SITUACION ACTUAL DE LA ENFERMERIA EN MALLORGA Y MENORGA

AUTORAS:

Berta Artigas Lelong

Rosa Mª Company Bauzá

M. Carmen Sacristán Pérez

TUTORA:

Luz Mayordomo

Master Administración y Gestión en Enfermería Convocatoria 1991-1993

INDICE:

Introducción 4
Objetivos 5
Marco teórico 6
Concepto de profesión 6
Hacia una filosofía de cuidados 9
Evolución y Desarrollo de las teorías
Modelo conceptual 13
Necesidad de un modelo conceptual en enfermería 17
Necesidad de Dirección 24
Análisis de las teorías de enfermería 27
Teorías de enfermería 28
Evaluación de las teorías 37
Selección de un modelo 42
Hipótesis de trabajo 44
Material y metodo 45
Tipo de estudio 45
Población 45
Definición de variables 46
Instrumentos de medida 46
Resultados 47
Discusión 90
Conclusiones 94
Propuestas 95
Bibliografía 96

1. INTRODUCCIÓN

Imaginar el futuro de la enfermería de Mallorca y Menorca, no se nos presenta nada claro si desconocemos realmente cuál es la situación actual de sus profesionales enfermería.

La aproximación a la realidad de nuestra profesión debe ser realizada teniendo en cuenta las últimas tendencias planteadas para el desarrollo profesional: realizar cuidados de enfermería bajo la adopción de un Modelo de Cuidados común que defina el rol profesional, el objeto de cuidados de enfermería y la forma de realizarlos por parte de los profesionales de Enfermería.

A través de está investigación pretendemos realizar un análisis del concepto de rol profesional, definir el objeto de los cuidados de enfermería y describir la práctica profesional.

Los resultados obtenidos ayudarán a plantear las bases del futuro modelo de cuidados que defina la orientación del servicio de enfermería tanto hacia la persona como también del rol profesional, todo ello apoyado en bases científicas.

2. OBJETIVOS:

General

* Valorar el desarrollo de la profesión de enfermería en el Sistema Sanitario actual, en la Atención Especializada y Atención Primaria de Mallorca y Menorca.

Específicos:

- 1) Identificar los conocimientos que tienen las enfermeras de Mallorca y Menorca sobre los Modelos de cuidados de Virginia Henderson y Dorothea Orem.
- 2) Analizar los Cuidados de Enfermería que se realizan en los Hospitales del Insalud de Mallorca, Menorca y Atención Primaria.
- 3) Identificar la visión que tienen las enfermeras sobre el concepto de Rol profesional.
- 4) Analizar los conocimientos existentes sobre el P.A.E.
- 5) Identificar quién es el objeto de los cuidados de enfermería.
- 6) Identificar la existencia de un Modelo de Cuidados que oriente la práctica profesional de las enfermeras.

3. MARCO TEÓRICO:

3.1. CONCEPTO DE PROFESIÓN:

El diccionario define una profesión, como:

"Una actividad permanente que requiere una titulación, sirve de medio de vida y que lleva además implícito el ingreso en un grupo social determinado".

Sus atribuciones y deberes están definidos legalmente por los colegios profesionales u otro tipo de corporaciones profesionales que velan por su cumplimiento, al mismo tiempo que por la defensa de los intereses de sus miembros.

Las características que constituyen una profesión según, Catherine M.Hall, son:

- * Constituye un servicio a la sociedad que implica conocimientos y habilidades especiales.
- * Posee un cuerpo de conocimientos propio que intenta constantemente aumentar y perfeccionar para mejorar sus servicios.
 - * Se responsabiliza y realiza la formación de las personas que van a desempeñarla.
- * Establece sus propias normas, modelos de actuación y criterios de medida de la misma.
 - * Adapta sus servicios a las necesidades que se van presentando.
 - * Acepta y asume la responsabilidad de proteger a la sociedad a la que sirve.
 - * Utiliza económicamente las personas que la ejercen.
 - * Busca el bienestar y protege los intereses de las personas que la ejercen.
- * Está más motivada por su compromiso social que por consideraciones de tipo económico.

- * Se ajusta a un código de conducta basado en principios éticos.
- * Convoca la unión de sus miembros con el propósito de alcanzar fines comunes.
- * Se gobierna a sí misma.

De todo ello podemos deducir que:

"Una profesión se basa en conocimientos teóricos que le son propios, tiene una base científica, obtiene el reconocimiento social y se regula por códigos deontológicos".

La meta final de cualquier profesión es mejorar la práctica de miembros de modo que los servicios prestados tengan mayor eficacia. Cualquier profesión que busca aumentar su imagen como tal, se dedica a la adquisición constante de un conjunto científico de conocimientos, fundamentales para su práctica.

Un profesional es aquél que se siente responsable de la calidad de su trabajo y se identifica con otros profesionales que tienen sus mismas perspectivas, es más que una actitud personal, dado que tiene una dimensión social.

Los criterios que suelen estar siempre presentes en las definiciones del profesional de enfermería son:

- * Autonomía, entendiéndola como la dirección, control y autoridad en su propio trabajo.
- * Valores sociales, ya que al mantener una autonomía profesional, necesita que sea reconocida socialmente.
- * Máxima competencia, criterio básico que le permitirá poder proporcionar el mejor servicio a la sociedad. Considerando al profesional de enfermería como un "EXPERTO" en su área de competencias.

* Valores éticos propios, es decir los principios, valores y normas con los que el profesional de enfermería se compromete ante la sociedad, en el ejercicio de su profesión [1].

La enfermería ha sido durante largo tiempo un arte y una práctica basadas en una filosofía general. Sólo en el transcurso de estos últimos decenios, tomando su lugar entre los profesionales de la salud, la enfermería ha tenido necesidad de disminuir su dependencia histórica frente a otras disciplinas para desarrollar un marco conceptual que le sea propio.

El aceptar la "enfermería como profesión" hace necesario que desarrollemos nuestros conocimientos teóricos y los fundamentemos en teorías científicamente demostradas.

Según M. C. Joop, para conseguir el pleno reconocimiento social de la profesión de enfermería, es necesario que elaboremos nuestro marco conceptual y una filosofía de cuidados, que guíen la educación y por tanto mejorar la calidad de la práctica profesional, redefiniéndose continuamente, adaptándose y respondiendo a las exigencias de nuestro cambiante mundo, tan solo así la profesión de enfermería podrá cumplir con la responsabilidad adquirida ante la sociedad de responder a sus necesidades de salud [2].

Así mismo en la Conferencia Internacional de Enfermería celebrada en Viena en 1988, se planteó la necesidad de que los profesionales de enfermería cambien su práctica profesional para adaptarse a las nuevas necesidades de salud de la población Europea [3].

3.2. HACIA UNA FILOSOFÍA DE CUIDADOS:

A partir de la definición realizada por J. Steele (1984) sobre el concepto de filosofía, y definida esta como:

"La búsqueda para la comprensión de la naturaleza humana, con sus realidades, significados, valores y normas de conducta, en la medida en que éstos se relacionan con la naturaleza de la sociedad y la educación" [4].

Deberemos enunciar inicialmente nuestra filosofía sobre lo que son:

- * las enfermeras
- * la enfermería
- * los pacientes.

ya que :

Poco sentido tiene discutir la responsabilidad de las enfermeras individualmente mientras el equipo no comparta una filosofía sobre lo que es enfermería .

Todas las enfermeras suponen que saben lo que es enfermería, pero sin embargo los verdaderos elementos son casi desconocidos, y será por medio de los modelos que podremos extender su comprensión.

FAWCET (1984), señala que existe consenso a cerca de los cuatro conceptos centrales que abarca la enfermería: la persona; el entorno; la salud y las intervenciones de enfermería, que constituyen su mundo o metaparadigma, ya que si se analizan las distintas teorías de enfermería estos cuatro conceptos están siempre presentes en cada una de ellas, definidos en forma diferente y asociados o relacionados de distintas maneras según el modelo que se utilice.

1	Marco	<i>teórico</i>	
---	-------	----------------	--

En las características de los modelos encontramos un hecho constante: el modelo de enfermería está basado en un MODELO DE VIDA, ya que la salud de las personas y las enfermedades que sufren, se hallan inseparablemente vinculadas a su estilo de vida. Por tanto el centro de los modelos de enfermería son las ACTIVIDADES DE LA VIDA y sobre esta base, la enfermería ayuda a las personas a prevenir, aliviar, solucionar o afrontar los problemas relacionados con su vida diaria.

3.3. EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DE LAS TEORÍAS

La utilidad de la teoría, consiste en proporcionar conocimientos para mejorar la práctica mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. El estudio de la teoría ayuda al desarrollo de la capacidad analítica, ofrece retos al pensamiento, esclarece los valores y las premisas y determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en nuestro campo.

Las teorías no se construyen para la eternidad, sino para ayudar a identificar y clarificar los problemas actuales y los del futuro inmediato.

La teoría es ESENCIAL para una profesión, dado que proporciona el núcleo de los objetivos de la práctica profesional, establece una definición de los límites de la profesión y una descripción de la naturaleza de la misma en relación con las personas a las que sirve.

La utilización de una teoría de enfermería en la práctica aumenta la autonomía y responsabilidad de los profesionales, es por ello que la fuerza de las enfermeras aumenta gracias al conocimiento teórico, porque los métodos desarrollados sistemáticamente tienen más probabilidades de ofrecer buenos resultados. Por otra parte, las enfermeras, si son instadas a ello, pueden demostrar que saben porqué hacen lo que hacen.

La teoría brinda autonomía profesional porque orienta las funciones asistenciales, docentes e investigadoras de la profesión.

La teoría debe proporcionar una comunicación efectiva entre la enseñanza y la práctica de dicha disciplina, en caso de que ello no fuera posible dicha teoría sería considerada inútil [5].

Elizabeth Chong Choi describe la evolución del desarrollo de la teoría en enfermería poniendo de manifiesto el surgimiento de la enfermería como una ciencia en los años 1950. Especifica también que la práctica de la enfermería se basaba en reglas, principios y tradiciones que se transmitían por el método del aprendizaje y por la sabiduría común que se adquiere con años de experiencia [6].

Kuhn mantiene que la ciencia sólo progresa cuando grupos que en estas circunstancias dudan de su propio estado adquieren un consenso sobre su pasado y presentan logros [7].

Kim identificó que el interés por el desarrollo de las teorías surgía a partir de la necesidad de los dirigentes de enfermería que vieron en su desarrollo el medio de establecer claramente la enfermería como profesión, para definir un cuerpo de conocimiento propio [8].

Las teorías de enfermería representan los esfuerzos colectivos e individuales de las enfermeras para definir y dirigir la profesión y como tal, proporcionar la base para un desarrollo teórico continuado.

3.4. MODELO CONCEPTUAL.

Un modelo teórico representa la relación de teorías que han sido comprobadas empíricamente por la investigación.

Un modelo conceptual identifica y define los factores o fenómenos que intervienen en una relación de enfermería y describe su relación. El modelo establece una pauta de pensamiento y guía su contenido y su práctica permitiendo clarificar nuestras ideas sobre los elementos de una situación práctica y relacionarlos entre sí.

Los modelos sirven como instrumento de unión y de guía entre la práctica, la docencia y la investigación.

Proporcionan directrices para la práctica de enfermería, es decir los conceptos enseñados en el aula se aplican igualmente en el entorno de la práctica clínica.

Como ya hemos mencionado anteriormente el modelo de enfermería está basado en un modelo de vida, por ello los pasos hacia una "enfermería individualizada" exigen que se tengan debidamente en cuenta la individualidad de la vida y el reconocimiento de que la mayoría de las personas necesitan cuidados de enfermería en algún momento de la misma.

Los modelos hacen explícitos los factores de una situación de enfermería, es decir, nos recuerda los distintos aspectos de los cuidados que podemos tender a olvidar o ignorar.

Un modelo es un instrumento conceptual y como tal debemos utilizarlo adaptándolo a las necesidades.

Como bien sugirió J. McFarlane (1985) un modelo conceptual jamás debe ser una camisa de fuerza, sino que debe tener una estructura creciente y en evolución ya que debe guiar e indicar la valoración que necesitamos efectuar, los objetivos de los cuidados de

enfermería y como conseguirlos, por tanto si son de amplio alcance permanecen adaptables a los futuros cambios que ocurran en los sistemas de salud.

Según Steve Wright (1985), uno de los puntos importantes que favorecen el desarrollo de un modelo a la práctica, es que en él se reflejen:

- * las necesidades del paciente
- * los puntos de vista personales del equipo
- * a las enfermeras
- * el entorno.

Otro punto importante es que los modelos deben construirse, describirse y usarse en un lenguaje que sea accesible a todas las enfermeras, ya que ello favorece la comunicación de forma más significativa entre los que trabajan en enfermería.

La promoción de los modelos conceptuales para la enfermería predominó en el trabajo de E. ADAM desde el año 1970. Adam, está convencida de que "la práctica, la educación y la investigación de enfermería deben basarse en un marco de referencia explícito y específico de la enfermería".

ADAM afirma:

"Un modelo indica la meta de nuestra profesión, una meta ideal y limitada porque nos da instrucciones para la práctica, educación e investigación en enfermería" [9].

Las enfermeras que tienen una base conceptual clara y concisa, específica de la enfermería, serán capaces de identificar áreas para el desarrollo de la teoría, preparar a futuras profesionales y demostrar con su propia experiencia la contribución al cuidado de su salud. De este modo el cuidado de la salud mejorará y la profesión se extenderá.

Marco teórico —

La abstracción, que es el modelo conceptual, está unida a la realidad que es la práctica, a través del proceso de enfermería. Los datos que reunamos dependen de nuestra base conceptual. El modo en que interpretemos los datos, el plan que desarrollemos, la acción de enfermería que escojamos, y la evaluación de nuestra intervención también dependen de nuestro modelo.

Además del proceso conceptual y del proceso de enfermería, la enfermera también debe establecer con el cliente lo que se percibirá como una relación de ayuda. Adam considera que esto es quizá el componente mas importante de ser enfermera. Es el clima de empatía, cordialidad, respeto mutuo, cuidado y aceptación lo que determina la eficacia del cuidado de enfermería.

ADAM identifica tres componentes que constituyen la práctica de la enfermería:

- * el cliente
- * la enfermera
- * la relación entre el cliente y la enfermera.

La autora insiste en que la relación de ayuda y el proceso sistemático son importantes para todos los profesionales de la salud. La enfermería encaja en la totalidad del cuidado de la salud como un componente integral del equipo multidisciplinar de ésta.

Según ROY los elementos esenciales que debe tener un modelo de enfermería son:

- * descripción de la PERSONA QUE RECIBE LOS CUIDADOS.
- * establecimiento del OBJETIVO DE ENFERMERÍA
- * definición de SALUD
- * significado específico del ENTORNO.
- * delimitación de las ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.

Si el modelo elegido contiene todos los elementos esenciales las enfermeras lo usarán como marco para un enfoque individualizado de solución de problemas.

Cada disciplina hace una contribución propia a la promoción y preservación de la salud y a la prevención de los problemas. Aunque algunos servicios se superponen dentro de este equipo, cada disciplina está presente a causa de su contribución concreta y específica a la salud.

El primer elemento de un modelo debe definir nuestra filosofía sobre lo que son las enfermeras, la enfermería y los pacientes.

El segundo elemento son los conocimientos y las capacidades que las enfermeras necesitan para cuidar, modificando el currículum de los estudiantes de enfermería y estableciendo relaciones con formación continuada.

El tercer elemento es el marco para la solución de problemas [10].

3.5. NECESIDAD DE UN MODELO CONCEPTUAL EN ENFERMERÍA

El proceso de usar un marco conceptual como guía en la educación, asistencia y la investigación, proporciona un medio para el crecimiento teórico, coherencia conceptual, continuidad y unidad dentro de la profesión (M.C.JOP).

¿Podemos esperar que todas las unidades de enfermería dentro de un área de salud basen su práctica en un modelo único?

Distintas opiniones han llevado a la enfermería a buscar un modelo específico para cada situación, ello ha favorecido la visión de los modelos como camisas de fuerza, como estructuras rígidas o sólidas, lo cual, ha dificultado más que ayudado el progreso de enfermería.

Después de varios estudios, la visión de E.Farmer, visión completamente compartida por nosotras, apunta hacia la necesidad de trabajar con una filosofía de cuidados compartida por todos los grupos, de forma que pudieran coexistir calidad y efectividad de los cuidados ya que, cualesquiera que sean los valores, preferencias y entorno de cada enfermera o grupo, hay una base de conocimientos compartida y un núcleo común de aptitudes en enfermería [11].

A pesar de que deba existir una especialización en enfermería debe existir un consenso entre las enfermeras sobre las creencias, objetivos y las prácticas que son comunes, independiente del entorno y/o las circunstancias particulares tanto de salud como de enfermedad, ello puede ser el hilo conductor que permita mantener una continuidad y coherencia entre la teoría y la práctica.

Virginia Henderson, en su conferencia celebrada en Barcelona, al reflexionar sobre el ámbito de aplicación de su modelo de cuidados, asegura que:

su modelo de cuidados encaja también en atención primaria [12] ya, que si la función propia de la enfermera es:

"ayudar al individuo enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su restablecimiento, o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte, actividades que él realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios".

Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión de la forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

Dicho análisis contribuye a apoyar nuestro planteamiento, sobre la posibilidad de desarrollar un modelo único de cuidados.

Así mismo de los análisis realizados por Farmer y Henderson se deduce que:

Un modelo amplio, sencillo y flexible, puede usarse como marco del proceso de enfermería en cualquier área del la práctica profesional, ya sea en el área hospitalaria como en la de atención primaria, permitiendo desarrollar unos cuidados de enfermería individualizados y de calidad.

La práctica de enfermería se ha desarrollado dentro de un modelo médico, con una orientación enfermedad/tratamiento, al igual que el currículum de enfermería y los modelos de organización y dirección.

La utilización de un modelo de enfermería unido al desarrollo de la práctica médica, da más relevancia a las funciones dependientes de la enfermera, lo que favorece el desarrollo de tecnócratas [13], sobrevalorando la creciente complejidad de la práctica tecnológica, puesto que las enfermeras se centran en la tecnología como un fin en si misma, no como el instrumento que proporciona los medios para mejorar la vida.

Así mismo por ser un modelo centrado sobre el concepto de enfermedad no permite el estudio de las personas como una entidad global, creando confusión en la enseñanza y la práctica de enfermería y una disminución de los cuidados que se proporcionan [14].

La formación de las enfermeras se realizó también a partir de un modelo médico, lo cual, según Lise Lamontagne [15] ha dificultado la conceptualización del rol propio de las enfermeras.

L. Lamontagne insiste que todos los modelos conceptuales de enfermería tienen características comunes que pueden considerarse universales. Plantea también la necesidad de que todas las enfermeras reflexionen sobre su práctica profesional con el fin de poner al día los conceptos que les ayudaran a clarificar su rol y enriquecerán la base teórica de las ciencias de enfermería.

Por tanto el trayecto comprendido desde un modelo de cuidados médicos institucionalizados hasta un modelo de cuidados de enfermería puede ser largo y difícil, por lo que debe hacerse un cambio planificado conjuntando a los profesionales conocedores de los modelos con los profesionales que deben aplicarlo, es decir acercar y unificar en lo posible ambos mundos, para trabajar conjuntamente.

El trabajo con modelos de enfermería requiere la formación de las enfermeras en su uso.

 Marco	teórico	

Cualquiera que sea el modelo elegido, sin embargo, debería aplicarse usando los pasos del proceso de enfermería. La valoración debería estar dirigida única y exclusivamente a las necesidades del paciente que la enfermera puede cubrir a través de un plan de cuidados constructivo y realizable.

Actualmente el énfasis está en conseguir el máximo aprovechamiento del dinero y en las expectativas de que tanto las enfermeras como los médicos actualmente en ejercicio puedan demostrar el beneficio de sus actividades a través de distintos tipos de auditorías, lo cual señala la necesidad de que las enfermeras desarrollen instrumentos para medir los estándares de sus cuidados. La medición no es simplemente una cuestión cuantitativa o financiera sino que incluye la responsabilidad hacia los pacientes, que depositan su confianza en nosotras, de asegurar que nuestro trabajo es eficaz y eficiente, así como comprensivo y comprometido.

Andrade Ferreira (1992) afirma que para que las enfermeras podamos planificar, supervisar y evaluar la calidad de los cuidados, es necesario e imprescindible que tengamos los conocimientos científicos específicos de enfermería, que basados en la comprensión global del ser humano, nos permita ampliar la concepción de los cuidados y desarrollar la autonomía profesional [16].

Según M. Janice, el modelo de enfermería funcional utilizado en el sistema sanitario, ha servido para valorar objetivos de eficiencia, valorando básicamente la relación coste/efectividad. Dicho modelo apoya al modelo burocrático, a la división del trabajo y refleja una filosofía que poco tiene que ver con las creencias profesionales sobre la persona, sociedad y la enfermería profesional.

Este modelo fomenta la división del trabajo, la cuantificación del mismo y por tanto la orientación del trabajo por tareas, olvidando o prestando menor atención a la calidad de los cuidados del paciente/familia, al desarrollo profesional, y satisfacción de los mismosL.

L. Lamontagne afirma que "no hay nada que nos haga sentir más infravalorados y sea menos satisfactorio que el trabajo por tareas y sin posibilidad de medir los efectos" [17].

Basar la enfermería en un marco teórico apoyado por los hallazgos de la investigación y diseñar métodos sobre la forma de usar este enfoque para controlar la calidad de los cuidados puede ser un arma crucial como argumento financiero.

La documentación debe desarrollarse después de cambiar el modelo, ya que nos proporciona la guía para el uso del proceso de enfermería, por ello primero es necesario determinar la forma en que se dirige y organiza a las enfermeras, asignación de pacientes, currículum y por último la práctica de enfermería. El dossier de cuidados es el reflejo de la concepción de los cuidados, es una herramienta y no un fin en si mismo, que favorece la comunicación y que permite la individualización de los cuidados.

El marco de enfermería y dentro de éste el enfoque sistemático de la misma, proporciona una nueva perspectiva a los problemas de enfermería, lo que conlleva a una mejoría en los cuidados y a unir la práctica, la docencia, la administración y la investigación, por ello debemos poner énfasis en un cambio planificado, evolutivo y coordinado en vez de un cambio fragmentado y revolucionario.

Varias investigaciones [18] permiten afirmar que la práctica de la enfermería sigue realizándose de manera intuitiva, ya que la utilización de una metodología de trabajo, como es el proceso de atención, es casi inexistente.

Sin una filosofía dirigida a la enfermería es probable que todos los nuevos progresos favorezcan la creación de divisiones en vez de la unificación de criterios, favoreciendo la aparición de grupos de enfermeras especialistas con papeles ambiguos.

A menudo la dificultad de conceptualizar y por tanto de describir el propio rol de enfermería, nos lleva a describirlo únicamente a través de las tareas [19].

Ma Angeles Mora, en uno de sus trabajos, refiere que:

"Uno de los grandes problemas a los que nos enfrentamos, hoy en día, es en la redefinición del rol profesional y consecuentemente, la formulación de funciones que le corresponden"[20].

La autora analiza el concepto del rol de enfermería, a través de la absorción de actividades que otros profesionales han dejado de realizar, es decir desde el prisma del rol delegado, puntualizando que dicha conceptualización del rol de enfermería, dista de un planteamiento científico. Plantea la necesidad de describir el rol de enfermería a través del análisis minucioso y estricto de los elementos que configuran nuestro marco conceptual, ello nos permitirá identificar los elementos substanciales a través de los que debe describirse el rol y las funciones de enfermería.

