</td>
<td>9,0</td>
<td>12,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>5,262a</td>
<td>4</td>
<td>.261</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>5,284</td>
<td>4</td>
<td>.259</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por</td>
<td>1,155</td>
<td>1</td>
<td>.283</td>
</tr>
<tr>
<td>lineal</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,43.
3.2.4.12 Elabora habitualmente planes de cuidados * Rol delegado ocupa mucho tiempo

Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes</td>
<td>54</td>
<td>94,7%</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>de cuidados * rol delegado</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ocupa mucho tiempo</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Tabla de contingencia elabora habitualmente planes de cuidados * rol delegado ocup: mucho tiempo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recuento</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>muy de</td>
<td>de acuerdo</td>
<td>desacuerdo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>acuerdo</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes</td>
<td>Sí</td>
<td>10</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>de cuidados</td>
<td>No</td>
<td>10</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>20</td>
<td>27</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>7,638a</td>
<td>2</td>
<td>.022</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>9,301</td>
<td>2</td>
<td>.010</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por</td>
<td>7,454</td>
<td>1</td>
<td>.006</td>
</tr>
<tr>
<td>lineal</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>54</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,07.
3.2.5 Cruces relativos a la importancia de trabajar con planes de cuidados

3.2.5.1 Importancia de trabajar con planes de cuidados * Elabora habitualmente planes de cuidados

Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos</th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
</tr>
<tr>
<td>importancia trabajar con planes de cuidados * elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>53</td>
<td>93,0%</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla de contingencia importancia trabajar con planes de cuidados * elabora habitualmente planes de cuidados

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Si</th>
<th>No</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>32</td>
<td>11</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>% de importancia trabajar con planes de cuidados</td>
<td>74,4%</td>
<td>25,6%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>86,5%</td>
<td>68,8%</td>
<td>81,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>60,4%</td>
<td>20,8%</td>
<td>81,1%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>% de importancia trabajar con planes de cuidados</td>
<td>50,0%</td>
<td>50,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>13,5%</td>
<td>31,3%</td>
<td>18,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>9,4%</td>
<td>9,4%</td>
<td>18,9%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>37</td>
<td>16</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>% de importancia trabajar con planes de cuidados</td>
<td>69,8%</td>
<td>30,2%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>69,8%</td>
<td>30,2%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>2,295a</td>
<td>1</td>
<td>.130</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrector por continuidad</td>
<td>1,283</td>
<td>1</td>
<td>.257</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>2,155</td>
<td>1</td>
<td>.142</td>
<td>.148</td>
<td>.130</td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>2,252</td>
<td>1</td>
<td>.133</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>53</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,02.
### 3.2.5.2. Importancia trabajar con planes de cuidados * No creo en los planes de cuidados

#### Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos</th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>importancia trabajar con planes de cuidados * no creo en los planes de cuidados</td>
<td>54</td>
<td>94,7%</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Tabla de contingencia importancia trabajar con planes de cuidados * no creo en los planes de cuidados

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>muy de acuerdo</th>
<th>de acuerdo</th>
<th>desacuerdo</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si, importancia trabajar con planes de cuidados</td>
<td>3</td>
<td>19</td>
<td>22</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>muy de acuerdo</th>
<th>de acuerdo</th>
<th>desacuerdo</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si, importancia trabajar con planes de cuidados</td>
<td>3</td>
<td>19</td>
<td>22</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>muy de acuerdo</th>
<th>de acuerdo</th>
<th>desacuerdo</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si, importancia trabajar con planes de cuidados</td>
<td>3</td>
<td>19</td>
<td>22</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>8,556a</td>
<td>2</td>
<td>.014</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>12,086</td>
<td>2</td>
<td>.002</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>6,107</td>
<td>1</td>
<td>.013</td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>54</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .74.
3.2.5.3. Importancia trabajar con planes de cuidados * Ha tenido siempre Dirección de Enfermería

Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos</th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>importancia trabajar con planes de cuidados * ha tenido siempre dirección de enfermería</td>
<td>54</td>
<td>94,7%</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla de contingencia importancia trabajar con planes de cuidados * ha tenido siempre dirección de enfermería

<table>
<thead>
<tr>
<th>importancia trabajar con planes de cuidados</th>
<th>Si</th>
<th>No</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>24</td>
<td>20</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>20,4</td>
<td>23,6</td>
<td>44,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de importancia trabajar</td>
<td>54,5%</td>
<td>45,5%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de ha tenido siempre</td>
<td>96,0%</td>
<td>69,0%</td>
<td>81,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>dirección de enfermería</td>
<td>44,4%</td>
<td>37,0%</td>
<td>81,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>No</th>
<th>Recuento</th>
<th>1</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>4,6</td>
<td>5,4</td>
<td>10,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de importancia trabajar</td>
<td>10,0%</td>
<td>90,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de ha tenido siempre</td>
<td>4,0%</td>
<td>31,0%</td>
<td>18,5%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dirección de enfermería</td>
<td>1,9%</td>
<td>16,7%</td>
<td>18,5%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Total</th>
<th>Recuento</th>
<th>25</th>
<th>29</th>
<th>54</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>25,0</td>
<td>29,0</td>
<td>54,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de importancia trabajar</td>
<td>46,3%</td>
<td>53,7%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% de ha tenido siempre</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dirección de enfermería</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>46,3%</td>
<td>53,7%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pruebas de chi-cuadrado**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (bilateral)</th>
<th>Sig. exacta (unilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>6,503&lt;sup&gt;b&lt;/sup&gt;</td>
<td>1</td>
<td>.011</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrección por continuidad</td>
<td>4,835</td>
<td>1</td>
<td>.028</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>7,429</td>
<td>1</td>
<td>.006</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Estadístico exacto de Fisher</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>.014</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por Fisher</td>
<td>6,383</td>
<td>1</td>
<td>.012</td>
<td>.011</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<sup>a</sup> Calculado sólo para una tabla de 2x2.
<sup>b</sup> 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,63.
### 3.2.6 Cruces relativos al tiempo empleado en hacer un P.A.E.

#### 3.2.6.1 Tiempo empleado en hacer un P.A.E. * Elabora habitualmente planes de cuidados

<table>
<thead>
<tr>
<th>tiempo empleado en hacer un PAE * elabora habitualmente planes de cuidados</th>
<th>Válidos</th>
<th></th>
<th>Perdidos</th>
<th></th>
<th>Total</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>93,0%</td>
<td>4</td>
<td>7,0%</td>
<td>57</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Resumen del procesamiento de los casos
### Tabla de contingencia tiempo empleado en hacer un PAE * elabora habitualmente planes de cuidados

<table>
<thead>
<tr>
<th>tiempo empleado en hacer un PAE</th>
<th>Recuento</th>
<th>Frecuencia esperada</th>
<th>% de tiempo empleado en hacer un PAE</th>
<th>% de elabora habitualmente planes de cuidados</th>
<th>% del total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No hago planes</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1</td>
<td>6,5</td>
<td>11,1%</td>
<td>2,6%</td>
<td>1,9%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>2,5</td>
<td>88,9%</td>
<td>53,3%</td>
<td>15,1%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>9,0</td>
<td>100,0%</td>
<td>17,0%</td>
<td>17,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>menores de 5 min</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1</td>
<td>.7</td>
<td>100,0%</td>
<td>.0%</td>
<td>.0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>.3</td>
<td>100,0%</td>
<td>1,9%</td>
<td>1,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>de 6 a 10 min</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14</td>
<td>12,2</td>
<td>82,4%</td>
<td>36,8%</td>
<td>26,4%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>4,8</td>
<td>17,6%</td>
<td>20,0%</td>
<td>5,7%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>17,0</td>
<td>100,0%</td>
<td>32,1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>de 10 a 15 min</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>17</td>
<td>13,6</td>
<td>89,5%</td>
<td>44,7%</td>
<td>32,1%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>5,4</td>
<td>10,5%</td>
<td>13,3%</td>
<td>3,8%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>19,0</td>
<td>100,0%</td>
<td>35,8%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>más de 15 min</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5</td>
<td>5,0</td>
<td>71,4%</td>
<td>13,2%</td>
<td>9,4%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>2,0</td>
<td>28,6%</td>
<td>13,3%</td>
<td>3,8%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>7,0</td>
<td>100,0%</td>
<td>13,2%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>38</td>
<td>38,0</td>
<td>71,7%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>15</td>
<td>15,0</td>
<td>28,3%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>53</td>
<td>53,0</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>20,586</td>
<td>4</td>
<td>.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>19,867</td>
<td>4</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>11,738</td>
<td>1</td>
<td>.001</td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>53</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .28.
### 3.2.6.2. Tiempo empleado en hacer un P.A.E. * Gacela no es operativo