Según M^a Paz Mompart, en nuestro país al igual que en otros de similares características de desarrollo socio-económico, las enfermeras hemos adquirido un elevado nivel de competencias técnicas, demostrado por el dominio de la compleja y sofisticada tecnología, lo que conlleva a ser consideradas como profesionales altamente cualificados para llevar a cabo las tareas que le son encomendadas por otros profesionales.

Sin embargo, ante la pregunta de si dicha cualificación hace que las enfermeras dominen un conocimiento para el trabajo que les es propio, la autora afirma que "las enfermeras utilizan un conocimiento que no les es propio para el desarrollo y aumento en el saber de otras disciplinas y no en la enfermería" [21].

En la actualidad los profesionales de enfermería nos enfrentamos a muchos desafíos. El creciente desarrollo tecnológico favorece el crecimiento de las ciencias que impulsan su desarrollo, como la medicina, por lo que la profesión de enfermería si sigue observando el desarrollo tecnológico y ampliando conocimientos en otras áreas, le será muy difícil lograr su consolidación social. Es necesario que crezca en su interior, es decir en su arte y ciencia propia, por ello se debe potenciar la utilización del proceso de atención al igual que dirigir las investigaciones a describir y explicar los cuidados.

Estos conocimientos que constituyen el área propia de enfermería le permitirán desarrollar una práctica profesional critica, innovadora y transformadora [22].

Dicha reflexión y análisis del desarrollo profesional hace que nos planteemos y preguntemos una vez más:

¿Tenemos las enfermeras la conceptualización necesaria para el desarrollo de nuestro propio rol y por tanto de sus funciones?

Esta pregunta, así como las distintas investigaciones realizadas por varias autoras, ponen de manifiesto que:

La necesidad de utilizar un modelo de cuidados en la práctica de la enfermería, ya que será por medio de él que las enfermeras conseguiremos conceptualizar, explicar y por tanto demostrar socialmente, la globalidad y complejidad del rol de enfermería.

3.6. NECESIDAD DE DIRECCIÓN

Se cree que un cambio en el marco de enfermería y, dentro de éste, la adopción de un enfoque sistemático de la misma, proporciona una nueva perspectiva a los problemas de enfermería lo que lleva en último término a una mejora en los cuidados de enfermería.

Existe evidencia de este fenómeno en numerosos informes sobre la aparente persistencia de problemas en la administración y la docencia de enfermería en los que se tratan los temas de "rol", " objetivos" y "recompensas" sin considerar el conocimiento subyacente de que las "piezas" de enfermería no se unen de forma coherente en el modelo médico.

Sin una filosofía dirigida a la enfermería, es probable que todos los nuevos progresos, costosos y no sistematizados, resulten en servicios fragmentados que aseguren sólo la creación de divisiones en vez de la unidad, puesto que no existe un plan maestro en el que todos ellos puedan encajar cómodamente.

Experimentar métodos para la administración de cuidados de enfermería sin saber qué es lo que se tiene que administrar, probablemente produzca confusión, descontento y rechazo de planteamientos potencialmente útiles.

El cambio debe favorecerlo y propiciarlo las direcciones y los educadores, ya que los intentos de cambios individuales son peligrosos.

Según Andrade Ferreira, las instituciones sanitarias conjuntamente con las escuelas de enfermería deben responsabilizarse en favorecer la integración de la misma filosofía de cuidados tanto en la asistencia como en la docencia, ya que es en el aprendizaje práctico donde el alumno incorpora actitudes y valores relacionados con el ejercicio de su profesión,

puesto que según afirma el autor, son mucho más fuertes las actitudes y valores que se observan en la práctica que los transmitidos en el aula por el profesor [23].

Farmer investiga el papel de la dirección en la ejecución de los cuidados usando un modelo de enfermería y afirma que:

"La responsabilidad de la directora de enfermería de establecer y controlar los estándares requiere la adopción de un modelo de enfermería que refleje los valores subyacentes a la provisión de servicios".

El establecer un modelo de cuidados y desarrollarlo en la práctica de la enfermería, puede convertirse en uno de los principales objetivos de la dirección de enfermería, ya que el modelo de cuidados será el vehículo conductor para:

- * definir la misión que el servicio de cuidados tiene con respecto a la política de cuidados del país;
- * elaborar la filosofía de cuidados de la organización, así como los objetivos a corto, medio y largo plazo;
 - * extraer criterios de selección y evaluación del personal;
 - * crear un sistema de comunicación entre los profesionales;
 - * escoger los tipos de intervenciones;
 - * impulsar la investigación;
 - * unificar la identidad profesional;
- * seleccionar los conocimientos para desarrollar la formación continuada.

La efectividad del personal de enfermería para llevar a cabo los deberes que se le han asignado depende de la interdependencia de las funciones administrativas y docente ejercidas por la organización de enfermería.

Si no hay consenso sobre qué se espera y cuando se considera bien hecho poco acuerdo puede haber en la identificación de discrepancias que indiquen necesidades de aprendizaje o en la subsiguiente programación necesaria para el desarrollo del personal.

3.7. ANÁLISIS DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA:

Toda teoría debe mantener unos criterios que le permitirán su evaluación, estos criterios son:

- * CLARIDAD: Debe tener claridad semántica y estructural. Debe identificar conceptos y subconceptos y luego describir sus relaciones correspondientes.
- * SENCILLEZ: Chinn y Jacobs afirman: "En enfermería, los profesionales necesitan una teoría sencilla que guíe su práctica". Argyris indica que una teoría debe ofrecer el mayor grado posible de comprensibilidad y concreción. Reynolds sostiene que la teoría más útil es la que proporciona mayor sentido de la comprensión.
- * GENERALIDAD: Para determinarla, se examina la gama de conceptos y de metas que dicha teoría contiene, cuanto más limitados los conceptos y las metas, menos general es la teoría. Ellis dice "cuanto más amplio sea el espectro, mayor será la relevancia de la teoría".
- * PRECISIÓN EMPÍRICA: Es una condición ligada a la posibilidad de verificación y el empleo final de una teoría. Se refiere a la "medida en que los conceptos definidos se fundamentan en una realidad observable". La posibilidad de verificación puede sacrificarse en beneficio del alcance.
- * CONSECUENCIAS DERIVABLES: La teoría de enfermería debe orientar tanto la investigación como la práctica, generar nuevas ideas y diferenciar el foco de interés de la enfermería de las otras profesiones. Ellis señala que para que una teoría se considere útil es indispensable que ésta desarrolle y oriente la práctica. Las teorías deben revelar que conocimientos han de procurar las enfermeras.

3.8. TEORÍAS DE ENFERMERÍA:

A las distintas teorías de enfermería podemos agruparlas en:

* ENFERMERÍA HUMANÍSTICA.

Nightingale, Henderson, Abdellah, Orem, Adam, Leiningier, etc.

* RELACIONES INTERPERSONALES.

Peplau, Travelbee, Orlando, Wiendenbach, King, Riehl-Sisca, Erickson, Tomlin, Swain. Barnard.

* SISTEMAS.

Johnson, Roy, Neuman.

* CAMPOS DE ENERGÍA.

Levine, Rogers, Fitzpatrick, Newman.

ENFERMERÍA HUMANÍSTICA:

Las teorías de la enfermería humanística se basan en la filosofía humanística.

La filosofía humanista es una teoría de vida y se basa en el ser humano, y partiendo que la enfermería es una filosofía que se basa en un modelo de vida, podemos afirmar que en la actualidad los modelos que se adaptan mejor al desarrollo de nuestra profesión, se apoyen en la filosofía humanística. En ella la vida humana tiene como objetivo fundamental "el trabajar para llegar a un estado de bienestar durante su existencia". Esta filosofía se basa en la razón, la ciencia y la democracia.

El humanismo propone ocho ideas centrales:

- * el espíritu y el cuerpo del ser humano son indivisibles;
- * el ser humano posee un potencial necesario para resolver sus propios

problemas;	
	Marco teórico

- * se opone a toda teoría basada en el determeinismo, fatalismo o predestinación;
- * el ser humano posee la libertad para escoger y para obrar dentro de unos límites es dueño de su destino:
- * se basa en valores humanos, experiencias y relaciones que buscan la felicidad, libertad y crecimiento de los individuos;
- * el individuo puede conseguir un estado de bienestar y una elevada calidad de vida cuando combina con armonía sus satisfacciones personales con las actividades que favorecen el bienestar de la comunidad:
- * desea la utilización de procesos democráticos que incluyen la libertad de expresión y el respeto de los derechos humanos;
 - * exige discutir las condiciones sociales y sus límites.

En las teorías de enfermería humanistas podemos observar gran influencia del campo de la psicología, particularmente del trabajo de Maslow. Esta influencia se observa básicamente en la conceptualización del ser humano y en la identificación de las necesidades humanas, en las que Maslow establece una jerarquía para su satisfacción y aunque distintas autoras de teorías de enfermería humanistas utilizan terminologías distintas, podemos observar que sustancialmente se basan en la jerarquía de necesidades de Maslow.

Debido a su filosofía y valores, las teorías de enfermería basadas en la filosofía humanística han tenido y tiene una gran aceptación para el desarrollo de la profesión de enfermería ganando mucha aceptación desde los años 1980. Sin embargo las teorías basadas en la comunicación interpersonal fueron objeto de gran interés durante los años 1960.

Principales teorías humanísticas de enfermería

TEORÍA DE D.OREM

Para D.Orem el objetivo de enfermería es:

"ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto-cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

D. Orem relaciona las funciones de enfermería con las necesidades del ser humano que están ligadas con el autocuidado. Entendiendo el autocuidado como aquellas acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos.

Griffith y Christensn (1982), definen el autocuidado como "aquellas actividades personales iniciadas para mantener continuamente la vida, la salud y el bienestar".

Orem relaciona las actividades de autocuidado con los requisitos de autocuidado que son categorizados como universales, de desarrollo y desviaciones de salud.

- Tipos de autocuidados:
- * Autocuidados Universales son también llamados necesidades de base, actividades de la vida diaria, son aquellas necesidades fundamentales que tiene todo individuo (alimentación, oxigenación, reposo, etc).
- * Autocuidados de Desarrollo son aquellos que derivan de las necesidades específicas que se plantean en determinados momentos del desarrollo vital (niñez, embarazo, vejez, etc).

* Autocuidados en Relación con las Desviaciones de Salud aparecen cuando una persona a causa de una enfermedad o accidente se vuelve receptor de autocuidado, deben distinguirse en este tipo los que surgen por una enfermedad o accidente y los derivados de prescripción médica. La intervención de enfermería sólo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas.

Los métodos de asistencia se basan en la relación de ayuda y/o suplencia, es decir la enfermera deberá:

- * realizar o mantener los cuidados permanentemente en personas con una completa minusvalía;
- * ayudar a los pacientes a mantener los autocuidados cumpliendo algunas tareas o supervisando a otras personas que cuidan al paciente e instruir al propio paciente.

Por tanto los distintos Métodos de asistencia serán:

- * actuar en lugar de la persona;
- * guiar a la persona;
- * sostener física y psicológicamente a la persona ayudada;
- * promover un entorno favorable al desarrollo personal del paciente;
- * enseñar a la persona que se ayuda;

De acuerdo con las necesidades que plantee el paciente, los métodos de asistencia se prestarán según tres Sistemas de Cuidados, estos serán:

* Compensación total, cuando el paciente no tiene ningún papel activo, la enfermera actúa en lugar del paciente;

- * Educativo de apoyo, cuando el paciente es capaz de aprender algunas medidas de autocuidado terapéutico, pero debe ser ayudado para hacerlo, esta ayuda puede ser: apoyo; guía; promoción de un entorno adecuado; enseñanza
- * Compensación parcial, cuando el paciente y la enfermera participan en los cuidados.
- D. Orem define los CUIDADOS de enfermería como un proceso pensado, organizado, controlado y dirigido hacia una meta. Dicha meta se ha alcanzado cuando:
 - * los autocuidados terapéuticos se han llevado a cabo;
 - * las acciones de enfermería ayudan al paciente a alcanzar una mayor autonomía;
- * los miembros de la familia/otros que ayuden, sin ser profesionales, llegan a ser competentes en lo que concierne a los cuidados cotidianos del paciente.

En la teoría de D. Orem la unidad de servicio de la enfermera puede ser un individuo o una unidad multipersonal, es por ello por lo que la enfermera está implicada en el cuidado de la familia.

Al paciente se le contempla como una persona o grupos de personas que necesitan ayuda para realizar autocuidado y sus necesidades estarán en función de la capacidad de llevar a cabo las actividades necesarias para cubrir los requisitos de autocuidado.

La habilidad del individuo para lograr o mantener su estado de salud deseado, puede estar limitada o reforzada por factores tales como la edad, nivel de desarrollo, condición física, influencias culturales, recursos disponibles. El punto focal del proceso diagnóstico es la identificación del déficit de autocuidado, que se realiza enumerando las limitaciones entre la demanda de autocuidados terapéuticos y la posibilidad de generar autocuidado.

D. Orem entiende el concepto de salud como la habilidad para cubrir las necesidades universales, de desarrollo y las desviaciones de salud.

La salud es un continuum que se ve afectado por la cantidad y calidad de los déficit de autocuidado y la habilidad para realizar actividades para cubrirlos, por ello los requisitos de autocuidados pueden verse también como un continuum, en el que los requisitos universales inician el proceso, los de desarrollo la porción media y las desviaciones o alteraciones de salud los finalizan.

En el sistema de autocuidados el núcleo de salud de los individuos es mantener para si mismos y para sus familias un estado de bienestar. El hecho clave en dicha teoría es la relación entre la acción deliberada de un miembro maduro de la sociedad y su desarrollo funcional. La relación enfermera-paciente es de naturaleza contractual y está basada en la habilidad para proporcionar cuidados y la aceptación de los mismos.

Para Orem la relación válida entre la enfermera y el paciente se da ante la ausencia de habilidad para mantener continuamente la cantidad y calidad de autocuidado terapéutico necesario para el mantenimiento de la vida y la salud, para la recuperación de la enfermedad o para afrontar sus efectos. La complejidad de la relación variará con la naturaleza y alcance del déficit de autocuidado.

Cuando las necesidades relacionadas con la salud no pueden cubrirse, la responsabilidad del individuo, consiste en buscar la ayuda apropiada.

TEORÍA DE V. HENDERSON

Para V. Henderson la función propia de enfermería es:

"ayudar al individuo enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su restablecimiento, o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios"

La autora concibe al hombre como un ser con varias dimensiones: biológica, psicológica y social. Estas partes forman un todo, son indisociables y no se puede tocar una sin tocar las otras. Es un individuo que tiende hacia la independencia y que hace todo lo posible para conservarla.

Para Henderson el paciente es aquel individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia, o la muerte pacífica y al igual que Orem valora al paciente y familia como una unidad indisociable, siendo el eje o centro de actuación de la enfermera.

Para esta autora la función de enfermería, es una función de ayuda al individuo y la búsqueda de su más pronta independencia. Parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, que normalmente son cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Las intervenciones de enfermería se realizan cuando existe la imposibilidad, por parte del paciente, de satisfacer sus necesidades.

Para la autora existen necesidades básicas iguales para todas las personas, ella define catorce necesidades básicas que toda persona debe satisfacer y que la enfermera puede evaluar.

Según la autora los factores que pueden impedir, a los seres humanos a satisfacer sus necesidades básicas son:

- * la falta de fuerza física;
- * la falta de conocimientos;
- * la falta de voluntad;

Otras autoras apuntan que factores como:

- * la edad:
- * las capacidades físicas e intelectuales;
- * el medio socio-cultural:
- * las patologías; pueden contribuir en la no satisfacción de las necesidades básicas.

El rol de enfermería consiste en suplir las necesidades del paciente hasta el momento que él pueda responder por sí mismo por tanto la enfermera deberá desempeñar un rol propio, actuando independientemente y un rol de colaboración, actuando como miembro de un equipo multidisciplinar.

La relación enfermera/paciente va desde la dependencia completa a la total independencia, identificando tres niveles:

- * la enfermera como sustituta del paciente,
- * la enfermera como ayuda del paciente,
- * la enfermera como compañera del paciente.

Para V. Henderson la independencia es un termino relativo ya que "nadie de nosotros es independiente de los demás, pero luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enfermiza".

Henderson equipara el concepto de salud con independencia, considera la salud como la habilidad del paciente para satisfacer sin ayuda las catorce necesidades. Valora más la calidad de la salud que la vida misma, por lo que da más relevancia al fomento de la salud que al cuidado de la enfermedad.

Identifica el fomento de la salud como un objetivo muy importante para las enfermeras y para ella,

"Se gana más ayudando a que cada hombre aprenda a estar sano que preparando a los terapeutas más diestros para servir a los que están en crisis"

En su teoría Henderson contempla la influencia del entorno y lo describe como un conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede inferir en tal capacidad.

Henderson indica que el campo de actuación de las enfermeras es sumamente amplio, ya que los cuidados de enfermería son aplicables en todas las situaciones y medios.

3.9. EVALUACIÓN DE LAS TEORÍAS.

El evaluar ambas teorías siguiendo los criterios expuestos anteriormente nos permitirá y facilitará la selección de una de ellas para su desarrollo en la práctica de la profesión de enfermería.

TEORÍA de D.OREM

Claridad:

Los elementos son claros y pueden comprenderse con facilidad. Identifica y define con claridad los distintos conceptos claves (autocuidado; demanda de autocuidados terapéuticos; agencia de autocuidados; déficit de autocuidados; agencia de enfermería y sistemas de enfermería), facilitando un claro punto de referencia para el establecimiento de relaciones entre ellos.

Sencillez:

La teoría de Orem mantiene un equilibrio adecuado entre complejidad y sencillez. El número de principios clave está limitado a aquellos que son esenciales para la enfermería. De esos principios claves se desarrollan los conceptos y de estos los distintos niveles de intervención de enfermería, por lo que podemos afirmar que es una teoría concreta y útil que permite el desarrollo de la práctica de enfermería en todas sus áreas. La relación entre los conceptos, las actividades y las funciones permite desarrollar con facilidad distintos planes de cuidados.

Generalidad:

La teoría del autocuidado es de carácter universal ya que dicha teoría no tiene en cuenta el tiempo y el lugar y puede usarse tanto en niños como en adultos sanos y/o enfermos.

Precisión empírica:

Esta teoría al identificar conceptos, proporcionar definiciones, describir relaciones y enunciar afirmaciones, puede ser y es utilizada en el campo de la investigación para desarrollar científicamente los cuidados de enfermería.

Consecuencias derivables:

Esta teoría proporciona sin lugar a dudas un marco general para dirigir las acciones de enfermería. La teoría de D.Orem puede en el área de la administración para desarrollar la filosofía, políticas, objetivos,...etc. En el ámbito clínico puede utilizarse tanto en el nivel hospitalario como en el campo de la atención primaria. Puede utilizarse también en el ámbito docente para la organización curricular y métodos de enseñanza así como para impulsar la investigación.

TEORÍA DE V.HENDERSON:

Claridad:

Es una teoría cuyos conceptos son descriptivos, de fácil lectura y comprensión, definida en un lenguaje común. Sus definiciones de enfermería y la lista de las catorce necesidades básicas se dirigen a explicar la conducta de enfermería. Sin embargo esta teoría no desarrolla conceptos ni definiciones relacionadas entre sí.

Sencillez:

El concepto de enfermería dado por V.Henderson es complejo ya que contiene muchas variables y relaciones descriptivas, pero el número de supuestos y conceptos es bajo por lo que podemos decir que es concreta y comprensible y puede utilizarse tanto en la práctica como en la docencia de enfermería.

Ha constituido y constituye una valiosa y excelente fuente para los estudiantes de enfermería por su facilidad para organizar y desarrollar el currículum. En el ejercicio profesional ha facilitado a las enfermeras la comprensión de su función básica, la de dar cuidados, y permite encontrar una gratificación inmediata en sus actividades destinadas a conseguir la independencia del paciente. Permite a su vez la utilización de un método científico para la solución de los problemas del paciente, facilitando el desarrollo de planes de cuidados.

Generalidad:

Esta teoría es muy general y de amplio alcance ya que incluye la función de todas las enfermeras y todos los pacientes en las distintas interrelaciones e interdependencias, sin tener en cuenta el lugar y el tiempo. Su concepto de independencia puede utilizarse tanto en niños como adultos en situación de salud y enfermedad.

Precisión empírica:

Al no desarrollar afirmaciones teóricas y relaciones entre los distintos conceptos y subconceptos esta teoría presenta algunas dificultades para su verificación, sin embargo los catorce componentes de los cuidados básicos suscitan muchos interrogantes de investigación que permitirá validar su función, mejorar los métodos utilizados y reafirmar la efectividad de los cuidados de enfermería.

Sin embargo es una teoría con una gran adecuación lógica, ya que muchos de sus supuestos tienen validez por su alto nivel de concordancia con otras teorías científicas de otros campos, así por ejemplo las catorce necesidades de Henderson están basadas en la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow.

Consecuencias derivables:

La perspectiva de Henderson ha resultado de gran utilidad para fomentar nuevas ideas y para el desarrollo conceptual posterior. Ha tenido gran importancia en el campo de las ciencias de la salud el concepto de independencia, así como ha permitido su utilización en el campo docente. Ha servido de importante trampolín para el surgimiento y desarrollo de la enfermería como disciplina profesional y científica.

Tras la evaluación de ambas teorías podemos concluir que:

La teoría de D.Orem y la teoría de V.Henderson pueden utilizarse como guía para el desarrollo de la profesión de enfermería.

Al comparar los dos modelos de cuidados descritos se puede observar que en ambos están presentes todos los elementos que debe tener un modelo y que las diferencias entre ambos son insignificantes.

En ambos la función de enfermería es ayudar al paciente a cubrir catorce necesidades básicas en el caso de Henderson o los requisitos de autocuidados en el caso de Orem, valorando la capacidad del paciente para realizar sus autocuidados o sus necesidades e identificando los factores que pueden dificultarlos.

Permiten una valoración global del paciente/familia y lo definen como una Unidad que no puede disociarse de su entorno, teniendo en cuenta el medio donde se desarrollan y la etapa del ciclo vital, permitiendo definir el estado de dependencia e independencia del paciente.

Los dos modelos establecen una relación de ayuda con el paciente que va desde la total dependencia al independencia en el modelo de Henderson y de suplencia/ayuda en el modelo de Orem, identificando distintos roles según sea las intervenciones de enfermería: suplencia total, parcial y educativo/apoyo en el modelo de D.Orem y de sustituta, ayuda y compañera en el modelo de V.Henderson. En ambos modelos podemos observar que las intervenciones de enfermería están en función de la persona, siendo ésta, por tanto, el eje central y objeto de los cuidados de enfermería.

Los dos modelos permiten un análisis del estado de salud de la persona, análisis que facilita una toma de decisiones rigurosa, ya que al interrelacionar los distintos conceptos se identifica la utilización de un proceso científico para la resolución de los problemas del individuo.

3.10. SELECCIÓN DE UN MODELO

La selección de un modelo y por tanto la decisión de adoptarlo para la práctica de enfermería, se realiza tras el análisis y evaluación de un modelo particular.

ADAM mantiene que los modelos conceptuales se deben evaluar con criterios distintos, de los usados para evaluar teorías y cita los tres criterios establecidos por D. IOHNSON:

- Importancia social:

El servicio de enfermería debe ser considerado como importante para la mejora de la salud de la población.

- Congruencia social:

El servicio de enfermería debe ser congruente con las expectativas de la población.

- Utilidad social:

El modelo de cuidados debe proporcionar directrices útiles para la práctica, educación y la investigación.

Los criterios citados son extrínsecos al modelo mismo, aunque ADAM reconoce que un modelo puede ser evaluado intrínsicamente por el contenido, la lógica y otros criterios, que ayudarán a las enfermeras a seleccionarlo, no obstante las decisiones sociales constituyen la evaluación definitiva de la base conceptual de una profesión de servicios.

Otros autores identifican cinco criterios que deben ser considerados para la selección de un modelo (Sisca [24]).

* Congruencia con la filosofía del sistema sanitario, es decir es esencial que los elementos del modelo estén reflejados en la filosofía y objetivos de la organización y que el entorno estructural facilite el proceso.

- * Guía y dirección de la práctica de la enfermería.
- * Aplicación al individuo, familia y comunidad.
- * Desarrollo y utilización de un lenguaje común para los diagnósticos de enfermería.
- * Orientación futurista.

Sin embargo otras consideraciones no menos importantes pueden influir y por tanto deben considerarse en el análisis para la selección de un modelo de cuidados [25].

- * Compartir la misma filosofía sobre salud, hombre y funciones de la enfermera, es decir congruencia con la filosofía de los profesionales de enfermería.
- * Facilitar el acceso a la documentación y bibliografía existente sobre el modelo de cuidados.
- * Ser adaptable a nuestro entorno, sociedad y organización.

4. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

- 1) Las Diplomadas en enfermería conceptualizan el rol profesional de distinta forma que las A.T.S.
- 2) Las Diplomadas en enfermería poseen mayores conocimientos sobre el P.A.E. que las A.T.S.
- 3) Las Diplomadas en enfermería siguen una metodología de trabajo distinta a las A.T.S.
- 4) Las Diplomadas en enfermería, así como las A.T.S. dispersan la identificación del paciente como el objeto de los cuidados de enfermería.
- 5) Las enfermeras diplomadas y las A.T.S relacionan su práctica profesional con distintos modelos.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El trabajo es un estudio descriptivo realizado, en la Atención Especializada (Hospital Son Dureta y Hospital Monte Toro) y Atención Primaria (Centros de Salud) de la red Insalud de Mallorca y Menorca.

5.2. POBLACIÓN

La población objeto del estudio estuvo constituida por:

* el total de enfermeras de las unidades de hospitalización, urgencias y cuidados intensivos del hospital de Mallorca (146 enfermeras/os) y del hospital de Menorca (72 enfermeras/os);
* el total de enfermeras de atención primaria de los centros de salud con más de un año de apertura de Mallorca (120 enfermeras/os) y Menorca (15 enfermeras/os).

La selección de la población se realizó a partir de los criterios de: continuidad de los cuidados de enfermería, desarrollo del rol propio, de colaboración y delegado.

Se excluyeron las enfermeras de los servicios hospitalarios de quirófano, radiología, laboratorio, diálisis, consultas externas, gabinetes de pruebas funcionales y las enfermeras de las unidades de apoyo, centros de orientación familiar, unidades de ginecología y unidades de salud mental de los centros de atención primaria, así como todas las enfermeras de los equipos de atención primaria con menos de un año de apertura.

5.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las variables estudiadas fueron: edad; sexo; titulación académica; formación pregrado y postgrado; lugar de trabajo; años de experiencia; categoría profesional; los conocimientos sobre proceso de atención de enfermería y modelos de cuidados; las actitudes hacia la identificación de la persona como objeto de los cuidados de enfermería; la visión del rol profesional y la práctica profesional en relación a la utilización del proceso de enfermería.

También hemos analizado la relación entre la variable Titulación Académica con los conocimientos, actitudes y la práctica profesional.

5.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario autocumplimentado que se distribuyó entre las enfermeras a través de las coordinadoras de enfermería de los centros de salud y las supervisoras de los dos hospitales especificando que dicho trabajo no tenía relación con la Dirección de Enfermería. La encuesta era anónima y en cada cuestionario se explicaba el objetivo del estudio y las instrucciones para su cumplimentación.

Los datos fueron procesados en un ordenador personal y tratados en Dbase III+ y paquete estadístico Dbase Statts (incluye SPSS Inc. y Aston Tate Dbase III). El estadígrafo utilizado ha sido CHI cuadrado.

RESULTADOS:

* CENTROS SALUD - MALLORCA:

El número de cuestionarios válidos ha sido de 113. Este valor representa el 77% de la población estudiada.

Teniendo en cuenta que la distribución, según titulación académica, de la población estudiada de APS es de:

57 DUE (54.3%)

38 ATS con convalidación (36.2%)

10 ATS sin convalidación (9.5%)

8 profesionales no contestan (7%)

Los resultados obtenidos según los objetivos planteados son los siguientes :

- 1.- IDENTIFICAR LOS CONOCIMIENTOS EXISTENTES SOBRE MODELOS DE CUIDADOS.
- * El 64.5 % de enfermeras de A.P. se identifican con la definición presentada del Modelo de V. Henderson sobre las Necesidades Básicas del Ser Humano.
- * El 70.4 % de enfermeras conocen la definición presentada del Modelo de D. Orem sobre el déficit de autocuidado.
- * El 84.7 % están de acuerdo con el rol de enfermería descrito por V. Henderson, frente a un 9.9 % que contestan no conocer esta definición.
- * El 63.3 % opinan que el modelo actual favorece el desarrollo del rol delegado.
- * Un 83.4 % creen que un modelo de cuidados guía la práctica profesional y le da rigor científico.

* Un 84.7 % piensan que un modelo permite unificar criterios entre la práctica asistencial, la docencia y la investigación.

* Un 20.4 % creen no utilizar modelo, el 29.6 % no saben el modelo y un 45.3 % opinan que utilizan un modelo de cuidados de enfermería (22.2 % M. de V. Henderson y 23.1 % M. de D. Orem). Únicamente un 4.6 % identifican el modelo biomédico como el utilizado en su práctica asistencial.

* El 80.9 % de enfermeras creen que el modelo actual favorece la valoración de necesidades del paciente.

Al relacionar la variable titulación académica con los conocimientos existentes sobre modelos de cuidados, destacamos que:

- Están totalmente de acuerdo con la definición de enfermería de V.Henderson: un 53.8% DUE, frente a un

46.2 % ATS {7.5 % ATS sin convalidación

{38.7 % ATS con convalidación

- Les enseñaron durante su formación pre-básica conocimientos sobre modelos un 71.4% DUE, frente a un

28.6 ATS {9.6 % ATS sin convalidación

{19 % ATS con convalidación

- Han ampliado sus conocimientos sobre modelos de cuidados durante su experiencia profesional:

un 51 % DUE, frente a un

48.8% ATS {8.8 % ATS sin convalidación

{40 % ATS con convalidación

- Están totalmente de acuerdo en que el modelo asistencial favorece el desarrollo de las funciones delegadas:

un 50 % DUE, frente a un
50 % ATS {9 % ATS sin convalidación
{41 % ATS con convalidación

2.- ANALIZAR LOS CUIDADOS QUE SE REALIZAN.

- * EL 96.4 % de enfermeras, piensan que sus actividades diarias derivan de la valoración de necesidades del paciente y de las actividades prescritas.
- * Un 92.9 % creen que es necesario explicar los procedimientos, tratamientos y consecuencias de los mismos a los pacientes cuando les realizan un cuidado.
- * El 31.9 % de enfermeras realizan siempre actividades de educación para la salud en su práctica asistencial.
- * El 27.4 % de las enfermeras realizan siempre una valoración de necesidades al primer contacto con los pacientes
- * Un 23.2 % siempre evalúan la consecución de los objetivos planificados.
- * El 33.6 % siempre identifican alteraciones sociales y psicológicas.
- * El 36.6 % de las enfermeras realizan siempre los planes de cuidados con el paciente y/o familia.
- * Un 63.6 % de las enfermeras responden que sus actividades diarias derivan de las necesidades identificadas y de las órdenes médicas.
- * El 89.3 % registran en la historia del paciente los procedimientos, cuidados y actividades que les realizan.
- * El 13.3% de las enfermeras registran diagnósticos de enfermería con frecuencia.

* Un 95.6 % de las enfermeras manifiestan como actividades diarias la realización de educación para la salud, valoración de necesidades, toma de constantes, órdenes médicas.

Al estudiar la relación existente entre la variable titulación académica con la práctica profesional, destacamos que :

- Es necesario explicar a los pacientes todas las actividades y procedimientos que se les realiza:

un 54.6 % DUE, frente a un

45.4 % ATS {8.4 % ATS sin convalidación

{37 % ATS con convalidación

- La planificación de los cuidados la realizan siempre conjuntamente con el paciente y familia:

un 38 % DUE, frente a un

62.1 % ATS {8.1 % ATS sin convalidación

{54 % ATS con convalidación

- Siempre evalúan la consecución de los objetivos planificados:

un 65.3 % DUE, frente a un

34.7 % ATS {8.7 % ATS sin convalidación

{26 % ATS con convalidación

- Sus actividades diarias derivan de la valoración de necesidades del paciente y ordenes prescritas:

un 55 % DUE, frente a un

45% ATS {14 % ATS sin convalidación

{31 % ATS con convalidación

- La mayoría de sus actividades diarias son valorar necesidades, cumplir ordenes prescritas, tomar constantes vitales actividades de educación para la salud: un 56 % DUE, frente a un

44 % ATS {8 % ATS sin convalidación

{36 % ATS con convalidación

- Siempre hacen una valoración de las necesidades del paciente:

un 43 % DUE, frente a un

57 % ATS {7 % ATS sin convalidación

{50 % ATS con convalidación

- Identifican siempre necesidades psicológicas y sociales

un 54.5 % DUE, frente a un

45.5 % ATS {8.5 % ATS sin convalidación

{37 % ATS con convalidación

3.- ANALIZAR EL CONCEPTO DE ROL PROFESIONAL.

- * El 21.5 % de las enfermeras creen que su función básica es ayudar al médico en todas sus actividades profesionales.
- * El 75.2 % creen que deben suplir las necesidades del paciente hasta el momento que él pueda valerse por sí mismo.
- * Un 84.8 % de las enfermeras creen que pueden actuar independientemente del médico.
- * El 94.5 % piensan que están legalmente capacitadas para realizar diagnósticos de enfermería.

- * El 95.5 % de las enfermeras manifiestan que la enfermera debe colaborar y aportar sus conocimientos como miembro de un equipo multidisciplinar.
- * Un 84.8 % de las enfermeras reconocen sus funciones como propias y delegadas.
- * El 75.9 % de las enfermeras planifican los cuidados de enfermería en base a los diagnósticos de enfermería y a los problemas de colaboración.
- * El 84.7 % de las enfermeras creen que una de las funciones de enfermería es ayudar a los individuos sanos o enfermos a mantener o conseguir su independencia.

La relación entre la variable titulación académica y el concepto de Rol profesional, es de:

- No creen que la función básica de las enfermeras sea ayudar al médico en todas sus funciones:

un 63% DUE, frente a un

37 ATS {4.3 % ATS sin convalidación

{32.7 % ATS con convalidación

Esta relación es significativa con una p = 0.0021 sin corrección de Yates y p = 0.0045 con corrección de Yates.

- Las enfermeras deben suplir las necesidades del paciente:

un 65.6% DUE, frente a un

34.4% ATS {9.4 % ATS sin convalidación

{25 % ATS con convalidación

- Las enfermeras pueden actuar independientemente del médico:

un 63.4% DUE, frente a un

36.6 % ATS {4 % ATS sin convalidación

{32.6 % ATS con convalidación

La relación entre ambas variables es significativa con una p = 0.0000008 sin corrección de Yates y p = 0.00002 con corrección de yates.

- Están totalmente de acuerdo con la definición de enfermería de V.Henderson:

un 53.8% DUE, frente a un

46.2 % ATS {7.5 % ATS sin convalidación

{38.7 % ATS con convalidación

- Identifican correctamente las funciones de enfermería:

un 55% DUE, frente a un

45% ATS {8 % ATS sin convalidación

{37 % ATS con convalidación

- Opinan que las enfermeras deben aportar sus conocimientos y participar en los equipos multidisciplinarios:

un 53 % DUE, frente a un

47% ATS {6 % ATS sin convalidación

{37 % ATS con convalidación

4.- VALORACIÓN DEL CONCEPTO DEL P.A.E.

* El 94.5 de las enfermeras manifiestan que las enfermeras están capacitadas para realizar diagnósticos de enfermería.

- * Un 88 % opinan que los diagnósticos de enfermería describen las respuestas de los individuos ante distintas situaciones.
- * Únicamente un 3.5 % no están de acuerdo en la realización por escrito del plan de cuidados en la historia del paciente.
- * El 97.3 % de enfermeras ven en le P.A.E una ayuda para la planificación de cuidados.
- * Sólo un 0.9 % piensan que el P.A.E. no permite la evaluación de los cuidados.
- * Un 96.5 % de enfermeras piensan que el P.A.E. favorece la unificación de criterios en la práctica profesional.
- * El 2.7 % de las enfermeras no ven importante para la planificación de cuidados el conocer los recursos sociosanitarios existentes.
- * Sólo el 9.7 % de las enfermeras no realizan una valoración de las necesidades del paciente cuando contactan con él.
- * El 75,9 % de las enfermeras piensan que la planificación de cuidados se debe realizar en base a diagnósticos de enfermería y sobre problemas de colaboración o interdisciplinarios.

De la relación existente entre la titulación académica y los conocimientos existentes sobre PAE, destacamos que:

- Creen que las enfermeras están capacitadas para formular diagnósticos de enfermería:

un 55.5% de DUE frente a

un 44.3 % de los ATS {6.6 % ATS sin convalidación

{37.7 % ATS con convalidación

- Identifican correctamente el concepto de diagnóstico de enfermería

un 48.2% de DUE, frente al

51.7% de los ATS {8.9 % ATS sin convalidación

{42.8 % ATS con convalidación

La relación entre ambas variables es estadísticamente significativa con una $p = 0.029 \sin \text{ corrección de Yates y } p = 0.061 \text{ con corrección de Yates.}$

- Creen que la planificación de los cuidados deben constar por escrito en las historias:

un 54% DUE, frente a un

45.5% ATS {9.5 % ATS sin convalidación

{36 % ATS con convalidación

- El PAE ayuda a planificar los cuidados de enfermería:

un 54% DUE, frente a un

46% ATS {7.8 % ATS sin convalidación

{38.2 % ATS con convalidación

- El PAE favorece la unificación de criterios en la práctica profesional:

un 56% DUE, frente a un

44% ATS {4 % ATS sin convalidación

{40 % ATS con convalidación

- El PAE permite la evaluación de los cuidados de enfermería:

un 52.5% DUE, frente a un

47.5% ATS {7.5 % ATS sin convalidación

{40 % ATS con convalidación

- La planificación de los cuidados debe realizarse en base a los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración:

un 55.2% DUE, frente a un

44.8% ATS {6.4 % ATS sin convalidación

{38.4 % ATS con convalidación

5-IDENTIFICAR EL OBJETO DE LOS CUIDADOS.

- * El 21.5 % de las enfermeras ven como función básica suya ayudar al médico en todas sus actividades profesionales.
- * El 75.2 % piensan que deben suplir las necesidades del paciente hasta el momento en el que él pueda valerse por sí mismo.
- * El 89.2 % creen que el P.A.E. centra los cuidados hacia el paciente.
- * El 93.8 % de las enfermeras consideran que los pacientes tienen derecho a que se les responda a todas sus preguntas sin evasivas.
- * Un 15.9 % piensan que los pacientes no tienen ninguna responsabilidad sobre los cuidados que se les aplica.
- * El 92.9 % de las enfermeras al realizar un cuidado necesitan explicarle al paciente lo que se le realiza.
- * El 93.8 % de las enfermeras piensan que es necesario explicar a los pacientes los cuidados y actividades que se les realizan.
- * El 88.8 % piensan que los pacientes tienen derecho a que les acepten su código sociocultural y su estilo de vida.
- * El 89.4 % de las enfermeras piensan que los cuidados de enfermería van dirigidos a la persona sana enferma la familia y la comunidad.

La relación existente entre titulación académica y el objeto de los cuidados de enfermería es:

- Están totalmente de acuerdo en que los pacientes tienen derecho a que se les responda a todas sus preguntas:

un 55 % DUE, frente a un

45 % ATS {11 % ATS sin convalidación

{34 % ATS con convalidación

- Creen que los pacientes tienen responsabilidad sobre los cuidados que se les realizan:

un 59.2 % DUE, frente a un

40.8% ATS {9.8 % ATS sin convalidación

{31 % ATS con convalidación

- Deben explicar todos los cuidados que se realizan a los pacientes y las consecuencias derivadas de los mismos:

un 54.6 % DUE, frente a un

45.4 % ATS {8.4 % ATS sin convalidación

{37 % ATS con convalidación

- Creen que los pacientes tienen derecho a que sitúe sus necesidades por encima de las mías:

un 52 % DUE, frente a un

48% ATS {15 % ATS sin convalidación

{33 % ATS con convalidación

- Opinan que deben aceptar los valores socioculturales y estilo de vida de los pacientes:

un 58 % DUE frente a un

42 % ATS {5 % ATS sin convalidación

{37 % ATS con convalidación

- El PAE centra los cuidados de enfermería sobre el paciente:

un 50 % DUE, frente a un

50 % ATS {8 % ATS sin convalidación

{42 % ATS con convalidación

- Identifican al paciente, familia y comunidad como el objeto de los cuidados:

un 56 % DUE, frente a un

43 % ATS {6 % ATS sin convalidación

{37 % ATS con convalidación

OTRAS VARIABLES

- * La EDAD media de las enfermeras es de 34 años, con una desviación de +- 8.06. La edad mínima es de 21 años y la edad máxima de 61.
- * EL 89.2 % son mujeres.
- * El 54.3 % son D.U.E.; el 36.2 % A.T.S.- CONVALIDADOS; y el 9.5 % son A.T.S.
- * EL 26.4 % tienen menos de 5 años de experiencia.
- * El 19.8 % entre 5 y 10 años de experiencia.
- * El 34 % de 11 a 15 años .
- * El 19.8 % más de 16 años.
- * El 91 % son enfermeras de base y el 9 % responsables de enfermería.
- * El 84.4 % han ampliado conocimientos sobre P.A.E. y Diagnósticos de Enfermería durante su experiencia profesional.

La formación recibida fue en un 53.6 % mediante asistencia a cursos o similares y mediante bibliografía.

* El 67.6 % ampliaron conocimientos sobre Modelos de Cuidados durante su experiencia profesional. La formación recibida fue en un 47.9 % mediante asistencia a cursos o similares y mediante bibliografía existente. Un 60.4 % manifiestan haber adquirido en la escuela de enfermería los conocimientos básicos a cerca de los Modelos de Cuidados.

* HOSPITAL VIRGEN DE MONTE TORO Y C.S. DALT SANT JOAN - MENORCA -

El número de cuestionarios válidos ha sido de 43, valor equivalente al 49.4 % de la población estudiada.

La distribución, según titulación académica, de la población estudiada es de: 15 DUE (35,7%)

18 ATS con convalidación (42,9%)

9 ATS sin convalidación (21,4%)

Los resultados obtenidos según los objetivos planteados son los siguientes:

1-IDENTIFICAR LOS CONOCIMIENTOS EXISTENTES SOBRE MODELOS DE CUIDADOS.

- * El 48.6 % de enfermeras se identifican con la definición presentada del Modelo de V. Henderson sobre Necesidades Básicas del Ser Humano.
- * El 38.1 % de enfermeras conocen la definición presentada de el Modelo de D. Orem sobre déficit de autocuidado.
- * El 95.5 % están de acuerdo con el rol de enfermería descrito por V. Henderson, frente al 4.5 % que refiere no conocer dicha definición.
- * El 67.4 % opinan que el modelo actual favorece el desarrollo del rol delegado.
- * Un 85.7 % creen que un modelo de cuidados guía la práctica profesional y le da rigor científico.
- * Un 88.4 % piensan que un modelo permite unificar criterios entre la práctica asistencial, la docencia y la investigación.

* Un 18.6 % creen no utilizar modelo, el 34.9 % no saben el modelo y un 27.9 % opinan que utilizan un modelo de cuidados de enfermería. (18.6 % M. de V. Henderson y 9.3 % M. de D. Orem). Únicamente un 18.6 % identifican el modelo biomédico como el utilizado en su práctica asistencial.

* El 59.4 % de enfermeras creen que el modelo actual favorece la valoración de necesidades del paciente.

La variable titulación académica relacionada con los conocimientos existentes sobre modelos de cuidados, presenta los siguientes resultados:

- Están totalmente de acuerdo con la definición de enfermería de V.Henderson: un 39% DUE, frente a un

61 % ATS {22 % ATS sin convalidación

{39 % ATS con convalidación

- Les enseñaron durante su formación pre-grado conocimientos sobre modelos:

un 70% DUE, frente a un

30 ATS {5 % ATS sin convalidación

{25 % ATS con convalidación

- Han ampliado sus conocimientos sobre modelos de cuidados durante su experiencia profesional:

un 14,2 DUE, frente a un

85,8% ATS {23,8% ATS sin convalidación

{62% ATS con convalidación

- Están totalmente de acuerdo en que el modelo asistencial favorece el desarrollo de las funciones delegadas:

un 33,4 DUE, frente a un
66,6 ATS {20% ATS sin convalidación
{46,6% ATS con convalidación

2.- ANALIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE SE REALIZAN

- * El 92.8 % de enfermeras realizan sus actividades diarias a partir de la valoración de necesidades del paciente y de las actividades prescritas.
- * Un 97,8 % creen que es necesario explicar los procedimientos, tratamientos y consecuencias de los mismos a los pacientes cuando les realizan un cuidado.
- * El 21 % de las enfermeras realizan siempre actividades de educación para la salud en su práctica asistencial.
- * El 35,7 % de las enfermeras realizan siempre una valoración de necesidades al primer contacto con los pacientes, únicamente el 35.7 % lo realiza siempre.
- * Sólo el 18.6 % de las enfermeras, evalúan siempre la consecución de los objetivos planificados.
- * El 30,2 % siempre identifican alteraciones sociales y psicológicas.
- * El 20.9 % de las enfermeras, siempre realizan conjuntamente con el paciente y/o familia los planes de cuidados.
- * Un 81.8 % de las enfermeras responden que sus actividades diarias derivan de las necesidades identificadas y de las órdenes médicas.

- * El 81.4 % registran en la historia del paciente los procedimientos, cuidados y actividades que les realizan.
- * Únicamente el 2.3 % de las enfermeras registran siempre los diagnósticos de enfermería.
- * Un 90.9 % de las enfermeras manifiestan como actividades diarias la realización de educación para la salud, valoración de necesidades, toma de constantes, órdenes médicas.

Teniendo en cuenta la relación entre titulación académica con la práctica profesional, destacamos que:

- Es necesario explicar a los pacientes todas las actividades y procedimientos que se les realiza:

un 37,5 % DUE, frente a un

62,5 % ATS {22,5 % ATS sin convalidación

{40 % ATS con convalidación

- La planificación de los cuidados la realizan siempre conjuntamente con el paciente y familia:

un 33,3% DUE, frente a un

66,6 % ATS {33,3 % ATS sin convalidación

{33,3 % ATS con convalidación

- Siempre evalúan la consecución de los objetivos planificados:

un 43 % DUE, frente a un

57 % ATS {28,5 % ATS sin convalidación

{28,5 % ATS con convalidación

- Sus actividades diarias derivan de la valoración de necesidades del paciente y ordenes prescritas:

un 41,2 % DUE, frente a un

58,8% ATS {23,5 % ATS sin convalidación

{35,3 % ATS con convalidación

- La mayoría de sus actividades diarias son valorar necesidades, cumplir ordenes prescritas, tomar constantes vitales actividades de educación para la salud:

un 34,3% DUE, frente a un

65,7% ATS {23,7% ATS sin convalidación

{42 % ATS con convalidación

- Siempre hacen una valoración de las necesidades del paciente:

un 28,5% DUE, frente a un

71,5% ATS {14,3% ATS sin convalidación

{57,2% ATS con convalidación

- Identifican siempre necesidades psicológicas y sociales:

un 8 % DUE, frente a un

92 % ATS {25 % ATS sin convalidación

{67 % ATS con convalidación

3.- ANALIZAR EL CONCEPTO DE ROL PROFESIONAL

- * El 15.9 % de las enfermeras creen que su función básica es ayudar al médico en todas sus actividades profesionales.
- * El 79.6 % creen que deben suplir las necesidades del paciente hasta el momento que él pueda valerse por sí mismo.
- * Un 90.7 % de las enfermeras creen que pueden actuar independientemente del médico.
- * El 93 % piensan que están legalmente capacitadas para realizar diagnósticos de enfermería.
- * El 92 % de las enfermeras manifiestan que la enfermera debe colaborar y aportar sus conocimientos como miembro de un equipo multidisciplinar.
- * Un 79.5 % de las enfermeras reconocen sus funciones como propias y delegadas
- * El 80 % planifican los cuidados de enfermería en base a los diagnósticos de enfermería y a los problemas de colaboración.
- * El 95.5 % de las enfermeras creen que una de las funciones de enfermería es ayudar a los individuos sanos o enfermos a mantener o conseguir su independencia.