**Resumen del procesoamiento de los casos**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Casos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Válidos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>tiempo empleado en hacer un PAE * Gacela no es operativo</td>
<td>53</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabla de contingencia tiempo empleado en hacer un PAE * Gacela no es operativo

<table>
<thead>
<tr>
<th>tiempo empleado en hacer un PAE</th>
<th>Gacela no es operativo</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>muy de acuerdo</td>
<td>de acuerdo</td>
<td>desacuerdo</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No hago planes</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2,7</td>
<td>4,2</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td>9,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>22,2%</td>
<td>44,4%</td>
<td>33,3%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>12,5%</td>
<td>16,0%</td>
<td>25,0%</td>
<td>17,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3,8%</td>
<td>7,5%</td>
<td>5,7%</td>
<td>17,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>menos de 5 min</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>.3</td>
<td>.5</td>
<td>.2</td>
<td>1,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>.0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>.0%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>.0%</td>
<td>4,0%</td>
<td>.0%</td>
<td>1,9%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>.0%</td>
<td>1,9%</td>
<td>.0%</td>
<td>1,9%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>de 6 a 10 min</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>5</td>
<td>17</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5,1</td>
<td>8,0</td>
<td>3,8</td>
<td>17,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>23,5%</td>
<td>47,1%</td>
<td>29,4%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>25,0%</td>
<td>32,0%</td>
<td>41,7%</td>
<td>32,1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7,5%</td>
<td>15,1%</td>
<td>9,4%</td>
<td>32,1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>de 10 a 15 min</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>3</td>
<td>19</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5,7</td>
<td>9,0</td>
<td>4,3</td>
<td>19,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>42,1%</td>
<td>42,1%</td>
<td>15,8%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>50,0%</td>
<td>32,0%</td>
<td>25,0%</td>
<td>35,8%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>15,1%</td>
<td>15,1%</td>
<td>5,7%</td>
<td>35,8%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>más de 15 min</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2,1</td>
<td>3,3</td>
<td>1,6</td>
<td>7,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>28,6%</td>
<td>57,1%</td>
<td>14,3%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>12,5%</td>
<td>16,0%</td>
<td>8,3%</td>
<td>13,2%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3,8%</td>
<td>7,5%</td>
<td>1,9%</td>
<td>13,2%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>16</td>
<td>25</td>
<td>12</td>
<td>53</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16,0</td>
<td>25,0</td>
<td>12,0</td>
<td>53,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>30,2%</td>
<td>47,2%</td>
<td>22,6%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| % del total                  | 30,2%               | 47,2%   | 22,6%   | 100,0% |       |

### Pruebas de chi-cuadrado

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>4,132a</td>
<td>8</td>
<td>.845</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>4,443</td>
<td>8</td>
<td>.815</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por</td>
<td>1,475</td>
<td>1</td>
<td>.225</td>
</tr>
<tr>
<td>lineal</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>53</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. 11 casillas (73,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .23.
3.2.7. Cruce relativo al año de titulación

### Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th>año de titulacion</th>
<th>Válidos</th>
<th>Perdidos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>Porcentaje</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### 3.2.7.1. Año de titulación * Elabora habitualmente planes de cuidados

<table>
<thead>
<tr>
<th>año de titulacion</th>
<th>Sí</th>
<th>No</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1970 Recuento</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>0,7</td>
<td>0,3</td>
<td>1,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de año de titulacion</td>
<td>100,0%</td>
<td>0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>2,6%</td>
<td>0%</td>
<td>1,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>1,8%</td>
<td>0%</td>
<td>1,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>1978 Recuento</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>0,7</td>
<td>0,3</td>
<td>1,0</td>
</tr>
<tr>
<td>% de año de titulacion</td>
<td>100,0%</td>
<td>0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>2,6%</td>
<td>0%</td>
<td>1,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>1,8%</td>
<td>0%</td>
<td>1,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>1980 Recuento</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Año</td>
<td>Recuento</td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>% de año de titulación</td>
</tr>
<tr>
<td>---------</td>
<td>----------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>1981</td>
<td>1</td>
<td>.7,3,1,0</td>
<td>100,0%,0%,100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>1982</td>
<td>1</td>
<td>.7,3,1,0</td>
<td>100,0%,0%,100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>1983</td>
<td>1</td>
<td>.7,3,1,0</td>
<td>0%,100,0%,100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>1985</td>
<td>0</td>
<td>.7,3,1,0</td>
<td>0%,100,0%,100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>1986</td>
<td>5</td>
<td>1,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Año</td>
<td>Recuento</td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>% de año de titulación</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>----------</td>
<td>---------------------</td>
<td>------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>1988</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>4,2</td>
<td>1,8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>83,3%</td>
<td>16,7%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>12,8%</td>
<td>5,9%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5</td>
<td>10,7%</td>
<td>8,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>1989</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>2,1</td>
<td>0,9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>100,0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>7,7%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3</td>
<td>5,4%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>1990</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>1,4</td>
<td>0,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>100,0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>5,1%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td>3,6%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>1,4</td>
<td>0,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>100,0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>5,1%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td>3,6%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>5,6</td>
<td>2,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados – Anexos
Fernández Labrada, Mª A. Giménez Murugarren, M. Ribas Giménez, M
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>% de año de titulacion</th>
<th>% de elabora habitualmente planes de cuidados</th>
<th>% del total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1993</td>
<td>25,0%</td>
<td>75,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5,1%</td>
<td>35,3%</td>
<td>14,3%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3,6%</td>
<td>10,7%</td>
<td>14,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>1994</td>
<td>66,7%</td>
<td>33,3%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5,1%</td>
<td>5,9%</td>
<td>5,4%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3,6%</td>
<td>1,8%</td>
<td>5,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>1996</td>
<td>100,0%</td>
<td>0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2,6%</td>
<td>0%</td>
<td>1,8%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1,8%</td>
<td>0%</td>
<td>1,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>1997</td>
<td>66,7%</td>
<td>33,3%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5,1%</td>
<td>5,9%</td>
<td>5,4%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3,6%</td>
<td>1,8%</td>
<td>5,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>1998</td>
<td>100,0%</td>
<td>0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5,1%</td>
<td>0%</td>
<td>3,6%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3,6%</td>
<td>0%</td>
<td>3,6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Frecuencia esperada:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>2,1</td>
<td>0,7</td>
<td>2,1</td>
</tr>
<tr>
<td>% de año de titulacion</td>
<td>66,7%</td>
<td>100,0%</td>
<td>66,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>Recuento</td>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>% del total</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>----------</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
<td>-------------</td>
</tr>
<tr>
<td>1999</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1</td>
<td>5,1%</td>
<td>3,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>2000</td>
<td>2</td>
<td>5,9%</td>
<td>1,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>0</td>
<td>1,8%</td>
<td>5,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>0</td>
<td>11,8%</td>
<td>3,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>3</td>
<td>3,6%</td>
<td>3,6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Elementos esenciales para la continuidad de los cuidados – Anexos
Fernández Labrada, Mª A. Giménez Murugarren, M. Ribas Giménez, M
| % de elabora habitualmente planes de cuidados | 7,7% | 0% | 5,4% |
| % del total | 5,4% | 0% | 5,4% |