Relacionamos la variable titulación académica con el concepto de Rol profesional , de ello destacamos que:

- No creen que la función básica de las enfermeras sea ayudar al médico en todas sus funciones:

un 41,5 % DUE, frente a un

58,5 % ATS {17 % ATS sin convalidación

{41,5 % ATS con convalidación

- Las enfermeras debe suplir las necesidades del paciente:

un 48% DUE, frente a un

52% ATS {17 % ATS sin convalidación

{35 % ATS con convalidación

- Las enfermeras pueden actuar independientemente del médico:

un 23% DUE, frente a un

76 % ATS {38 % ATS sin convalidación

{38 % ATS con convalidación

- Están totalmente de acuerdo con la definición de enfermería de V. Henderson:

un 40 % DUE, frente a un

60% ATS {20,6 % ATS sin convalidación

{39,4 % ATS con convalidación

- Identifican correctamente las funciones de enfermería:

un 35,4% DUE, frente a un

64,6% ATS {20,5 % ATS sin convalidación

{44,1% ATS con convalidación

- Opinan que las enfermeras deben aportar sus conocimientos y participar en los equipos multidisciplinarios:

un 33 % DUE, frente a un

67% ATS {21 % ATS sin convalidación

{46 % ATS con convalidación

4.- VALORACIÓN CONOCIMIENTOS EXISTENTES SOBRE P.A.E

- * El 93 % de las enfermeras manifiestan que las enfermeras están capacitadas para realizar diagnósticos de enfermería .
- * Un 83,7 % están de acuerdo con la definición dada de diagnóstico de enfermería : éstos describen las respuestas de los individuos ante distintas situaciones.
- * Únicamente un 2,3 % no están de acuerdo en la realización por escrito del plan de cuidados en la historia del paciente.
- * El 100 % de enfermeras ven en el P.A.E una ayuda para la planificación de cuidados.
- * El 100 % de enfermeras opinan que el P.A.E. permite la evaluación de los cuidados.
- * Un 93,2 % de enfermeras piensan que el P.A.E. favorece la unificación de criterios en la práctica profesional.
- * El 2,3 % de las enfermeras no ven importante para la planificación de cuidados el conocer los recursos sociosanitarios existentes.
- * Sólo el 9,5 % de las enfermeras no realizan una valoración de las necesidades del paciente cuando contactan con él por primera vez.
- * El 80 % de las enfermeras piensan que la planificación de cuidados se debe realizar en base a los diagnósticos de enfermería y a los problemas de colaboración o interdisciplinarios.

Al relacionar la variable titulación académica con los conocimientos existentes sobre P.A.E, destacamos que:

- Creen que las enfermeras están capacitadas para formular diagnósticos de enfermería:

un 41,1% DUE, frente a un

un 58,9 % ATS {20,6 % ATS sin convalidación

{38,3 % ATS con convalidación

- Identifican correctamente el concepto de diagnóstico de enfermería:

un 11,2% DUE, frente a un

88,8% de los ATS {22,2 % ATS sin convalidación

{66,6 % ATS con convalidación

- Creen que la planificación de los cuidados debe constar por escrito en las historias:

un 36% DUE, frente a un

64% ATS {20,5 % ATS sin convalidación

{43,5 % ATS con convalidación

- El PAE ayuda a planificar los cuidados de enfermería:

un 38% DUE, frente a un

62% ATS {19 % ATS sin convalidación

{43 % ATS con convalidación

- El PAE favorece la unificación de criterios en la práctica profesional:

un 37% DUE, frente a un

63% ATS {16 % ATS sin convalidación

{47 % ATS con convalidación

- El PAE permite la evaluación de los cuidados de enfermería:

un 32,4% DUE, frente a un

67,6% ATS {21,6 % ATS sin convalidación

{46 % ATS con convalidación

- La planificación de los cuidados debe realizarse en base a los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración:

un 39% DUE, frente a un

61% ATS {22 % ATS sin convalidación

{39 % ATS con convalidación

5-IDENTIFICAR EL OBJETO DE LOS CUIDADOS

- * El 15,9 % de las enfermeras ven como función básica suya ayudar al médico en todas sus actividades profesionales.
- * El 79,6 % piensan que deben suplir las necesidades del paciente hasta el momento en el que él pueda valerse por sí mismo.
- * El 97,6 % creen que el P.A.E. centra los cuidados hacia el paciente.
- * El 100 % de las enfermeras consideran que los pacientes tienen derecho a que se les responda a todas sus preguntas sin evasivas.
- * Un 25 % piensan que los pacientes no tienen ninguna responsabilidad sobre los cuidados que se les aplica.
- * El 97,8 % de las enfermeras piensan que es importante explicar al paciente los procedimientos, actividades y posibles consecuencias derivadas de los mismos antes de iniciar un cuidado al paciente.

- * El 90,9 % piensan que los pacientes tienen derecho a que les acepten su código sociocultural y su estilo de vida.
- * El 77,3 % de las enfermeras piensan que los cuidados de enfermería van dirigidos a la persona sana, enferma, la familia y la comunidad.

De la relación existente entre la variable titulación académica con el objeto de los cuidados de enfermería, destacamos que

- Están totalmente de acuerdo en que los pacientes tienen derecho a que se les responda a todas sus preguntas:

un 30,1% DUE, frente a un

69,9 % ATS {23,3 % ATS sin convalidación

{46,6 % ATS con convalidación

- Creen que los pacientes tienen responsabilidad sobre los cuidados que se les realizan:

un 39 % DUE, frente a un

61% ATS {16,6% ATS sin convalidación

{44,4 % ATS con convalidación

- Deben explicar todos los cuidados que se realizan a los pacientes y las consecuencias derivadas de los mismos:

un 37,5 % DUE, frente a un

62,5 % ATS {22,5 % ATS sin convalidación

{40 % ATS con convalidación

- Creen que los pacientes tienen derecho a que situé sus necesidades por encima de las suyas:

un 33 % DUE, frente a un

77% ATS {8 % ATS sin convalidación

{78 % ATS con convalidación

- Opinan que deben aceptar los valores socioculturales y estilo de vida de los pacientes:

un 41 % DUE frente a un

59 % ATS {18 % ATS sin convalidación

{41 % ATS con convalidación

- El PAE centra los cuidados de enfermería sobre el paciente:

un 31 % DUE, frente a un

69 % ATS {26 % ATS sin convalidación

{43 % ATS con convalidación

- Identifican al paciente, familia y comunidad como el objeto de los cuidados:

un 40 % DUE, frente a un

60 % ATS {18 % ATS sin convalidación

{42 % ATS con convalidación

OTRAS VARIABLES:

- * La EDAD media de las enfermeras es de 34 años, con una desviación de + 6.04. La edad mínima es de 22 años y la edad máxima de 46.
- * El 97.6 % son mujeres.
- * El 35.7 % son D.U.E.; el 42.9 % A.T.S.- CONVALIDADOS; y el 21.4 % son A.T.S.
- * El 14,3 % tienen menos de 5 años de experiencia.
- * El 35.7 % entre 5 y 10 años de experiencia.
- * El 26.2 % de 11 a 15 años .
- * El 23.8 % más de 16 años.
- * El 83.3 % son enfermeras de base y un 16.3 % supervisoras.
- * El 67.4 % han ampliado conocimientos sobre P.A.E. y Diagnósticos de Enfermería durante su experiencia profesional.
- * La formación recibida fue en un 31 % mediante asistencia a cursos o similares y mediante bibliografía.
- * El 53.7 % ampliaron conocimientos sobre Modelos de Cuidados durante su experiencia profesional. La formación recibida fue en un 34.1 % mediante asistencia a cursos o similares y mediante bibliografía existente. Un 46,5 % manifiestan haber adquirido en la escuela de enfermería los conocimientos básicos a cerca de los Modelos de Cuidados.

*HOSPITAL SON DURETA - MALLORCA -

El número de cuestionarios válidos ha sido de 80, valor que representa el 19.1 % de la población estudiada. Por tanto se presenta únicamente una descripción de los resultados, sin plantear ninguna conclusión.

1-IDENTIFICAR LOS CONOCIMIENTOS EXISTENTES SOBRE MODELOS DE CUIDADOS

- * El 48 % de enfermeras se identifican con la definición presentada del Modelo de V. Henderson sobre Necesidades Básicas del Ser Humano.
- * El 45.7 % de enfermeras conocen la definición presentada del Modelo de D. Orem sobre déficit de autocuidado.
- * El 80.9 % están de acuerdo con el rol de enfermería descrito por V. Henderson, frente a un 19.1 % que refiere no conocer dicha definición.
- * El 62.4 % opinan que el modelo actual favorece el desarrollo del rol delegado.
- * Un 87.7 % creen que un modelo de cuidados guía la práctica profesional y le da rigor científico.
- * Un 82.2 % piensan que un modelo permite unificar criterios entre la práctica asistencial, la docencia y la investigación.
- * Un 42.5 % creen no utilizar modelo, el 19.8 % no saben el modelo y un 24.6 % opinan que utilizan un modelo de cuidados de enfermería (12.3 % M. de V. Henderson y 12.3 % M. de D. Orem). Únicamente un 9.6 % identifican el modelo biomédico como el utilizado en su práctica asistencial.
- * El 56 % de enfermeras creen que el modelo actual favorece la valoración de necesidades del paciente.

2.- ANALIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE SE REALIZAN

- * El 96.5 % de enfermeras piensan que sus actividades diarias derivan de la valoración de necesidades del paciente y de las actividades prescritas.
- * El 93 % creen que es necesario explicar los procedimientos, tratamientos y consecuencias de los mismos a los pacientes cuando les realizan un cuidado.
- * Únicamente el 8.4 % de las enfermeras realizan siempre actividades de educación para la salud en su práctica asistencial.
- * El 36.1 % de las enfermeras realizan siempre una valoración de necesidades al primer contacto con los pacientes
- * Sólo el 17.1 % evalúa siempre la consecución de los objetivos planificados.
- * El 36.3 % siempre identifican alteraciones sociales y psicológicas.
- * Sólo un 13.8 % afirma realizar el plan de cuidados conjuntamente con el paciente.
- * Un 70.7 % de las enfermeras responden que sus actividades diarias derivan de las necesidades identificadas y de las órdenes médicas.
- * El 81.9 % registran en la historia del paciente los procedimientos, cuidados y actividades que les realizan.
- * Únicamente el 7.2 % de las enfermeras registran siempre los diagnósticos de enfermería.
- * Un 89.9 % de las enfermeras manifiestan como actividades diarias la realización de educación para la salud, valoración de necesidades, toma de constantes, órdenes médicas.

3.- IDENTIFICAR EL CONCEPTO ROL

- * El 19.7 % de las enfermeras creen que su función básica es ayudar al médico en todas sus actividades profesionales.
- * El 86 % creen que deben suplir las necesidades del paciente hasta el momento que él pueda valerse por sí mismo.
- * Un 91.9 % de las enfermeras creen que pueden actuar independiente del médico.
- * El 93.8 % piensan que están legalmente capacitadas para realizar diagnósticos de enfermería.
- * El 95.1 % de las enfermeras manifiestan que la enfermera debe colaborar y aportar sus conocimientos como miembro de un equipo multidisciplinar.
- * Un 71.1 % de las enfermeras reconocen sus funciones como propias y delegadas.
- * El 59.7 % planifican los cuidados de enfermería en base a los diagnósticos de enfermería y a los problemas de colaboración.
- * El 80.8 % de las enfermeras creen que una de las funciones de enfermería es ayudar a los individuos sanos o enfermos a mantener o conseguir su independencia.

4.- ANALIZAR LOS CONOCIMIENTOS EXISTENTES SOBRE P.A.E

- * El 93,8 % de las enfermeras manifiestan que las enfermeras están capacitadas para realizar diagnósticos de enfermería .
- * Un 73,1 % están de acuerdo con la definición dada de diagnóstico de enfermería : éstos describen las respuestas de los individuos ante distintas situaciones.
- * Únicamente un 7 % no están de acuerdo en la realización por escrito del plan de cuidados en la historia del paciente.

- * El 90.5 % de enfermeras ven en el P.A.E una ayuda para la planificación de cuidados.
- * Sólo un 5,8 % piensan que el P.A.E. no permite la evaluación de los cuidados.
- * Un 96.4 % de enfermeras piensan que el P.A.E. favorece la unificación de criterios en la práctica profesional.
- * El 3,7 % de las enfermeras no ven importante para la planificación de cuidados el conocer los recursos sociosanitarios existentes.
- * Sólo el 16,9 % de las enfermeras no realizan una valoración de las necesidades del paciente cuando contactan con él por primera vez.
- * El 59,7 % de las enfermeras piensan que la planificación de cuidados se debe realizar en base a los diagnósticos de enfermería y a los problemas de colaboración o interdisciplinarios.

5-IDENTIFICAR EL OBJETO CUIDADOS

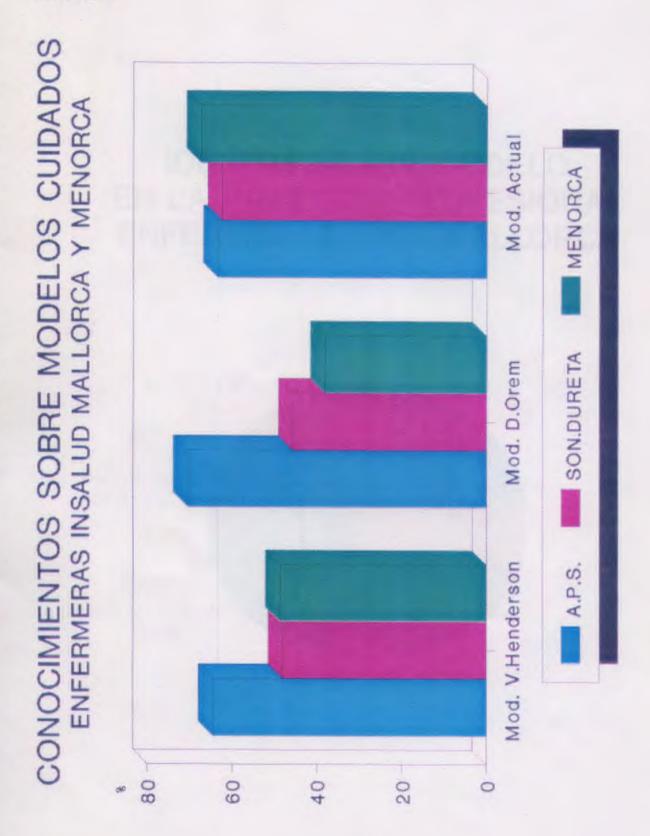
- * El 19,7 % de las enfermeras ven como función básica suya ayudar al médico en todas sus actividades profesionales.
- * El 86 % piensan que deben suplir las necesidades del paciente hasta el momento en el que él pueda valerse por sí mismo.
- * El 97,6 % creen que el P.A.E. centra los cuidados hacia el paciente.
- * El 98,8 % de las enfermeras consideran que los pacientes tienen derecho a que se les responda a todas sus preguntas sin evasivas.
- * Un 38,1 % piensan que los pacientes no tienen ninguna responsabilidad sobre los cuidados que se les aplica.

- * El 93 % de las enfermeras piensan que es importante explicar al paciente los procedimientos, actividades y posibles consecuencias derivadas de los mismos antes de iniciar un cuidado al paciente.
- * El 88.4 % piensan que los pacientes tienen derecho a que les acepten su código sociocultural y su estilo de vida.
- * El 88,8 % de las enfermeras piensan que los cuidados de enfermería van dirigidos a la persona sana, enferma, la familia y la comunidad.

OTRAS VARIABLES

- * La EDAD media de las enfermeras es de 32.5 años, con una desviación de + 6.32. La edad mínima es de 21 años y la edad máxima de 57.
- * El 85.3 % son mujeres.
- * El 51.9 % son D.U.E.; el 41.6 % A.T.S.- Convalidados; y el 6.5 % son A.T.S.
- * El 20.5 % tienen menos de 5 años de experiencia.
- * El 34.6 % entre 5 y 10 años de experiencia.
- * El 30.8 % de 11 a 15 años .
- * El 14.1 % más de 16 años.
- * El 84.4 % son enfermeras de base y un 15.6 % supervisoras.
- * El 59.7 % han ampliado conocimientos sobre P.A.E. y Diagnósticos de Enfermería durante su experiencia profesional.
- * La formación recibida fue en un 40.3 % mediante asistencia a cursos o similares y mediante bibliografía.
- * El 46.5 % ampliaron conocimientos sobre Modelos de Cuidados durante su experiencia profesional. La formación recibida fue en un 34.4 % mediante asistencia a cursos o similares y mediante bibliografía existente. Un 55.9 % manifiestan haber adquirido en la escuela de enfermería los conocimientos básicos a cerca de los Modelos de Cuidados.

Gráfico 1

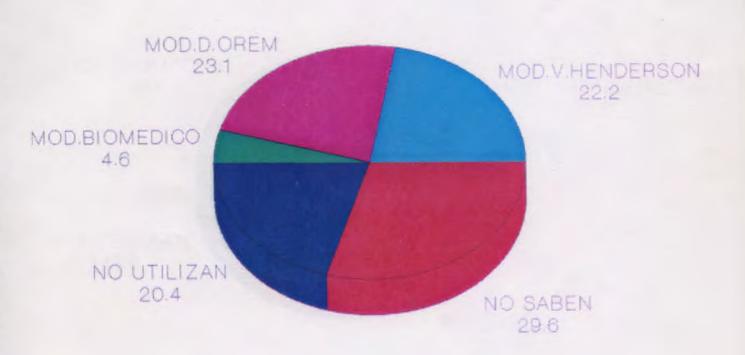


MOD. ACTUAL: Modelo Actual favorece rol delegado

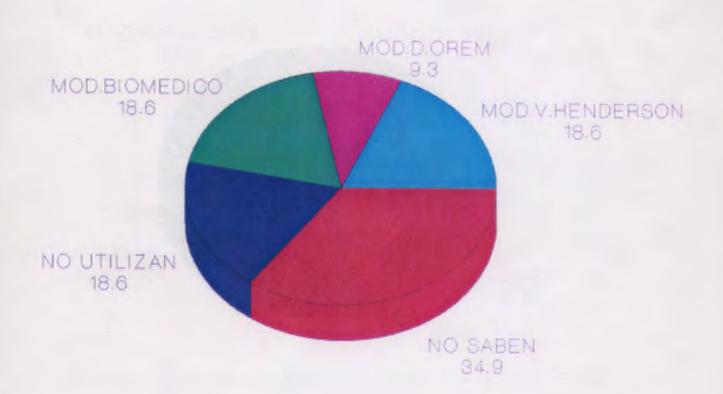
MOD. V. HENDERSON: Definición correcta modelo V. Henderson

MOD. D. OREM: Definición correcta modelo D. Orem

IDENTIFICACION MODELO EN LA PRACTICA PROFESIONAL ENFERMERAS A.P.S.MALLORCA



IDENTIFICACION MODELO EN LA PRACTICA PROFESIONAL ENFERMERAS MENORCA



IDENTIFICACION MODELO EN LA PRACTICA PROFESIONAL ENFERMERAS S.DURETA.MALLORCA

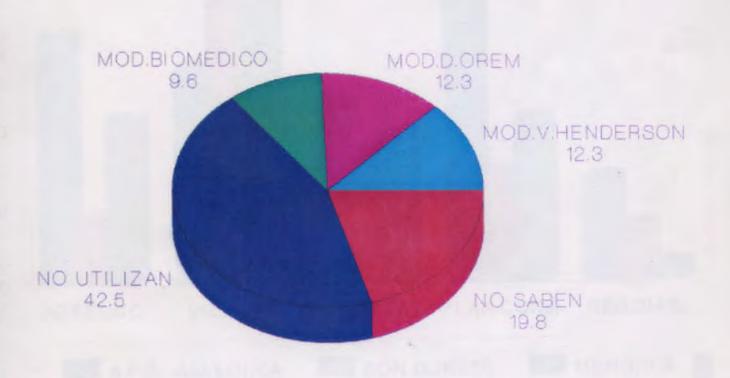
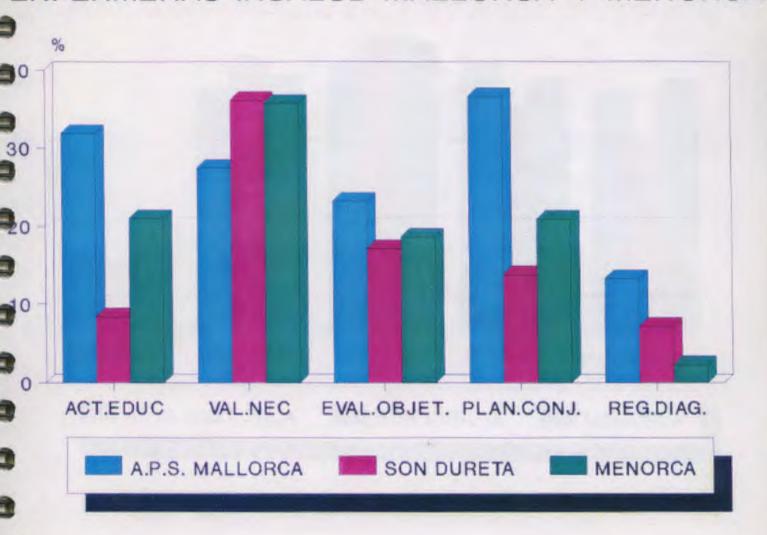


Gráfico 5

PRACTICA ASISTENCIAL ENFERMERAS INSALUD MALLORCA Y MENORCA

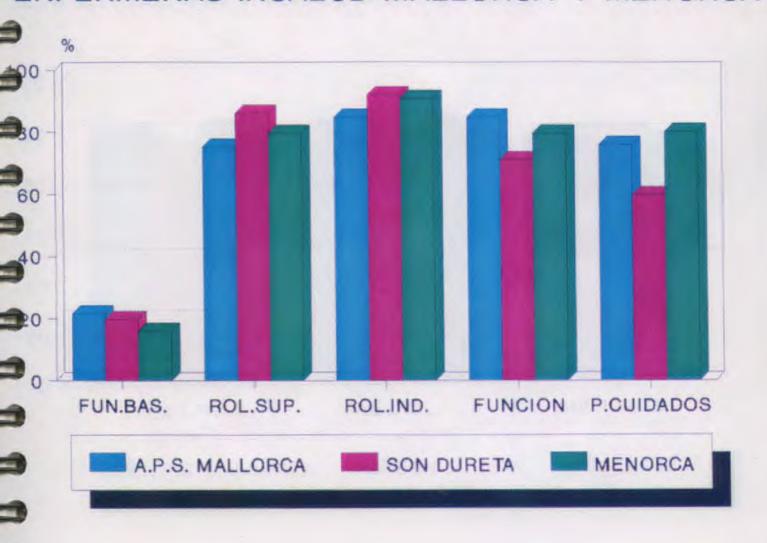


ACT. EDUC: Actividades de Educación Salud

VAL. NEC: Valoración Necesidades EVAL. OBJET: Evaluación objetivos PLAN. CONJ: Planificación conjunto

REG. DIAG: Registro Diagnósticos de Enfermería

CONCEPTO DE ROL PROFESIONAL ENFERMERAS INSALUD MALLORCA Y MENORCA

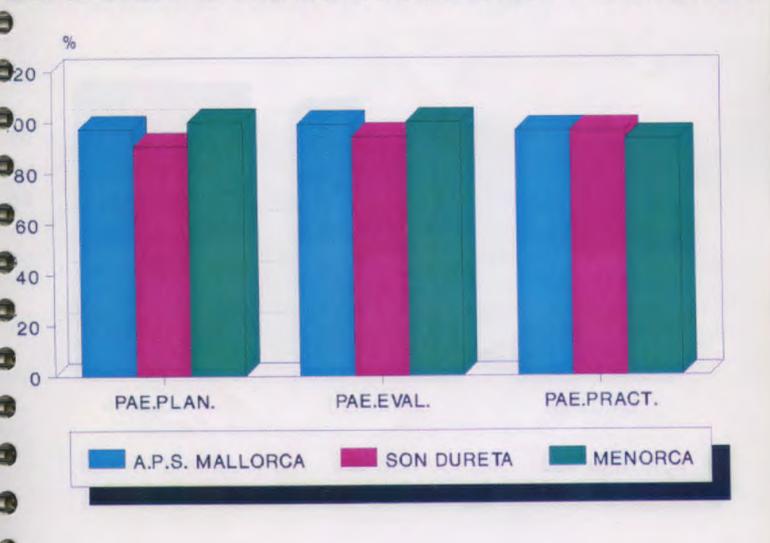


FUN.BAS: Identificación Rol Delegado ROL.SUP: Identificación Rol Propio ROL.IND: Rol Independiente del Médico

FUNCIÓN: Identificación Funciones Propias y Delegadas

P. CUIDADOS: Planificación Cuidados en base a Rol Propio y Delegado

CONOCIMIENTOS P.A.E. ENFERMERAS INSALUD MALLORCA Y MENORCA

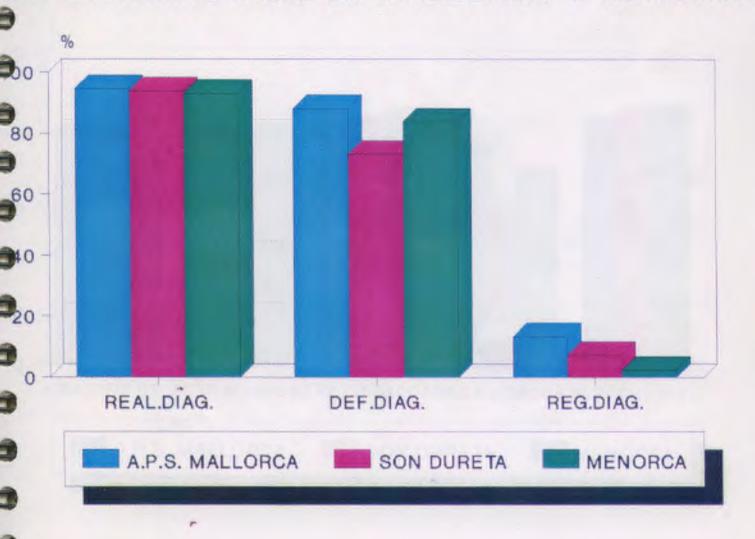


P.A.E. PLAN: Ayuda para la Planificación de Cuidados P.A.E. EVAL: Permite Evaluación de Cuidados

P.A.E. PRACT: Favorece la Unificación de Criterios

Gráfico 8

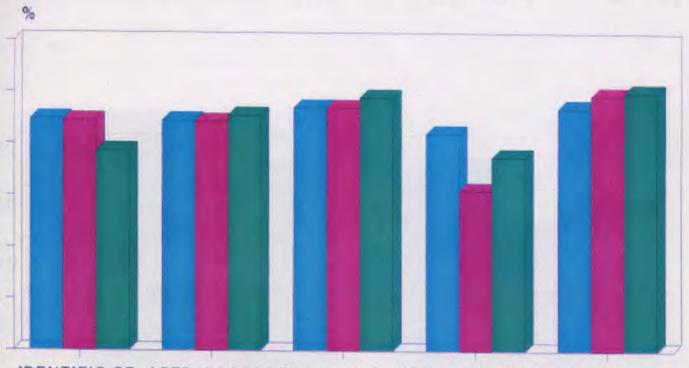
CONOCIMIENTOS Y UTILIZACION DIAGNOSTICO ENFERMERAS INSALUD MALLORCA Y MENORCA



REAL DIAG: Capacidad legal para realizar Diagnósticos de Enfermería

DEF. DIAG: Definición correcta del Diagnóstico REG. DIAG: Registro Diagnósticos de Enfermería

IDENTIFICACION OBJETO CUIDADOS NFERMERAS INSALUD MALLORCA Y MENORCA



IDENTIFIC.OB. ACEP. VALORES EXP. CUIDADOS RES. CUIDADOS DERECHO.INF.



IDENTIFIC.OB: Identifican al Individuo, Familia y Comunidad

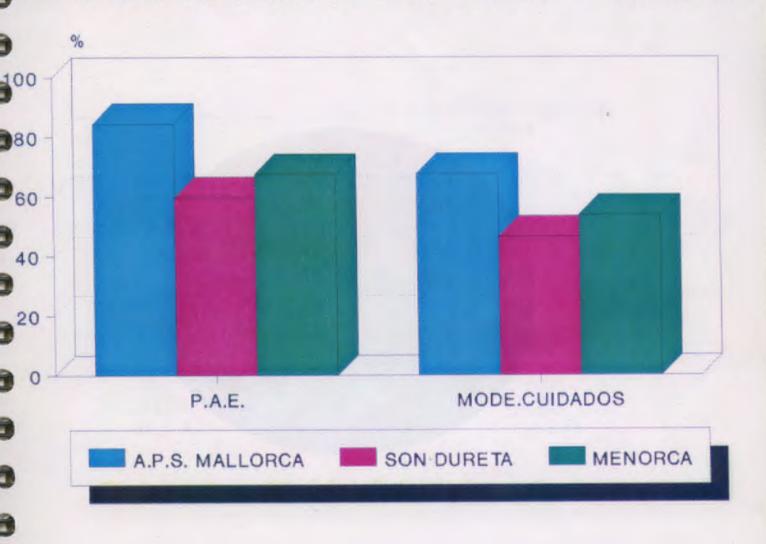
ACEP. VALORES: Aceptación de valores socio-culturales del individuo

EXP. CUIDADOS: Información sobre cuidados

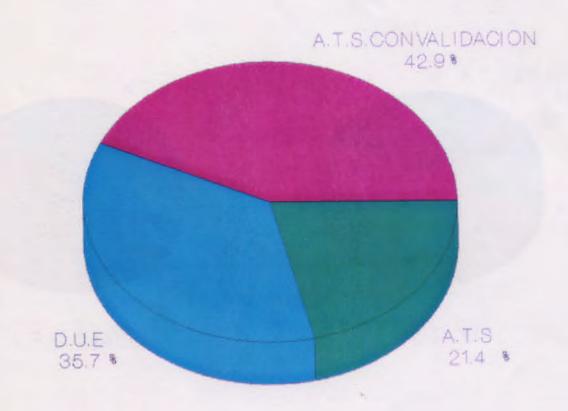
RES. CUIDADOS: Responsabilidad individuo de los cuidados

DERECHO. INF: Derecho a toda la información

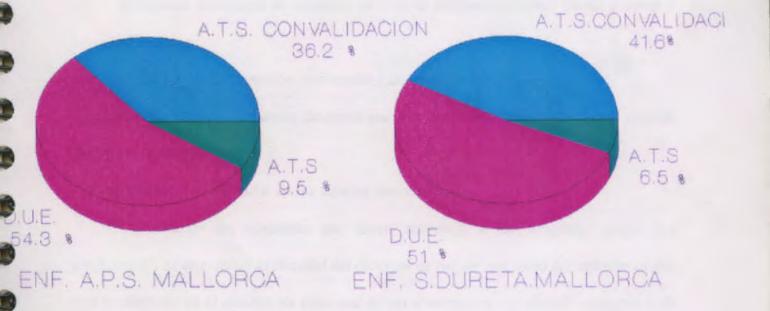
AMPLIACION CONOCIMIENTOS ENFERMERAS INSALUD MALLORCA Y MENORCA



TITULACION ACADEMICA ENFERMERAS MENORCA



TITULACION ACADEMICA ENFERMERAS MALLORCA



7. DISCUSIÓN

El trabajo se ha realizado a partir del total de la población enfermera de la A.P.S. de Mallorca. Es de destacar el elevado nivel de respuesta obtenido por las enfermeras de A.P.S (77%) en comparación con el nivel de respuesta habitual de la mayoría de trabajos de investigación. No se sigue la misma línea en Menorca donde el nivel de respuesta dado (49,4%) se acerca a lo habitual. Es destacable el bajo porcentaje (19,1%) de respuesta obtenido en el H. Son Dureta, hecho preocupante y digno de estudio específico.

El elevado porcentaje de respuesta de APS de Mallorca, creemos puede deberse a factores como son:

- la potenciación de la formación continuada y la investigación
- sistema organizativo y estructura funcional que facilitan a un tiempo la formación privada dentro de la jornada laboral y,
- el rol favorable y motivador de los mandos intermedios

Al analizar los resultados que hacen referencia a las preguntas sobre "rol profesional", es de resaltar la claridad del concepto de rol, de casi todas las enfermeras que han participado en el estudio, en cada una de sus dimensiones (rol propio, delegado y de colaboración). No obstante, este resultado no se corresponde con la opinión de otras autoras que afirman, que la conceptualización del rol en enfermería es en la actualidad uno de los grandes problemas al que nos enfrentamos hoy en día en nuestra profesión [20].

Sería oportuno hacer un análisis más profundo de todos los componentes que configuran nuestro marco conceptual.

Es de destacar que la mayoría de las enfermeras encuestadas identifican con claridad a la persona, familia y comunidad como el objeto de los cuidados; sin embargo destaca el bajo porcentaje de respuesta adjudicado en cuanto a la responsabilidad que tiene el propio paciente como partícipe en la planificación de los cuidados.

El elevado porcentaje de respuesta en cuanto a la necesidad de dar información al paciente, respetar su estilo de vida y valores socioculturales. Este resultado, se contrarresta con las informaciones que al respecto tenemos, de un estudio realizado en el Hospital Virgen de Monte Toro sobre información dada a pacientes post-hospitalizados, cuyo resultado observado es que la mayoría de los pacientes manifiestan la poca información dada sobre técnicas y procedimientos, por todo el personal médico y de enfermería. No podemos hacer igual referencia en Mallorca por no conocer estudios parecidos.

Las preguntas de la encuesta que hacen referencia a los conocimientos de los modelos de cuidados son muy básicas, posiblemente como resultado de nuestra opinión sesgada en relación al nivel de conocimientos de la población estudiada, por tanto no se ha realizado un análisis en profundidad de los mismos.

Las respuestas nos indican que si bien identifican varios modelos, nos sorprende que algunas enfermeras opinen que siguen en su práctica profesional los modelos de cuidados de V. Henderson y D. Orem, cuando nuestro conocimiento de la realidad no nos permite olvidar que si en la actualidad existe un modelo instaurado es el modelo Biomédico. Esta respuesta puede deberse a una mala interpretación de la pregunta basada en la identificación de un modelo frente a la utilización de un modelo. No se aprecian diferencias entre los conocimientos sobre modelos de cuidados de enfermería, aunque es destacable la identificación que hacen la mayoría de enfermeras con la definición del rol profesional de V. Henderson.

Destacamos la inadecuada respuesta dada por las enfermeras (A.T.S) encuestadas sobre la adquisición de conocimientos sobre modelos de cuidados de enfermería durante su formación de pregrado, ya que en dicha formación no se incluían estos conocimientos. Las reflexiones antes descritas nos hace plantear que tal vez la pregunta no se ha comprendido en su totalidad.

Todo ello no hace más que constatar una gran confusión sobre el tema.

El resultado obtenido del análisis del P.A.E demuestra que las enfermeras tienen amplios conocimientos sobre el mismo y que además lo identifican como un valioso instrumento que nos ayuda a unificar criterios, planificar cuidados y evaluar los resultados de nuestra práctica profesional.

Es patente la diferencia existente entre lo que piensan las enfermeras de Atención Primaria de Mallorca en relación a sus actividades diarias y lo que manifiestan realizar en la práctica. Llama la atención que únicamente un 23 % de las enfermeras de Atención Primaria, un 18,6 % de las enfermeras de Menorca y un 17 % de las enfermeras del H.Son Dureta evalúan la consecución de los objetivos, y que tan solo el 13 % en Atención Primaria, el 2,3 % en Menorca y el 7 % en H. Son Dureta registran diagnósticos de enfermería.

Es elevado el porcentaje de cumplimentación de los registros por parte de las enfermeras. Sobre ello nos cuestionamos si el resultado seguiría siendo igual, en el caso de registrar únicamente los cuidados referentes al rol propio.

El tipo de actividades identificadas en la práctica asistencial por las enfermeras encuestadas es amplio, si bien no podemos analizar con detalle el porcentaje de su distribución debido a la incorrecta formulación de la pregunta.

La claridad en la concepción del rol descrita anteriormente, se contradice parcialmente con el hecho de que tan solo el 36,6 % de las enfermeras de A.P.S, el 20,9 en Menorca y el 13,8 % de S.Dureta, realizan planes de cuidados conjuntamente con el paciente y/o familia. Resaltamos que el grupo profesional que más planifica de forma conjunta los cuidados con el paciente y familia es el de las A.T.S. convalidadas. Este resultado nos hace plantear un interrogante sobre la influencia de la madurez personal y la experiencia profesional en este hecho. Igualmente nos parece relevante el alto porcentaje de respuesta afirmativas ante la pregunta que hace referencia a si las enfermeras realizan siempre una valoración de las necesidades del paciente, sin embargo al analizar con detalle la valoración de alteraciones sociales y psicológicas dicho porcentaje disminuye considerablemente. Seguramente al no explicar el concepto de necesidad, ha influido en que cada enfermera responda a este concepto según su criterio.

Hemos encontrado poca relación estadística significativa al cruzar la variable titulación académica con los conocimientos sobre P.A.E. y Modelos de cuidados, Actitudes y Desarrollo de los cuidados de enfermería, ello pensamos que puede deberse el bajo número de efectivos al hacer las distintas agrupaciones, ya que al realizar los mismos cruces con el doble de efectivos la relación estadística era muy significativa.

8. CONCLUSIONES

De nuestro trabajo podemos concluir que los profesionales de A.P.S. de Mallorca y los profesionales de Menorca:

- Tienen un buen nivel de formación en cuanto a Proceso de Enfermería, de forma global, si bien no se sigue en la misma línea en cuanto a la realización de diagnósticos de enfermería
- Identifican de forma global y clara la conceptualización del Rol profesional, aunque existen diferencias en dicha conceptualización, entre las A.T.S y D.U.E.
- Reconocen al paciente, familia y comunidad como objeto de los cuidados de enfermería
- No se corresponden los conocimientos y actitudes con el desarrollo de su práctica profesional.
- Existe una gran confusión en los conocimientos sobre modelos de cuidados y en la identificación del modelo "instaurado" en nuestro sistema sanitario.

9. PROPUESTAS:

- Recomendamos la realización de un estudio de la práctica profesional de las enfermeras, basado en la observación directa.
- Recomendamos nuevas líneas de investigación que estudien las inquietudes profesionales de las enfermeras de las Islas a fin de canalizar todo el potencial existente entre ellos.
- Proponemos la creación de un grupo de trabajo entre las Direcciones de Enfermería de los distintos Centros Sanitarios de las Islas, Escuela de Enfermería y Colegios profesionales con el fin de acercar en lo posible la docencia, la práctica de la profesión y elaborar, con ello, un futuro más esperanzador para los profesionales de Enfermería de la Islas.
- Proponemos que las Direcciones de Enfermería estimulen y potencien a sus equipos, a la adopción de un Modelo de Cuidados común que guíe y oriente la práctica profesional, unifique criterio de actuación, contribuya a la satisfacción de los profesionales y en definitiva mejore la calidad de los cuidados ofrecidos a la población.

10. BIBLIOGRAFÍA

ADAM, E: 1982 Hacia donde va la Enfermería_. Madrid. Interamericana

ALBERDI, R; OTROS: 1983 Conceptos de Enfermería. Madrid. U.N.E.D

ALFARO, R: 1988 Aplicación del Proceso de Enfermería. Barcelona. Doyma

CARPENITO, L: 1990 <u>Diagnóstico de Enfermería</u> Madrid. Interamericana

DOMÍNGUEZ, C: 1986 Los Cuidados y la Profesión de Enfermería en España. Madrid.

Pirámide.

HENDERSON V, R.N; M.A: 1971 <u>Principios Básicos de los cuidados de Enfermería.</u>
Consejo internacional de Enfermeras. Ginebra.

IYER, P y TAPTICH, B: 1987 <u>Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería.</u>

Barcelona. Interamericana

KERSHAW, B y SALVAGE, J: 1988 <u>Cuidados de Enfermería</u>. Barcelona Doyma

KIM, J. y MCFARLAND, G:1990 <u>Manual de Diagnóstico en Enfermería.</u> Madrid.

Interamericana

MARRINER, A: 1989 Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona. Rol

OREM, D: 1983 Normas Prácticas en Enfermería. Madrid. Pirámide

POLETTI, R: 1980 <u>Cuidados de Enfermería</u>. Barcelona. Rol

POLIT, D y HUNGLER, B: 1987 <u>Investigación Científica</u>. México Df. Interamericana

RIEHL-SISCA,J: 1992 <u>Modelos Conceptuales de Enfermería</u> Barcelona. Doyma

OTRAS FUENTES

BISLY, M.: 1991 - 1993 Aplicación Práctica del Rol de Enfermería 02. Apuntes Master

<u>Administración y Gestión Servicios Enfermería.</u>

MORAGA,M.: 1991 - 1993 El Nacimiento de las Teorías de Enfermería 01. 02. Apuntes

Master Administración y Gestión Servicios Enfermería.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS:

[1] Gusiñé, M. Fernández, C. Pardo, A. Sales, D: ¿Qué Entendemos por un profesional de Enfermería?. Revista Rol. nº:118 pág 72 -73.

[2]Joop, M.C. 1992. Marcos Conceptuales de Enfermería. En Riehl-Sisca, J. Modelos Conceptuales de Enfermería. Barcelona. Doyma.pág.29 a 37.

[3] Reportaje. Viena 88. Revista Rol.nº:121. pág 14 a 16.

[4] Steele, J. 1992. Aprender a Ser Docente en el Mundo Actual. En Riehl-Sisca, J. <u>Modelos</u>

<u>Conceptuales de Enfermería</u>. Barcelona. Doyma. pág 3.

[5]Steele, J. 1992. Aprender a Ser Docente en el Mundo Actual. En Riehl-Sisca, J. <u>Modelos</u>

<u>Conceptuales de Enfermería.</u> Barcelona. Doyma. pág 6 a 9

[6] Chong Choi, E. 1989. Evolución del Desarrollo de la teoría de Enfermería. En Marriner, A. <u>Modelos y Teorías de Enfermería</u>. Rol . pág 44 a 52.

[7]Kuhm.1989. Evolución del Desarrollo de la teoría de Enfermería. En Marriner, A. <u>Modelos y Teorías de Enfermería</u>. Rol. pág 44.

[8]Kim.1989. Evolución del Desarrollo de la teoría de Enfermería.En Marriner,A. Modelos y Teorías de Enfermería.Rol .pág 44.

[9]Adam,E.1982. Hacia donde va la Enfermería. Madrid. Interamericana .pág 5 a 16.

[10]Wright,S.1986.Desarrollo y uso de un modelo de Enfermería. En Kershaw,B.Salvage,J.

<u>Modelos de Enfermería.</u> Barcelona.Doyma pág 42 a 50.

[11Farmer,E.1986.Necesidad de profundizar en los temas.En Kershaw,B.Salvage,J. <u>Modelos</u> <u>de Enfermería.</u> Barcelona.Doyma pág

8 a 17.

[12]Henderson, V. Sabiendo lo que sé estoy con las Enfermeras. Revista Rol. nº:117. pág 24 y 25.

[13]Janice Nelson,M.1992. Utilización de los Modelos Conceptuales en el Servicio de Enfermería. En Riehl-Sisca,J. <u>Modelos Conceptuales de Enfermería</u>. Barcelona. Doyma. pág 19 a 28.

[14]Steele, J. 1992. Aprender a Ser Docente en el Mundo Actual. En Riehl-Sisca, J. <u>Modelos</u>

<u>Conceptuales de Enfermería.</u> Barcelona. Doyma. pág 5 y 6.

[15]Lamontagne,L.Del Aprender a Cuidar.Revista Rol.nº:119-120 pág 79 a 82.

[16]Andrade Ferreira, N. Setiembre 1990. Sistematização da Assistencia de Enfermagen. Importacia para a Profissão e Responsabilidade no prepairo do Enfermeriro. Revista ACTA Paulista de Enfermagen. Brasil. Vol. 3 nº 3. pág 79 a 84.

[17]Lamontagne, L. Del Aprender a Cuidar. Revista Rol. nº:119-120 pág 79 a 82.

[18]Andrade Ferreira,N. Setiembre 1990.Sistematizacao da Assistencia de Enfermagen. Importacia para a Profissao e Responsabilidade no prepairo do Enfermeriro.Revista ACTA Paulista de Enfermagen.Brasil.Vol.3 nº 3. pág 79 a 84.

[19]Lamontaigne,L.Dossier de Cuidados.Revista Rol.nº 118. pág 38 a 40

[20]Mora, M^oA. Virruela, V. Redefinir el rol de Enfermería. Revista Rol. n^o 129. pág 23 a 25. [21]Mompart, M^oP. Necesidad de Investigación y Cuidados de Enfermería. Revista Rol n^o145. pág 19 a 23.

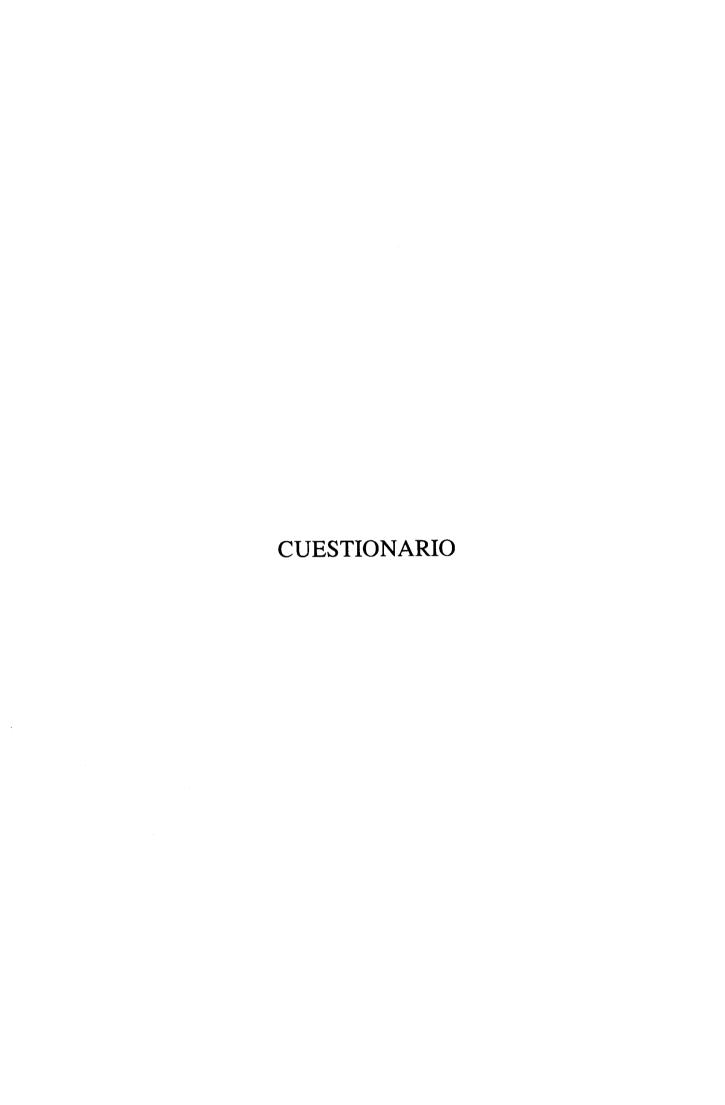
[22] Fernández de Sousa, M. Gaby Riberode de Gutierrez, M^a. Diciembre 1990. Pesquisa em Enfermagen. revista ACTA Paulista de Enfermagen. Brasil. Vol 3 nº4.pág 137 a 142.

[23]Andrade Ferreira, N. Setiembre 1990. Sistematizacao da Assistencia de Enfermagen. Importacia para a Profissao e Responsabilidade no prepairo do Enfermeriro. Revista ACTA Paulista de Enfermagen. Brasil. Vol. 3 nº 3. pág 79 a 84.

Situación actual de la enfermería en Mallorca y Menorca

ANEXOS

R.10.557



PRESENTACION

Apreciado compañera/o ,estamos realizando una investigación cuyo objetivo es analizar la situación actual de la enfermería de la red Insalud de Mallorca y Menorca, identificando las distintas valoraciones del rol profesional y el objetivo de los cuidados de enfermería.

Solicitamos tu colaboración en la cumplimentación de este cuestionario formado por preguntas que hacen referencia a tu práctica profesional, a valoraciones sobre conceptos de enfermería y a opiniones sobre diferentes situaciones, por ello, te rogamos seas lo más espontánea posible en tus respuestas. Este cuestionario es anónimo, respetando la confidencialidad de las respuestas de los encuestados.

Las conclusiones del mencionado trabajo estarán a tu disposición en la Dirección de Enfermería de tu Centro.

Queremos recalcar tu valiosa colaboración sin la cual no podemos conocer la realidad de nuestra profesión, realidad por otra parte importantísima para sentar las bases del futuro de la Enfermería de las Islas.

INSTRUCCIONES

Debes marcar con una cruz ' X ' la respuesta que consideres se ajusta más a tu opinión sobre lo que se te pregunta. En caso de un error, redondea con un círculo y señala con una X la respuesta adecuada.

En cada pregunta hay una única respuesta, es decir, las respuestas son mutuamente excluyentes.

Puesto que es un cuestionario de opinión, y ya que es importante recoger todas las mismas, te rogamos contestes a todas las preguntas.

RESPONSABLE	DE	RECOGIDA	DE	DATOS
VEGE CHOVER		KECOGIDA		DATOS

* NUMERO DE CUESTIONARIOS ENTREGADOS: ...
* NUMERO DE CUESTIONARIOS RECOGIDOS : ...

Post	tdat	a:							
Una	vez	10	tengas	cumplimentado	te	agradeceremos	se	10	entregues

a :.....

Pasaremos a recogerlo dentro de 1 semana

FECHA				/						/.	, ,							
				,				_	-	, -			-	-	-	-	-	-

CONTESTA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SEGUN TE IDENTIFIQUES EN LA ESCALA SIGUIENTE:

- 1-TOTALMENTE EN DESACUERDO;
- 2-PARCIALMENTE EN DESACUERDO;
- 3-PARCIALMENTE DE ACUERDO;
- 4-TOTALMENTE DE ACUERDO.

	1	2	3	4
1.La función básica de las enfermeras es ayudar al médico en todas sus actividades profesionales.	•	-	J	•
2.Las enfermeras deben suplir las necesidades del paciente hasta el momento que él pueda valerse por si mismo				
3.Las enfermeras pueden actuar independiente del médico.				
4.Las enfermeras están legalmente capacitadas para realizar diagnósticos de enfermeria				
5.Los diagnósticos de enfermeria describen las respuestas de los individuos ante distintas situaciones.				
6.La planificación de cuidados debe realizarse por escrito en la historia del paciente				
7.El proceso de atención de enfermería nos ayuda a planificar los cuidados de enfermeria				
8.El proceso de atención de enfermeria permite la evaluación de los cuidados prestados				
9.El proceso de enfermeria favorece la unificación de criterios en la práctica profesional				
10.La utilización del proceso de enfermeria centra los cuidados hacia el paciente				
11.Tus actividades diarias derivan de la valoración de las necesidades del paciente y de las actividades prescritas				
12.Considero que los pacientes tienen derecho a que se les responda a todas sus preguntas sin evasivas				
13.Los pacientes no tienen ninguna responsabilidad sobre los cuidados que se les aplica.				
14.Cuando realizo un cuidado a un paciente, no necesito explicarle los procedimientos y tratamientos antes de iniciarlos ,ni las posibles consecuencias derivadas de los mismos				
15.Los pacientes tienen derecho a esperar que situe sus necesidades personales por encima de las mías				
16.Los pacientes tienen derecho a que acepte su código sociocultural y respecte su estilo de vida				
17.Pienso que a los pacientes debería explicarles en que consisten los cuidados y actividades que les realizo				
18.En la planificación de los cuidados es importante conocer los recursos socio- sanitarios existentes				

	Siempre	 Raramente	Nunca
19.En tu práctica asistencial diaria realizas actividades de educación para la salud			
20.Al primer contacto con los pacientes haces una valoración de sus necesidades			
21.Normalmente evaluas la consecución de los objetivos planificados			
22.En la valoración de los pacientes identificas alteraciones sociales y psicologicas			
23.La planificación de los cuidados la realizas conjuntamente con el paciente y/o familia			
24.La valoración de necesidades de los pacientes la realizas según patrones funcionales de salud			

ESTAS EN EL PASO DEL ECUADOR DEL CUESTIONARIO, ANIMOS QUE NO TE QUEDA CASI NADA

LAS PREGUNTAS SIGUIENTES QUIEREN RECOGER TUS OPINIONES SOBRE ASPECTOS DE TU PRACTICA PROFESIONAL.

- 25.La mayoria de tus actividades diarias derivan básicamente de:
 - Ordenes médicas
 - De la distribución de tareas
 - De las necesidades identificadas a los pacientes
 - Conjuntamente de las ordenes médicas y de las necesidades identificadas
 - Conjuntamente de la distribución de tares y ordenes médicas
- 26. Específica qué procedimientos, cuidados y actividades quedan registrados en la historia del paciente
 - Todos los que le realizas
 - Solo los derivados de ordenes médicas
 - Solo las observaciones
 - Solo las técnicas que les realizas
 - No registro los cuidados en la historia
- 27.En la historia del paciente registras los diagnósticos de enfermería
 - Siempre
 - Bastantes veces
 - A veces
 - Rara vez
 - Nunca
 - NO registro los diagnósticos de enfermería , pero si registro los problemas
- 28. Tus actividades diarias consisten en :
 - Hacer actividades de educación para la salud
 - Realizar una valoración de las necesidades del paciente
 - Tomar constantes vitales
 - Cumplir ordenes médicas
 - Todas las anteriores
- 29.La enfermera debe colaborar y aportar sus conocimientos como miembro de un equipo multidisciplinar
 - Siempre
 - Más si el tema es de enfermería
 - Sólo si el tema es de enfermería
 - Sólo si se le pide
 - Nunca
- 30.Las funciones de enfermería son:
 - Todas propias
 - Todas delegadas
 - Propias y delegadas
 - Más propias que delegadas
 - Más delegadas que propias
- 31.Los cuidados de enfermeria van dirigidos a :
 - La persona sana
 - La persona enferma
 - La familia
 - La comunidad
 - Todas las anteriores
- 32.Los cuidados de enfermería se planifican en base a:
 - Solo los diagnósticos de enfermería
 - Solo los problemas de colaboración
 - Sobre los dos casos anteriores
 - No planifico cuidados de enfermería
 - No hace falta planificar cuidados

CONTESTA A LAS PREGUNTAS QUE A CONTINUACION SE DETALLAN SEGUN TE IDENTIFIQUES EN LAS RESPUESTAN CON ESTA ESCALA:

1-EN DESACUERDO;

2-PARCIALMENTE EN DESACUERDO; 3-PARCIALMENTE DE ACUERDO;

4-TOTALMENTE DE ACUERDO;

5-NO CONOZCO

	1	2	3	4	5
33.El modelo de V.Henderson identifica 14 necesidades básicas en el ser humano					
34. El modelo de D.Orem relaciona la práctica de la enfermería con el deficit de autocuidados en el ser humano					
35.Los 11 patrones funcionales de Salud permiten una valoración integral del individuo y familia					
36.Una de las funciones de enfermeria es ayudar a los individuos sanos o enfermos a mantener o conseguir su independencia					
37. El modelo asistencial actual favorece más el desarrollo de las funciones dependientes o delegadas de la enfermera					
38. Un modelo de cuidados de enfermería guía la práctica profesional y le da rigor científico.					
39. Un modelo de cuidados de enfermería permite unificar criterios entre la práctica asistencial, la docencia y la investigación.					

40.¿Con qué modelo crees que se relaciona tu práctica profesional actual?

- Modelo biomédico
- Modelo de necesidades de Virginia Henderson
- Modelo de autocuidados de Dorotea Orem
- Con ningún modelo
- No lo sé

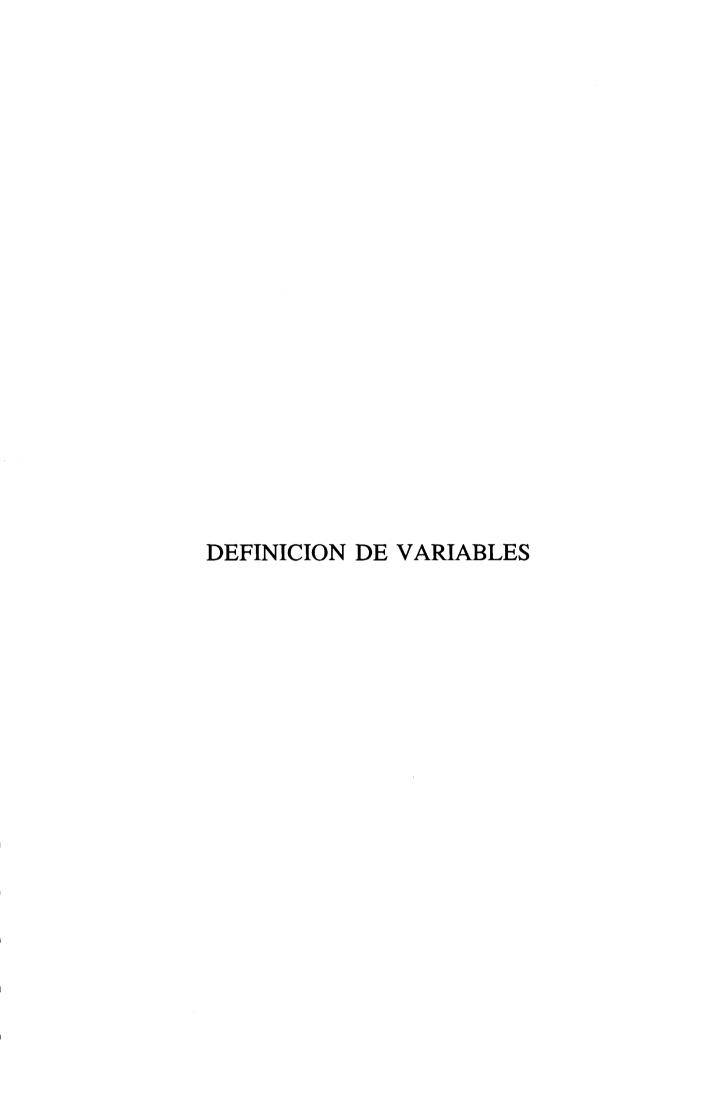
41.El modelo de cuidados de enfermería marcado en la pregunta anterior, lo utilizas:

- Unicamente tú
- Todo el equipo de tú unidad/ centro
- Todo el hospital / centros de salud
- No lo sé

42.El modelo asistencial utilizado actualmente en tu centro sanitario favorece la valoración de las necesidades del paciente:

- En desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Parcialmemte de acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- No valoro necesidades y no utilizo ningún modelo

```
43* Edad:...... 44 * Sexo :...Varón
                                       ...Mujer
  (años cumplidos)
45* Titulación académica:
        ... A.T.S.
         ... A.T.S.; Convalidación
        ... D.U.E.
46a* Lugar de trabajo: ...-Hospital:
                                 ... Hospitalización
                                 ... U.C.I
                                 ... Urgencias
                                 ... C. externas
46b* Lugar de trabajo: ...-Centro de salud
47* Situación laboral:años de experiencia como enfermera:
        ... < 5 Años;
         ... Entre 5 y 10 Años;
         ... De 11 a 15 Años;
         ... > 16 Años.
48* Categoria profesional:
         ...Enfermera de base
         ... Responsable de enfermería/ Supervisora.
49* Te enseñaron en la Escuela los conocimientos básicos sobre Modelos
de Cuidados de enfermería:
         ... Si
         ... No
         ... No lo sé
50*Durante tu experiencia profesional has ampliado tus conocimientos sobre el Proceso de Atención y Diagnósticos de enfermería:
          ...Si
          ...No
          ...No lo sé
En caso afirmativo :
51*La formación recibida ha sido atraves de:
          ... Asistencia a cursos; congresos; seminarios; talleres; etc
          ... A traves de bibliografia existente.
          ... Ambas.
52*Durante tu experiencia profesional has ampliado tus conocimientos
sobre Modelos de Cuidados de enfermería:
        ... Si
        ... No
        ... No lo sé
En caso afirmativo:
53*La formación recibida ha sido atraves de:
        ... Asistencia a cursos; congresos; seminarios; talleres; etc
        ... A traves de bibliografia existente.
        ... Ambas.
```



VARIABLE	DEFINICION	ESCALA MEDIDA
1- Valoracion de necesidades	Etapa del P.A.E. donde se recogen las necesidades de la persona. Se trata de averiguar si las enfermeras realizan esta etapa cuando contactan por primera vez con la persona.	1-siempre 2-bastantes veces 3-raramente 4-nunca
2-Conocimiento sobre Diagnósticos de enfermería (D.E.)	Valoramos los conocimientos de las enfermeras a traves de su opinion respecto a la definición de lo que es un diagnóstico de enfermería	1-totalmen. desacuerdo 2-parcialm. desacuerdo 3-parcial. de acuerdo 4-totalmen. de acuerdo
3- Capacidad para la realizacion de D.E.	Pretendemos conocer la opinión de las enfermeras respecto a la capacidad para la realización de D.E.	idem anterior.
4- Registro en la historia del paciente de la Planificación de cuidados	Se valora la opinión sobre si la planificación de cuidados debe realizarse por escrito en la historia del paciente	idem anterior.
5- Planificación de cuidados y P.A.E.	Se pretende saber si las enfermeras reconocen que el P.A.E. es un instrumento para la planificación de cuidados	idem anterior.
6-Conocimientos de la planificación de cuidados	Queremos conocer cómo las enfermeras planifican los cuidados de enfermería, en relación a la fase de la definición del problema planteado, o sea, de los D.E. y de los problemas de colaboración.	1-sobre los D.E. 2-sobre los problemas de colaboració 3-sobre los dos anteriores. 4-no planifico cuidados. 5-no hace falta planificar cuidados.

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDIDA
7-Planificación de cuidados y recursos sociosanitarios	Valoramos la opinión de las enfermeras a cerca de la dimensión sociosanitaria en la utilización de recursos en el momento de la planificación de cuidados	1-totalmen. desacuerdo 2-parcialm. desacuerdo 3-parcial. de acuerdo 4-totalmen. de acuerdo
8- Evaluación de cuidados y P.A.E.	Se pretende saber si las enfermeras ven en el P.A.E. un instrumento para la evaluación de cuidados	idem anterior.
9- Práctica profesional y P.A.E.	Preguntamos si el P.A.E. favorece la unificación de criterios en la práctica profesional.	idem anterior.
10- Definición Rol propio o autónomo.	Solicitamos de las enfermeras su identificación con la definición del rol propio como suplencia de necesidades hasta que la persona pueda valerse por sí misma.	idem anterior.
11- Independencia y Rol propio o autónomo	Valoramos la opinión de las enfermeras sobre su independencia de actuación respecto a los médicos.	idem anterior.
12- Valoración del Rol dependiente o delegado.	Les pedimos a las enfermeras si creen que su función básica es ayudar al médico en todas sus actividades profesionales	idem anterior.
13-Rol y Equipo Multidisciplina	La enfermera debe colaborar y aportar sus conocimientos como miembro del equipo multidisciplinar	1-siempre 2- + si el tema es de enfermería 3-sólo si el tema es de enfermer. 4-sólo si se le pide 5-nunca.

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDIDA
14- Función de enfermería e independencia del paciente	Identificación de las enfermeras con la definición de que una de sus funciones es ayudar a los individuos sanos o enfermos a mantener o conseguir su independencia	1-totalmen. desacuerdo 2-parcialm. desacuerdo 3-parcial. de acuerdo 4-totalmen. de acuerdo 5- no conozco
15- Clasificación de las Funciones de enfermería	Las funciones de enfermería son propias y delegadas	1-todas propias 2-todas delegadas 3-propias y delegadas 4-+propias que deleg. 5-+deleg. que propias
16- Explicación al paciente sobre lo que se le va a hacer	Cuando realizo un cuidado al paciente, no necesito explicarle los procedimientos y tratamientos antes de iniciarlos, ni las posibles consecuencias derivadas de los mismos.	1-totalmen. desacuerdo 2-parcialm. desacuerdo 3-parcial. de acuerdo 4-totalmen. de acuerdo
17- Práctica de las Actividades diarias	Las actividades diarias de las enfermeras derivan de la valoración de las necesidades del paciente y de las actividades prescritas por el médico	idem anterior.
18- Valoración de alteraciones sociales y psicológicas	En la valoración de los pacientes identifican alteraciones sociales y psicológicas	1-siempre 2-bastantes veces 3-raramente 4-nunca
19- Valoración por patrones de salud	La valoración de necesidades del paciente la realizas según patrones funcionales de salud	idem anterior.

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDIDA
20- Realización del plan de cuidados conjunto.	La planificación de los cuidados la realizas conjuntamente con el paciente y o la familia.	idem anterior.
21- Realización de actividades para la salud.	Realización de actividades para la salud en la práctica asitencial diaria	idem anterior.
22- Clasificación de las actividades diarias (I)	Las actividades diarias derivan mayoritariamente de las órdenes médicas,(a) de la distribución de tareas(b) y de las necesidades identificadas a los pacientes (c)	1- sólo a) 2- sólo b) 3- sólo c) 4- a) y c) 5- b) y c)
23- Clasificación de las actividades diarias (II)	Las actividades diarias consisten en hacer educación para la salud (d), realizar una valoracvión de los pacientes (e), tomar constantes vitales (f), cumplir órdenes médicas (g), todas las anteriores (h).	1- sólo d) 2- sólo e) 3- sólo f) 4- sólo g) 5- h)
24- Evaluación de los objetivos	Evaluación periódica de los objetivos planificados en la práctica asistencial	1-siempre 2-bastantes veces 3-raramente 4-nunca
25- Registro de cuidados	Las enfermeras registran o no los cuidados de enfermería que realizan: a) no registran;b) registran todo;c) registran sólo las órdenes médicas;d) sólo las observaciones;e) sólo las técnicas.	1- a) 2- b) 3- c) 4- d) 5- e)
26- Registro de los Diagnósticos de Enfermería	Registro de los Diagnósticos de Enfermería en la historia del paciente	idem anterior + 5- no registro los D.E. pero sí los problemas de salud.

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDIDA
27- P.A.E. para centrar los cuidados en el paciente	La utilización del proceso de atención de enfermería centra los cuidados hacia el paciente	1-totalmen. desacuerdo 2-parcialm. desacuerdo 3-parcial. de acuerdo 4-totalmen. de acuerdo
28- Direccion de los cuidados	Los cuidados de enfermería van dirigidos a la persona sana(a), la persona enferma(b), la familia(c), la comunidad(d), todas las anteriores(e)	1- a) 2- b) 3- c) 4- d) 5- e)
29- Derecho a respuestas	Los pacientes tienen derecho a que se les responda a todas sus preguntas sin evasivas	1-totalmen. desacuerdo 2-parcialm. desacuerdo 3-parcial. de acuerdo 4-totalmen. de acuerdo
30- Responsabilidad sobre cuidados	Los pacientes no tienen ninguna responsabilidad sobre los cuidados que se les aplica	idem anterior.
31- Derechos de los pacientes a la información(I)	Cuando realizo un cuidado a un paciente, no necesito explicarle los procedimientos y tratamientos antes de iniciarlos, ni las posibles consecuencias derivadas de los mismos.	idem anterior.
32- Derechos de los pacientes y necesidades.	Los pacientes tienen derecho a esperar que situe sus necesidades personales por encima de las mías	idem anterior.
33- Derechos, codigo sociocultural y estilo de vida	Los pacientes tienen derecho a que acepte su código sociocultural y respete su estilo de vida	idem anterior.
34- Derechos de los pacientes a la información(II)	Pienso que a los pacientesdebería explicarles en qué consisten los cuidados y actividades que les reralizo	idem anterior.

VARIABLE	DEFINICION .	ESCALA DE MEDIDA.
35- Modelo de Cuidados (M.C.) de V.Henderson.	El M. de C. de V. Henderson identifica 14 necesidades básicas en el ser humano	1-totalmen. desacuerdo 2-parcialm. desacuerdo 3-parcial. de acuerdo 4-totalmen. de acuerdo 5- no conozco
36- M. de C. de D. Orem	El M. de C. de D. Orem relaciona la práctica de la enfermería con el déficit de autocuidados en el ser humano	idem anterior.
37- Definición de Patrones Funcionales de Salud	Los 11 patrones funcionales de salud permiten una valoracion integral del individuo y familia	idem anterior.
38- Definicion de ROL de enfermería según V. H.	La función de la enfermería es ayudar a los individuos sanos o enfermos a mantener o conseguir su independencia	idem anterior.
39- Definición de Modelo de Cuidados	Un M. de C. guía la práctica profesional y le da rigor científico	idem anterior.
40- Función de un M. de C.	Un modelo de cuidados de enfermería permite unificar criterios entre la práctica asistencial, la docencia y la investigación.	idem anterior
41- M. de C. y práctica profesional	Identificación del M. de C. utilizado en la práctica asistencial actual, Biomédico (a), V. Henderson (b), D. Orem (c), ningún modelo (d), no lo sé (e)	1- a) 2- b) 3- c) 4- d) 5- e)

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDIDA
42- Utilización del Modelo	En el caso de utilizar un Modelo conocer las profesionales que se cree que lo utilizan, únificamente tú (a), todo el equipo (b), todo el hospital o los centros de salud (c), no lo sé (d)	1- a) 2- b) 3- c) 4- d)
43- Modelo utilizado y valoración de necesidades	El Modelo asistencial utilizado en el centro favorece la valoracion de necesidades del paciente/usuario	1-totalmen. desacuerdo 2-parcialm. desacuerdo 3-parcial. de acuerdo 4-totalmen. de acuerdo 5-no valoro necesidades ni utilizo un M.C.
44- Formación de pregrado sobre M.de C.	Te enseñaron en la E.U.E. los conocimientos básicos sobre M.de C. de Enfermería	1- Si 2- No 3- No lo sé
45- Formación de potgrado sobre M. de C.	Ampliación de conocimientos durante la experiencia profesional sobre M. de C.	1- Si 2- No 3- No lo sé
46- Tipo de formación recibida	Si se ha respondido afirmativamente a la pregunta anterior, describir el tipo de formación recibida, si ha sido mediante la asistencia a cursos, congresos, seminarios(a); a través de bibliografía existente (b); o en ambos casos (c).	1- a) 2- b) 3- c)

VARIABLE	DEFINICION ESCALA DE MEDIDA	
47- Formación de postgrado sobre P.A.E. y Diagnósticos	Ampliación de conocimientos durante la experiencia sobre P.A.E. y Diagnósticos de Enfermería	1- si 2- no 3- no lo sé
48- Tipo de formación recibida	Si se ha respondido afirmativamente a la pregunta anterior, describir el tipo de formación recibida, si ha sido mediante la asistencia a cursos, congresos, seminarios(a); a través de bibliografía existente (b); o en ambos casos (c).	1- a) 2- b) 3- c)
49- Edad	Edad en años cumplidos de los profesionales que responden al cuestionario. Clasificación: se reraliza una escala agrupada de cinco en cinco años y desde que cumple los 20 años hasta que se jubila.	1- de 20-25 2- de 26-30 3- de 31-35 4- de 36-40 5- de 41-45 6- de 46-50 7- de 51-55 8- de 56-60 9- de 61-65
50- Sexo	Se identifica a los profesionales según sea varón (a) o hembra (b)	1- a) 2- b)
51- Titulación académica	La Titulación académica se establece como A.T.S. (a) A.T.S. convalidación (b), D.U.E. (c)	1- a) 2- b) 3- c)
52- Lugar de trabajo	Se establecen dos grandes divisiones: hospital (a) y centros de salud(b)	1- a) 2- b)
53- Años de experiencia profesional	Valoración de la experiencia profesional en años, con agrupación de 5 años	1- < 5 años 2- de 5-10 3- de 10-15 4-> 16 años
54- Categoría profesional	Establecemos para la valoración, únicamente a la enfermeía de base (a) y a las supervisoras y responsables de enfermería (b)	1- a) 2- b)



IDENTIFICAR EL OBJETO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Esta variable pretende estudiar la opinión de las enfermeras a cerca de la identificacion del paciente/usuario como centro de los cuidados de enfermería, mediante :

- * La definición de la función básica de la enfermería (1,2)
- * La utilizacion del P.A.E. (10,)
- * El centro de los cuidados (31)
- * Los derechos de los pacientes/usuarios (12,15,16,17)
- * La implicación de los pacientes/usuarios en sus cuidados
- (13) * La informacion al paciente /usuario sobre los cuidados que se

IDENTIFICAR LOS CONOCIMIENTOS EXISTENTES SOBRE MODELOS DE **CUIDADOS**

Los conocimientos existentes sobre Modelos de Cuidados de Enfermería los valoramos en base a:

- * formación de pregrado (49)
- * formación de postgrado (52,53)
- * tipos de Modelos (33,36,34,)
- * patrones funcionales (35)
- * identificación del modelo asistencial actual (42,37)
- * definición de modelo de cuidados (38,39)
- * utilizacion de un modelo (41)
- * relación de la práctica profesional actual con el modelo de cuidados. (40)

IDENTIFICACION PROFESIONAL

establecido siguientes variables para las determinación de la identificación de los profesionales que responden al Cuestionario:

- * edad (43)
- * sexo (44)
- * titulación académica (45)
- * lugar de trabajo (46 a, 46 b)
- * situación laboral (47)
- * categoría profesional (49)

VALORACION DEL CONCEPTO DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

A partir del presente cuestionario, pretendemos saber los conocimientos a cerca del Proceso de Atencion de Enfermería, a partir de:

- * Valoración de necesidades de la persona (20)
- * El conocimiento de diagnósticos de enfermería. (4y5)
- * La planificación de cuidados. (6,7,18,32)
- * La evaluación de los cuidados.(8,)
- * Como instrumento para la unificación de criterios en la practica. (9)
- * Formación de la enfermería sobre P.A.E. Y Diagnósticos de Enfermería (50 y 51)

ANALIZAR EL CONCEPTO DE ROL PROFESIONAL

Mediante este análisis intentaremos reflejar las funciones de enfermería que definen estructuralmente cuatro grandes bloques de actuación profesional:

- * rol propio o autónomo.(36,3,4,2,)
- * rol dependiente o delegado (1,)
- * rol de colaboracion (32)
- * rol dentro del equipo multidisciplinar. (29).
- * funciones de enfermería.(30)

ANALIZAR LA PRACTICA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA .

Pretendemos describir la práctica de los profesionales de enfermería a partir de las siguientes actividades:

- * El usuario como centro de nuestros cuidados. (14)
- * Valoracion de las necesidades (11, 20, 22, 24,)
- * Registro de los diagnósticos y/o problemas (27)
- * Planificación de cuidados (23)
- * Ejecución del plan de cuidados (28,25,19)
- * Registro de cuidados (26,27)
- * Evaluación de cuidados (21)

1- CONCEPTO DE ROL PROFESIONAL

TITACAD	FUNBAS	
	ROLSUPL	
	ROLINDEP	
	DEFVHEND	
	ENFEREQU	
	FUNCIONE	

2-CONOCIMIENTO SOBRE MODELOS

ESCUELAM	MODVHEND
CONOCMOD	MODOREM
	PATRONES
	DEFVHEND
	MODELDEF
	MODELPRO
	MODELFUN
CONOCMOD	FORMACI1
TITACAD	CONOCMOD, ESCUELAM

3- CONOCIMIENTOS SOBRE PROCESO Y DIAGNOSTICOS

TITACAD	REALDIAG
FORMACIO	DIAGDEF
	PLANREG
	PAEPLAN
	PAEPRACT
	PAEEVAL
	PLANIFCU

4- OBJETO DE CUIDADOS

TITACAD	DERECHOS
DEFVHEND	RESPONS
	EXPLICPAC
	DERECHO1
	RESPETOP
	EXPLAC
	PAECENTR
	DIRECCUI

5-PRACTICA PROFESIONAL

TITACAD	PLANCONJ
TITACAD, PAEEVAL	EVALOBJE
TITACAD, PAECENTR.	ROLPRACT, DISTRAC, ROLACTIV, VALPATRO, VALORNEC, ALTERSOC
TITACAD, EXPLPAC.	EXPLICPAC, PLANCONJ
TITACAD, PLANREG	REGACTIV, REGDIAGN

6-IDENTIFICACION DEL MODELO UTILIZADO

DEFVHEND	MODELPRACT
	MODELVAL
MODELFUN	MODELPRA, TITACAD



	A.F	·s.	MALI	ORCA
TOTAL	86	10		100.0

MORE

FUNBAS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	50	44.2	44.2	44.2
	2	38	33.6	33.6	77.9
	3	23	20.4	20.4	98.2
	4	1	.9	.9	99.1
	9	1	.9	.9	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

MORE

FUNBAS

	Value Label		Value Fre	equency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
			1	50	44.2	44.2	44.2
			2	38	33.6	33.6	77.9
			3	23	20.4	20.4	98.2
			4	1	.9	.9	99.1
			9	1	.9	.9	100.0
			, -				
			TOTAL	113	100.0	100.0	
, (Valid Cases	113	Missing Case	s 0			

1.811	
	PT.

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	8	7.1	7.1	7.1
	2	20	17.7	17.7	24.8
	3	49	43.4	43.4	68.1
	4	36	31.9	31.9	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	
		_			

MORE

ROLINDEP

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	4	3.5	3.5	3.5
	2	13	11.5	11.5	15.0
	3	44	38.9	38.9	54.0
	4	51	45.1	45.1	99.1
	9	1	.9	.9	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

MORE

ROLINDEP

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	4	3.5	3.5	3.5
	2	13	11.5	11.5	15.0
	3	44	38.9	38.9	54.0
	4	51	45.1	45.1	99.1

		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing C	ases 0			
		_				
						MORE
REALDIAG						
					Valid	
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		_	_			
		1	3	2.7	2.7	2.7
		2	3	2.7	2.7	5.3
		3	8	7.1 84.1	7.1	12.4
		4 9	95		84.1 3.5	96.5 100.0
		9	4	3.5	3.5	100.0
		moma t	113	100.0	100.0	
		TOTAL	113	100.0	100.0	
******	112	Wissins C	ases 0			
Valid Cases	113	missing C	ases v			
						MORE
DIAGDEF						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
				•		
		1	7	6.2	6.2	6.2
		2	6	5.3	5.3	11.5
		3	36	31.9	31.9	43.4
		4	60	53.1	53.1	96.5

113

TOTAL

Valid Cases 113 Missing Cases 0

100.0

3.5

100.0

100.0

9 1 .9 .9 100.0

PI.	A.	N	RI	€G

					Valid	Cum
Value Label		Value F	requency	Percent	Percent	Percent
		1	3	2.7	2.7	2.7
		2	1	.9	.9	3.5
		3	8	7.1	7.1	10.6
		4	101	89.4	89.4	100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing Cas	ses 0			

PAEPLAN

				Valid	Cum
Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	2	3	2.7	2.7	2.7
	3	14	12.4	12.4	15.0
	4	95	84.1	84.1	99.1
	9	1	.9	.9	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

MORE

PAEEVAL

Valid Percent I	Cum Percent
.9	
	21.2

		•	•			
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing Ca	ases 0			
,						
)						MORE
DAFDDACT						
PAEPRACT						
			_		Valid	
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1	2	1.8		1.8
		2	2	1.8	1.8	3.5
		3	31 78	27.4 69.0		
		4	70			100.0
)		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing C	ases 0			
)						
		-				
						MORE
22 202002						
PAECENTR						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		2	12	10.6	10.6	10.6
,		3	32	28.3	28.3	38.9
		4	67	59.3	59.3	98.2
		9	2	1.8	1.8	100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	

113 Missing Cases 0

Valid Cases

4 84 74.3 74.3 96.5 9 4 3.5 3.5 100.0

,	,_,	PR	ふし	

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	1.8	1.8	1.8
	2	2	1.8	1.8	3.5
	3	35	31.0	31.0	34.5
	4	72	63.7	63.7	98.2
	9	2	1.8	1.8	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

MORE

DERECHOS

Value Labe	1	Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
			_	•	0	.9
		1	1	.9	.9	
		2	6	5.3	5.3	6.2
		3	39	34.5	34.5	40.7
		4	67	59.3	59.3	100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing Cas	es 0			

MORE

RESPONS

Valid Cum Value Frequency Percent Percent

Value Label

1 2 3 4 TOTAL Missing Ca	66 29 12 6 113 ases 0	58.4 25.7 10.6 5.3 	58.4 25.7 10.6 5.3 	58.4 84.1 94.7 100.0
				MORE
Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
•	00	07.6	07.6	07.6
1	99	87.6	87.6	87.6
2	. 6	5.3	5.3	92.9
3	4	3.5	3.5	96.5
4	4	3.5	3.5	100.0
TOTAL	113	100.0	100.0	
Missing C	ases O			
				MORE
	_		Valid	Cum
Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		** -		
1	25	22.1	22.1	22.1
2	37	32.7	32.7	54.9
3	19	16.8	16.8	71.7
4	28	24.8	24.8	96.5
9	4	3.5	3.5	100.0

TOTAL 113 100.0 100.0

Valid Cases 113

EXPLICPA

DERECHO1

Value Label

Valid Cases 113 Missing Cases 0

Value Label

Valid Cases 113

R	Ŕ.,	S I	D	E.	T	n	D

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	1.8	1.8	1.8
	2	11	9.7	9.7	11.5
	3	35	31.0	31.0	42.5
	4	64	56.6	56.6	99.1
	9	1	.9	.9	100.0
	•				
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

MORE

EXPLPAC

Value Label		Value F	requency:	Percent	Valid Percent	Cum Percent
•		1	4	3.5	3.5	3.5
		2	3	2.7	2.7	6.2
		3	6	5.3	5.3	11.5
		4	100	88.5	88.5	100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing Cas	ses 0			

MORE

Cum

PLANRECU

Valid

Value Label		Value	Frequ	ency	Percent	Percent	Percent
\		1		2	1.8	1.8	1.8
		2		1	.9	.9	2.7
		3		8	7.1	7.1	9.7
		4		101		89.4	
		9		1	.9	.9	100.0
		TOTAL		113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing C	ases	0			
							MORE
ACTEDUC							
•							a
Value Label		Value	Freq	uency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1		36	31.9	31.9	31.9
\		2		75	66.4	66.4	
		3		2	1.8	1.8	100.0
)		TOTAL	-	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing (Cases	0			
						•	
)							MORE
VALORNEC							
)						Valid	Cum
Value Label		Value	Fre	quency	Percent	Percent	Percent
•		1		31	27.4	27.4	27.4
		2		71	62.8	62.8	90.3
		3		11	9.7	9.7	100.0
		TOTAL	<u> </u>	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing	Cases	0	1		

E	73	T	\mathbf{a}	D	T	•

				Valid	Cum
Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	1	26	23.0	23.0	23.0
	2	62	54.9	54.9	77.9
	3	23	20.4	20.4	98.2
	4	1	.9	.9	99.1
	9	1	.9	.9	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

MORE

ALTERSOC

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	38	33.6	33.6	33.6
		2	61	54.0	54.0	87.6
		3	14	12.4	12.4	100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing Cas	es 0			

					Valid	
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1	41	36.3	36.3	36.3
		2	52	46.0	46.0	
		3	17	15.0	15.0	97.3
		4	2	1.8	1.8	99.1
		9	1	.9	.9	
		mom17	112	100.0	100.0	
		TOTAL		100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing C	ases O			
						MORE
VALPATRO						
VALFAIRO						
Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	
			, -			
		1	26	23.0	23.0	23.0
		2	51	45.1	45.1	68.1
		3	27	23.9	23.9	92.0
		4	3	2.7	2.7	94.7
		9	6	5.3	5.3	100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing C	cases 0			
		•				
!						
•						
						MORE
DISTRACT						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent		
		1	2	1.8	1.8	1.8
!		2	2	1.8	1.8	3.5
		3	10	8.8	8.8	12.4
ì		4	70	61.9	61.9	74.3
•		5	26	23.0	23.0	97.3
		9	3	2.7	2.7	100.0

TOTAL

3

113

100.0

100.0

100.0

MORE

REGACTIV

				Valid	Cum
Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	1	100	88.5	88.5	88.5
	2	1	.9	.9	89.4
	3	5	4.4	4.4	93.8
	4	3	2.7	2.7	96.5
	5	3	2.7	2.7	99.1
	9	1	.9	.9	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

MORE

REGDIAGN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	15	13.3	13.3	13.3
	2	40	35.4	35.4	48.7
	3	26	23.0	23.0	71.7
	4	4	3.5	3.5	75.2
	5	2	1.8	1.8	77.0
	6	26	23.0	23.0	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

ROLACTIV

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	3	2.7	2.7	2.7
		3	1	.9	.9	3.5
		4	1	.9	.9	4.4
		5	108	95.6	95.6	100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing Cas	ses 0			

MORE

ENFEREQU

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	92	81.4	81.4	81.4
	2	14	12.4	12.4	93.8
	3	4	3.5	3.5	97.3
	5	1	.9	.9	98.2
	9	2	1.8	1.8	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

MORE

FUNCIONE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	6	5.3	5.3	5.3
	3	95	84.1	84.1	89.4
	4	7	6.2	6.2	95.6
	5	4	3.5	3.5	99.1
	9	1	.9	.9	100.0

		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing Car	ses 0			
						MORE
DIRECCUI						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent		Percent
value Laber		Varac	110440			
		2	3	2.7	2.7	2.7
		3	2	1.8	1.8	4.4
		4	7	6.2	6.2	10.6
		5	101	89.4	89.4	100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing Ca	ases 0			
					4	
1						
†						MORE
PLANIFCU						
PUNITECO						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
12240 26202						
		1	14	12.4	12.4	12.4
		2	4	3.5	3.5	15.9
		3	82	72.6	72.6	88.5
		4	5	4.4	4.4	92.9
		_	3	27	2.7	95.6

2.7

4.4

100.0

3

5

113

5

9

TOTAL

Valid Cases 113 Missing Cases 0

2.7

4.4

100.0

95.6

100.0

1/05	VHEND	
	IVHENII	

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	1.8	1.8	1.8
	3	22	19.5	19.5	21.2
	4	47	41.6	41.6	62.8
	5	36	31.9	31.9	94.7
	9	6	5.3	5.3	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

MORE

MODDOREM

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	1	.9	.9	.9
	3	16	14.2	14.2	15.0
	4	60	53.1	53.1	68.1
	5	31	27.4	27.4	95.6
	9	5	4.4	4.4	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

MORE

PATRONES

Value Label	Value	Percent	Valid Percent	Cum Percent	
	1	1	. 9	.9	.9
	2		1.8	1.8	2.7
	3	14	12.4	12.4	15.0
	4	49	43.4	43.4	58.4

WART BUIL					
MODELFUN					
				Valid	Cum
	Value	Frequency	Percent		Percent
Value Label	Value	rrequency			
	1	15	13.3	13.3	13.3
	2	17	15.0	15.0	28.3
	3	37	32.7	32.7	61.1
	3 4	32	28.3	28.3	89.4
		8	7.1	7.1	96.5
	5	4	3.5	3.5	100.0
	9	4	3.5		100.0
			100.0	100.0	
	TOTAL	113	100.0	100.0	
,		ases 0			
Valid Cases 113	Missing C	ases U			
					MORE
MODELDEF					
100000					
				Valid	Cum
Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
value habei					
	1	5	4.4	4.4	4.4
	2	3	2.7	2.7	7.1
	3	17	15.0	15.0	22.1
	4	74	65.5	65.5	87.6
	5	10	8.8	8.8	96.5
	9	4	3.5	3.5	100.0
	,				
	moma T	113	100.0	100.0	
	TOTAL	113	100.0	100.0	
		Cases 0			
Valid Cases 113	Missing	Cases U	•		
					•
					MORE
MODELPRO					
				Valid	
Value Label	Value	e Frequenc	y Percent	Percent	Percent
value Label	74246		-		
s.		1 4	3.5	3.5	3.5
·		3 14			15.9
	•				

4	80	70.8	70.8	86.7
5	13	11.5	11.5	98.2
9	2	1.8	1.8	100.0
-				
TOTAL	113	100.0	100.0	
issing Cases	О			

MORE

MOD	RT.	PRA
$n \cup \nu$	ىدع	FILE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	4.4	4.4	4.4
	2	24	21.2	21.2	25.7
	3	25	22.1	22.1	47.8
	4	22	19.5	19.5	67.3
	5	32	28.3	28.3	95.6
	9	5	4.4	4.4	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

MORE

UTILZMOD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	12	10.6	10.6	10.6
	1	3	2.7	2.7	13.3
	2	25	22.1	22.1	35.4
	. 3	3	2.7	2.7	38.1
	4	32	28.3	28.3	66.4
	. 9	38	33.6	33.6	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

MO	n	EL	31	7	T
nu	עי	ىدى	v		u

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	, 1	4	3.5	3.5	3.5
	2	12	10.6	10.6	14.2
	3	55	48.7	48.7	62.8
	4	17	15.0	15.0	77.9
	5	1	.9	.9	78.8
	9	24	21.2	21.2	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

MORE

EDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	21	1	.9	.9	.9
	22	3	2.7	2.7	3.5
	23	1	.9	.9	4.4
	24	4	3.5	3.5	8.0
	25	3	. 2.7	2.7	10.6
	26	6	5.3	5.3	15.9
	27	4	3.5	3.5	19.5
	28	6	5.3	5.3	24.8
	29	3	2.7	2.7	27.4
	30	3	2.7	2.7	30.1
	32	5	4.4	4.4	34.5
	33	. 7	6.2	6.2	40.7
	34	5	4.4	4.4	45.1
	35	9	8.0	8.0	53.1
	36	6	5.3	5.3	58.4
	37	4	3.5	3.5	61.9
	38	6	5.3	5.3	67.3
	39	1	.9	.9	68.1

MORE

EDAD

Valid Cum Value Frequency Percent Percent

Value Label

		21	1	.9	.9	.9
		22	3	2.7	2.7	3.5
		23	1	.9	.9	4.4
		24	4	3.5	3.5	8.0
		25	3	2.7	2.7	10.6
		26	6	5.3	5.3	15.9
		27	4	3.5	3.5	19.5
		28	6	5.3	5.3	24.8
		29	3	2.7	2.7	27.4
		30	3	2.7	2.7	30.1
		32	5	4.4	4.4	34.5
		33	7	6.2	6.2	40.7
		34	5	4.4	4.4	45.1
		35	9	8.0	8.0	53.1
		36	6	5.3	5.3	58.4
		37	4	3.5	3.5	61.9
		38	6	5.3	5.3	67.3
		39	1	.9	. • 9	68.1
						MORE
EDAD						
		40	4	3.5	3.5	71.7
		42	2	1.8	1.8	73.5
		43	2	1.8	1.8	75.2
		44	1	.9	.9	76.1
		48	2	1.8	1.8	77.9
		49	1	.9	.9	78.8
		50	1	.9	.9	79.6
		51	1	.9	.9	80.5
		56	1	.9	.9	81.4
		59	1	.9	.9	82.3
		61	1	.9	.9	83.2
		99	19	16.8	16.8	100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing Cases	0			

Valid Cum Value Frequency Percent Percent Value Label 9.7 9.7 9.7 1 11 90.3 2 91 80.5 80.5 100.0 11 9.7 9.7 100.0 113 100.0 TOTAL

Missing Cases 0 Valid Cases 113

SEXO

T	Ŧ	T	n	CA	n
	_		_	~	w

				Valid	Cum
Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	1	10	8.8	8.8	8.8
	2	38	33.6	33.6	42.5
	3	57	50.4	50.4	92.9
	9	8	7.1	7.1	100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

LUGTRABA

			***	Valid	Cum
Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	20	1	.9	.9	.9
	21	9	8.0	8.0	8.8
•	22	4	3.5	3.5	12.4
•	23	6	5.3	5.3	17.7
	24	12	10.6	10.6	28.3
	25	4	3.5	3.5	31.9
	26	6	5.3	5.3	37.2
	27	8	7.1	7.1	44.2
	28	9	8.0	8.0	52.2
	29	9	8.0	8.0	60.2
	30	13	11.5	11.5	71.7
	31	7	6.2	6.2	77.9
	32	1	.9	.9	78.8
	33	5	4		

MORE

LUGTRABA

Valid Cases 113 Missing Cases 0

A_OSEXPE						
Value Label		Value Fr	equency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1 2 3 4 9	28 21 36 21 7	24.8 18.6 31.9 18.6 6.2	24.8 18.6 31.9 18.6 6.2	24.8 43.4 75.2 93.8 100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing Case	es O			

MORE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1 2 9	91 11 11	80.5 9.7 9.7	80.5 9.7 9.7	80.5 90.3 100.0
	TOTAL	113	100.0	100.0	

Valid Cases 113 Missing Cases 0

ES	~T	TOT	70 14
63	LL	ιсι	

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	64	56.6	56.6	56.6
	2	40	35.4	35.4	92.0
	3	2	1.8	1.8	93.8
	9	7	6.2	6.2	100.0
	MOM N. T	112	100.0	100.0	
	TOTAL	113	100.0	100.0	

MORE

CONOCEXP

					Valid	Cum
Value Label		Value F	requency	Percent	Percent	Percent
		1	92	81.4	81.4	81.4
		2	14	12.4	12.4	93.8
		. 3	3	2.7	2.7	96.5
		9	4	3.5	3.5	100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cages	112	Missing Cas	O			

MORE

					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		0	5	4.4	4.4	4.4
		1	25	22.1	22.1	26.5
		2	15	13.3	13.3	39.8
		3	52	46.0	46.0	85.8
		9	16	14.2	14.2	100.0
		•				
		TOTAL	113	100.0	100.0	
Valid Cases	113	Missing C	ases 0			
						MORE
CONOCMOD						
CONOCIOD						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
						62.0
		1	71	62.8	62.8	62.8
		2	30	26.5	26.5	89.4 92.9
		3	4	3.5	3.5 7.1	100.0
		9	8	7.1	7.1	100.0
		TOTAL	113	100.0	100.0	
		TOTAL	119	100.0		
Valid Cases	113	Missing (Cases 0			
Valla cases						
•						
						MORE
						-
FORMACI1						
- 						
•					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
,					44 -	10.5
		0		19.5	19.5	19.5
		1		13.3	13.3	32.7
		2	12	10.6	10.6	43.4

83.2

100.0

39.8

16.8

100.0

45

19

113

TOTAL

39.8

16.8

100.0

PI	TA	D	ħ	c

Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
1	59	68.6	68.6	68.6
2	10	11.6	11.6	80.2
3	15	17.4	17.4	97.7
4	2	2.3	2.3	100.0
TOTAL	86	100.0	100.0	
	1 2 3 4	1 59 2 10 3 15 4 2	1 59 68.6 2 10 11.6 3 15 17.4 4 2 2.3	Value Frequency Percent Percent 1 59 68.6 68.6 2 10 11.6 11.6 3 15 17.4 17.4 4 2 2.3 2.3

MORE

ROLSUPL

Value	Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	4	4.7	4.7	4.7
		2	8	9.3	9.3	14.0
		3	17	19.8	19.8	33.7
		4	57	66.3	66.3	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MORE

ROLINDEP

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	2.3	2.3	2.3
	2	5	5.8	5.8	8.1
	3	33	38.4	38.4	46.5
	4	46	53.5	53.5	100.0

		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Cas	es 0			
I						MORE
REALDIAG						
Value Label		V alue F	requency	Percent	Valid Percent	
		1	3	3.5	3.5	3.5
		2	2	2.3	2.3	5.8
		3	11	12.8		18.6
		4 9	64	74.4		93.0
			6	7.0	7.0	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Cas	ses 0			
.						
						MORE
DIAGDEF						
					Valid	Cum
Value Label		Value 1	Frequency	Percent		Percent
		1	15	17.4	17.4	17.4
		2	6	7.0	7.0	24.4
)		3	21	24.4	24.4	48.8
,		4 9	36 8	41.9 9.3	41.9 9.3	90.7 100.0
1						200.0
,		TOTAL	86	100.0	100.0	

Missing Cases 0

Valid Cases 86

PL	A	N	R	E	G
----	---	---	---	---	---

Value Label		Value I	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	3	3.5	3.5	3.5
		2	3	3.5	3.5	7.0
		3	8	9.3	9.3	16.3
		4	72	83.7	83.7	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Cas	ses 0			-

PAEPLAN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	2.3	2.3	2.3
	2	6	7.0	7.0	9.3
	3	14	16.3	16.3	25.6
	4	62	72.1	72.1	97.7
	9	2	2.3	2.3	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MORE

PAEEVAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1 2	2	2.3 3.5		2.3 5.8

		3	17	19.8	19.8	25.6
		4	64	74.4	74.4	100.0
		•				
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Cas	ses 0			
,						
•						MORE
1						
PAEEVAL						
1					Valid	Cum
,		Value	Frequency	Percent		
Value Label		Value .	rrequessoy			
		1	2	2.3	2.3	2.3
		2	3	3.5	3.5	5.8
1		3	17	19.8	19.8	25.6
<i>,</i>		4	64	74.4	74.4	100.0
				100.0	100.0	
		TOTAL	86	100.0	100.0	
,	86	Missing Ca	ses 0			
Valid Cases	80	MISSING CO	.505			
•						
•						
•						
-						MORE
PAEPRACT						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent		Percent
A A STATE TOWER			• • •			
		1	2	2.3	2.3	2.3
•		2	1	1.2	1.2	3.5
		3	13	15.1	15.1	18.6
		4	68	79.1	79.1 2.3	97.7 100.0
		9	2	2.3	2.3	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
l		TOTAL	60	100.0	100.0	

תכר		~5	ы	T	D
	v.	CE	74		r

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	2.3	2.3	2.3
	3	17	19.8	19.8	22.1
	4	65	75.6	75.6	97.7
	9	2	2.3	2.3	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

MORE

ROLPRACT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	2.3	2.3	2.3
	2	1	1.2	1.2	3.5
	3	17	19.8	19.8	23.3
	4	65	75.6	75.6	98.8
	9	1	1.2	1.2	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MORE

DERECHOS

Valid Cum Value Frequency Percent Percent

Value Label

1	1	1.2	1.2	1.2
3	37	43.0	43.0	44.2
4	47	54.7	54.7	98.8
9	1	1.2	1.2	100.0
TOTAL	86	100.0	100.0	
igaina Cage	. n			

MORE

RESPONS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	33	38.4	38.4	38.4
	2	19	22.1	22.1	60.5
	3	17	19.8	19.8	80.2
	4	15	17.4	17.4	97.7
	9	2	2.3	2.3	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MORE

EXPLICPA

ì	Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
,			1	74	86.0	86.0	86.0
			2	6	7.0	7.0	93.0
)			3	3	3.5	3.5	96.5
			4	3	3.5	3.5	100.0
)			TOTAL	86	100.0	100.0	
	Valid Cases	86	Missing Cas	ses 0			

EXP	т	rD	- A
DAF		v	

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	74	86.0	86.0	86.0
	2	6	7.0	7.0	93.0
	3	3	3.5	3.5	96.5
	4	3	3.5	3.5	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MORE

DERECHO1

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	15	17.4	17.4	17.4
	2	18	20.9	20.9	38.4
	3	23	26.7	26.7	65.1
•	4	27	31.4	31.4	96.5
	9	3	3.5	3.5	100.0
l .					
	TOTAL	86	100.0	100.0	

86 Missing Cases 0

MORE

RESPETOP

Valid Cases

Valid Cum

Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1	2	2.3	2.3	2.3
		2	8	9.3	9.3	11.6
		3	25	29.1	29.1	40.7
		4	51	59.3	59.3	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing C	ases 0			
						MORE
EXPLPAC						
						a
Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
•		1	4	4.7	4.7	4.7
		3	8	9.3	9.3	14.0
		4	74	86.0	86.0	100.0
		TOTAL	 86	100.0	100.0	
•				10010	20010	
Valid Cases	86	Missing (Cases 0			

						MORE
						HORD
PLANRECU						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent		Percent
		1	3	3.5	3.5	3.5
		3	6	7.0	7.0	10.5
		4	73	84.9	84.9	95.3
		9	4	4.7	4.7	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing	Cases 0			

PL	A	NI	Œ	C	11

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	3.5	3.5	3.5
	3	6	7.0	7.0	10.5
	4	73	84.9	84.9	95.3
	9	4	4.7	4.7	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

MORE

ACTEDUC

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	7	8.1	8.1	8.1
	2	45	52.3	52.3	60.5
	3	28	32.6	32.6	93.0
	4	3	3.5	3.5	96.5
	9	3	3.5	3.5	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	
		_			

Valid Cases 86 Missing Cases 0

Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	30	34.9	34.9	34.9
		2	39	45.3	45.3	80.2
		3	13	15.1	15.1	95.3
		4	1	1.2	1.2	96.5
		9	3	3.5	3.5	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Ca	ses 0			
						MORE
EVALOBJE						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1	14	16.3		
		2	38	44.2	44.2	60.5
		3	27	31.4	31.4	91.9
		4	3	3.5	3.5	
		9	4	4.7	4.7	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	e de la companya de l
Valid Cases	86	Missing Ca	ses 0			

ħΤ	TEDEOC	۰

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	29	33.7	33.7	33.7
	2	38	44.2	44.2	77.9
	3	12	14.0	14.0	91.9
	4	1	1.2	1.2	93.0
	9	6	7.0	7.0	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

MORE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	11	12.8	12.8	12.8
	2	18	20.9	20.9	33.7
	3	37	43.0	43.0	76.7
	4	14	16.3	16.3	93.0
	9	6	7.0	7.0	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MORE

DISTRACT

					Valid	Cum
Value Label		Value F	requency	Percent	Percent	Percent
		1	5	5.8	5.8	5.8
		3	2	2.3	2.3	8.1
		4	58	67.4	67.4	75.6
		5	17	19.8	19.8	95.3
		9	4	4.7	4.7	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Cas	es 0			

REGACTIV

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	68	79.1	79.1	79.1
	2	8	9.3	9.3	88.4
	3	4	4.7	4.7	93.0
	4	3	3.5	3.5	96.5
	9	3	3.5	3.5	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MORE

REGDIAGN

)	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	6	7.0	7.0	7.0
}		2	7	8.1	8.1	15.1
		3	14	16.3	16.3	31.4
		4	6	7.0	7.0	38.4
)		5	14	16.3	16.3	54.7
		6	36	41.9	41.9	96.5
		9	3	3.5	3.5	100.0
)						
		TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MORE

ROLACTIV

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	1	1.2	1.2	1.2
	2	3	3.5	3.5	4.7
	4	4	4.7	4.7	9.3
	5	71	82.6	82.6	91.9
	9	7	8.1	8.1	100.0

		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Ca	ises 0			
1						
!						
•						MORE
ENFEREQU					17a1 : d	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	74	86.0	86.0	86.0
		2	3	3.5	3.5	89.5
		3 9	4 5	4.7 5.8	4.7 5.8	94.2 100.0
		9				100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing C	ases 0			
İ						
						MORE
FUNCIONE						
•					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent		Percent
		1	2	2.3	2.3	2.3
1		2	2	2.3	2.3	4.7
		3	59	68.6	68.6	73.3
		4	13	15.1	15.1 8.1	88.4 96.5
		5 9	7 3	8.1 3.5	3.5	100.0
•						

86 100.0 100.0

DIRECCUI

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		2	7	8.1	8.1	8.1
•		3	2	2.3	2.3	10.5
		5	71	82.6	82.6	93.0
		9	6	7.0	7.0	100.0
•						
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Cas	ses 0			

MORE

PLANIFCU

				Valid	Cum
Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	1	15	17.4	17.4	17.4
	2	2	2.3	2.3	19.8
	3	46	53.5	53.5	73.3
	4	11	12.8	12.8	86.0
•	5	3	3.5	3.5	89.5
	9	9	10.5	10.5	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MORE

PATRONES

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	2.3	2.3	2.3
	2	1	1.2	1.2	3.5
	3	16	18.6	18.6	22.1
	4	26	30.2	30.2	52.3

5	25	29.1	29.1	81.4
9	16	18.6	18.6	100.0
TOTAL	86	100.0	100.0	
Missing Cases	0			

DEFVHEND

Valid Cases 86

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	5.8	5.8	5.8
	3	4	4.7	4.7	10.5
	4	55	64.0	64.0	74.4
	5	9	10.5	10.5	84.9
	9	13	15.1	15.1	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MODELFUN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	13	15.1	15.1	15.1
	2	5	5.8	5.8	20.9
	3	12	14.0	14.0	34.9
	4	31	36.0	36.0	70.9
	5	8	9.3	9.3	80.2
	9	17	19.8	19.8	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MODELDEF						
·······································						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1	2	2.3	2.3	2.3
		2	1	1.2	1.2	3.5
		3	11	12.8	12.8	16.3
		4	53	61.6	61.6	77.9
		5	6	7.0	7.0	84.9
		9	13	15.1	15.1	100.0
)		TOTAL	86	100.0	100.0	
	0.6	Wissins C	ases 0			
Valid Cases	86	Missing C	ases o			
		*				
						MORE
MODELPRO						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
\						4 5
		1	4	4.7	4.7	4.7
		3	2	2.3	2.3	7.0
		4	58	67.4	67.4	74. 4 84.9
		5	9	10.5 15.1	10.5 15.1	100.0
•		9	13	15.1	15.1	100.0
		moma t	86	100.0	100.0	
,		TOTAL	80	100.0	100.0	
Valid Cases	96	Missing (Cases 0			
valid Cases	86	MISSING (Jabeb			
•						
•						
						MORE
MODELPRA						
						_
				_	Valid	
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1				
•		2	9	10.5	10.5	18.6

3	9	10.5	10.5	29.1
4	31	36.0	36.0	65.1
5	17	19.8	19.8	84.9
9	13	15.1	15.1	100.0
TOTAL	86	100.0	100.0	

MORE

UTILZMOD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	30	34.9	34.9	34.9
	1	2	2.3	2.3	37.2
	2	13	15.1	15.1	52.3
	3	3	3.5	3.5	55.8
	4	1	1.2	1.2	57.0
	5	4	4.7	4.7	61.6
	9	33	38.4	38.4	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MORE

UTILZMOD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	30	34.9	34.9	34.9
	1	2	2.3	2.3	37.2
	2	13	15.1	15.1	52.3
	3	3	3.5	3.5	55.8
	4	1	1.2	1.2	57.0
	5	. 4	4.7	4.7	61.6
	9	33	38.4	38.4	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

10	n	10	7	₹,	ъ.	T
70	v	£	u	¥	•	·

				Valid	Cum
Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	1	11	12.8	12.8	12.8
	2	12	14.0	14.0	26.7
	3	24	27.9	27.9	54.7
	4	9	10.5	10.5	65.1
	5	3	3.5	3.5	68.6
	9	27	31.4	31.4	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases

86

Missing Cases

0

MORE

EDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	21	1	1.2	1.2	1.2
	22	2	2.3	2.3	3.5
	23	2	2.3	2.3	5.8
	24	1	1.2	1.2	7.0
	25	5	5.8	5.8	12.8
	26	3	3.5	3.5	16.3
	27	4	4.7	4.7	20.9
	28	4	4.7	4.7	25.6
	29	5	5.8	5.8	31.4
	30	2	2.3	2.3	33.7
	31	3	3.5	3.5	37.2
	32	5	5.8	5.8	43.0
	33	4	4.7	4.7	47.7
	34	6	7.0	7.0	54.7
	35	6	7.0	7.0	61.6
	36	6	7.0	7.0	68.6
	37	5	5.8	5.8	74.4
	38	2	2.3	2.3	76.7
					MORE
EDAD	39	3	3.5	3.5	80.2
	40		1.2	1.2	81.4
			1.2	1.2	82.6
)	41		2.3	2.3	84.9
	42	2	2.3	2.3	04.7

		44 48 57 99	1 1 1 10	1.2 1.2 1.2 11.6	1.2 1.2 1.2 11.6	86.0 87.2 88.4 100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Ca	ases 0			
						MORE
SEXO						
Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	11	12.8	12.8	12.8
		2 9	64 11	74.4 12.8	74.4 12.8	87.2 100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing C	ases 0			
				•		
						MORE
TITACAD						
			_		Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency		Percent	Percent
		1 2	5 32	5.8 37.2	5.8 37.2	5.8 43.0
,		3	40	46.5	46.5	89.5
		9	9	10.5	10.5	100.0

TOTAL

Valid Cases 86 Missing Cases 0

86

100.0 100.0

L	77		m	7	Ð	
-	u	u	. 1	м	 0	~

)	Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
			120	49	57.0	57.0	57.0
)			121	22	25.6	25.6	82.6
			140	5	5.8	5.8	88.4
			141	10	11.6	11.6	100.0
)							
			TOTAL	86	100.0	100.0	
)	Valid Cases	86	Missing Cas	ses 0			

A_OSEXPE

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	16	18.6	18.6	18.6
		2 .	27	31.4	31.4	50.0
		3	24	27.9	27.9	77.9
		4	11	12.8	12.8	90.7
		9	8	9.3	9.3	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Cas	ses 0			

MORE

CATEGORI

Valid Cum

Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1 2 9	65 12 9	75.6 14.0 10.5	75.6 14.0 10.5	75.6 89.5 100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing C	ases O			
						MORE
ESCUELAM						
Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	
		1		50.0	50.0	
		2	31	36.0		86.0
		3 9	3	3.5	3.5	
		9	9	10.5	10.5	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing C	cases 0			
)						
)						MORE
CONOCEXP						
Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	46	53.5	53.5	53.5
•		2	30	34.9	34.9	88.4
		3	1	1.2	1.2	89.5
		9	9	10.5	10.5	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing (Cases 0			

	D1	470	~	т	^
FO	ĸ	'n	·	7	v

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	14	16.3	16.3	16.3
	1	18	20.9	20.9	37.2
	2	5	5.8	5.8	43.0
	3	25	29.1	29.1	72.1
	9	24	27.9	27.9	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

MORE

CONOCMOD

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Value Dabel		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				
		1	33	38.4	38.4	38.4
•		2	34	39.5	39.5	77.9
		3	4	4.7	4.7	82.6
		9	15	17.4	17.4	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Cas	es 0			

MORE

					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
			0.7	21.4	21 4	31.4
		0	27	31.4	31.4	
		1	8	9.3	9.3	40.7
		2	5	5.8	5.8	46.5
		3	21	24.4	24.4	70.9
•		9	25	29.1	29.1	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing C	ases 0			
						MORE
VALPATRO						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1	17	19.8	19.8	19.8
		2	31	36.0	36.0	55.8
		3	22	25.6	25.6	81.4
		4	5	5.8	5.8	87.2
		9	11	12.8	12.8	100.0
		9				100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
		101112		2000		
Valid Cases	86	Missing (Cases 0			
						MORE
VALPATRO						
AUTLUIVO						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent		
Authe Punet		Agide	Liequency			
		1	17	19.8	19.8	19.8
		2		36.0	36.0	55.8
		2		25.6	25.6	81.4

22

5

11

86

3

TOTAL

25.6

5.8

12.8

100.0

81.4

87.2

100.0

25.6

5.8

12.8

100.0

MO	מו	714	F	N	ח
$\alpha \cup$	υv	νп	Ŀ	u	u

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	2.3	2.3	2.3
	2	1	1.2	1.2	3.5
	3	10	11.6	11.6	15.1
	4	24	27.9	27.9	43.0
	5	33	38.4	38.4	81.4
	9	16	18.6	18.6	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86

Missing Cases 0

MORE

MODDOREM

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	2.3	2.3	2.3
	2	1	1.2	1.2	3.5
	3	8	9.3	9.3	12.8
	4	24	27.9	27.9	40.7
	5	35	40.7	40.7	81.4
	.9	16	18.6	18.6	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases

86

Missing Cases

PATRONES

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	2	2.3	2.3	2.3
		2	1	1.2	1.2	3.5
		3	16	18.6	18.6	22.1
		4	26	30.2	30.2	52.3
		5	25	29.1	29.1	81.4
		9	16	18.6	18.6	100.0
		TOTAL	86	100.0	100.0	
Valid Cases	86	Missing Case	es O			

MORE

DEFVHEND

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	5.8	5.8	5.8
	3	4	4.7	4.7	10.5
	4	55	64.0	64.0	74.4
	5	9	10.5	10.5	84.9
	9	13	15.1	15.1	100.0
	TOTAL	86	100.0	100.0	

Valid Cases 86 Missing Cases 0

MORE

MODELFUN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	13	15.1	15.1	15.1
	2	5	5.8	5.8	20.9
	3	12	14.0	14.0	34.9
	4	31	36.0	36.0	70.9
	5	8	9.3	9.3	80.2
	9	17	19.8	19.8	100.0

ME		

MORE

FUNBAS

Value Label	V alu e	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	29	65.9	65.9	65.9
	2	8	18.2	18.2	84.1
	3	6	13.6	13.6	97.7
	4	1	2.3	2.3	100.0
	ተርሞል፣	44	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 0

MORE

ROLSUPL

. Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	4.5	4.5	4.5
	2	7	15.9	15.9	20.5
	3	16	36.4	36.4	56.8
	4	19	43.2	43.2	100.0
	TOTAL	44	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 0

ROLINDEP

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		2	4	9.1	9.1	9.1
		3	18	40.9	40.9	50.0
		4	21	47.7	47.7	97.7
		9	1	2.3	2.3	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cas	es 0			

MORE

REALDIAG

)	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	1	2.3	2.3	2.3
}		2	2	4.5	4.5	6.8
		3	5	11.4	11.4	18.2
		4	35	79.5	79.5	97.7
)		9	1	2.3	2.3	100.0
					100.0	
)		TOTAL	44	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 0

MORE

DIAGDEF

				Valid	Cum
Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	1	5	11.4	11.4	11.4
	2	2	4.5	4.5	15.9
	3	16	36.4	36.4	52.3
	4	20	45.5	45.5	97.7
	9	1	2.3	2.3	100.0

		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Ca	ses 0			
ı						
						MORE
PLANREG						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
1		2	1	2.3		2.3 6.8
		3 4	2 4 1	4.5 93.2		100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Ca	ases 0			
1						
1						
)						MORE
PAEPLAN						
PREFIAN					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent		Percent
		3	5	11.4	11.4	11.4
		4	39 	88.6	88.6 	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	

Missing Cases

Valid Cases

44

0

DA	EE	v	AT.	

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		3	4	9.1	9.1	9.1
		4	39	88.6	88.6	97.7
		9	1	2.3	2.3	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cas	ses 0			

PAEPRACT

					Valid	Cum
Value Label		Value 1	Frequency	Percent	Percent	Percent
		2	3	6.8	6.8	6.8
		3	1	2.3	2.3	9.1
		4	40	90.9	90.9	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Casas	4.4	Missins Co.	~~~			

MORE

PAECENTR

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	2	1	2.3	2.3	2.3
•	3	9	20.5	20.5	22.7
	4	32	72.7	72.7	95.5
	9	2	4.5	4.5	100.0

		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cas	ses 0			
)						MORE
						nord
ROLPRACT						
					Valid	Cum
Value Label		Value F	requency	Percent		
		1	1	2.3	2.3	2.3
		2	2	4.5	4.5	6.8
		3	9	20.5	4.5 20.5	27.3
		4	30	68.2	68.2	95.5
		9	2	4.5	4.5	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cas	ses 0			
		-				
,						
\						
•						MORE
						•
ROLPRACT						
					Valid	Cum
Value Label		Value 1	requency	Percent	Percent	Percent
		1	1	2.3	2.3	2.3
		2	2	4.5	4.5	6.8
1		3	9	20.5	20.5	27.3
!		4	30	68.2	68.2	95.5
		9	2	4.5	4.5	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
		•				

-	 -	_	
			OS

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		3 4	12 32	27.3 72.7	27.3 72.7	27.3 100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cas	ses 0			

RESPONS

Value Label		Valu e I	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
ł .		. 1	19	43.2	43.2	43.2
		2	14	31.8	31.8	75.0
		3	8	18.2	18.2	93.2
!		4	3	6.8	6.8	100.0
1		TOTAL	44	100.0	100.0	•
Valid Cases	44	Missing Cas	ses 0		•	

MORE

EXPLICPA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	
	1 2	42 1	95.5 2.3	95.5 2.3	

		TOTAL	77	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing C	ases 0			
Valla Cabes	•••	•				
DERECHO1						
DURECHOI						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1	16	36.4	36.4	36.4
		2	6	13.6	13.6	50.0
		3	8	18.2	18.2	68.2
		4	13	29.5	29