**Total**

| Recuento | 39 | 17 | 56 |
| Frecuencia esperada | 39,0 | 17,0 | 56,0 |
| % de año de titulación | 69,6% | 30,4% | 100,0% |

| % de elabora habitualmente planes de cuidados | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| % del total | 69,6% | 30,4% | 100,0% |

**Pruebas de chi-cuadrado**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>28,408&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>33,665</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>1,462</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

N de casos válidos | 56 |

a. 45 casillas (97,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .30.
### 3.2.8. Cruce relativo al año inicio actividad en el Hospital de l’Esperit Sant

#### Resumen del procesamiento de los casos

<table>
<thead>
<tr>
<th>año inicio actividad hospital * elabora habitualmente planes de cuidados</th>
<th>N</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>N</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>N</th>
<th>Porcentaje</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Válidos</td>
<td>56</td>
<td>98,2%</td>
<td>1</td>
<td>1,8%</td>
<td>57</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Perdidos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### 3.2.8.1. Año inicio actividad hospital * Elabora habitualmente planes de cuidados

<table>
<thead>
<tr>
<th>año inicio actividad hospital</th>
<th>1978</th>
<th>1981</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frecuencia esperada</th>
<th>1,4</th>
<th>,7</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>% de año inicio actividad hospital</td>
<td>100,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>5,1%</td>
<td>2,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>3,6%</td>
<td>1,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Año</td>
<td>Recuento</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>----------</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>% de año inicio actividad hospital</td>
</tr>
<tr>
<td>1984</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>.7</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>1985</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>.7</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>.0%</td>
<td>5,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>1986</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3,5</td>
<td>1,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>60,0%</td>
<td>40,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>1987</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>.7</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2,6%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>1988</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4,1</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>% de año inicio actividad hospital</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---------------------</td>
<td>-----------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>1989</td>
<td>3,5</td>
<td>1,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7,1%</td>
<td>1,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1990</td>
<td>2,1</td>
<td>0,9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5,4%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>1,4</td>
<td>0,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3,6%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1992</td>
<td>1,4</td>
<td>0,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3,6%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>5,6</td>
<td>2,4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1993</td>
<td>1994</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>Recuento</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Frecuencia esperada</td>
<td>2,8</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>10,3%</td>
<td>2,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>7,1%</td>
<td>1,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de año inicio actividad hospital</td>
<td>25,0%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>23,5%</td>
<td>17,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>7,1%</td>
<td>5,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de año inicio actividad hospital</td>
<td>14,3%</td>
<td>7,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>% de elabora habitualmente planes de cuidados</td>
<td>14,3%</td>
<td>7,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>% del total</td>
<td>14,3%</td>
<td>7,1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pruebas de chi-cuadrado**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Valor</th>
<th>gl</th>
<th>Sig. asintótica (bilateral)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chi-cuadrado de Pearson</td>
<td>25,649a</td>
<td>20</td>
<td>,178</td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de verosimilitud</td>
<td>32,065</td>
<td>20</td>
<td>,043</td>
</tr>
<tr>
<td>Asociación lineal por lineal</td>
<td>.683</td>
<td>1</td>
<td>,409</td>
</tr>
<tr>
<td>N de casos válidos</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. 41 casillas (97,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.
Trabajo dirigido por el profesor:

Sr. Esteve Pont

Comisión evaluadora

Sra. Montserrat Teixidor Presidenta
Sr. Esteve Pont Secretario
Sra. Concepció Ferrer Vocal
Sr. José Tejada Vocal

Presentado en fecha: 3 de Febrero de 2005
Aceptado en fecha:

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores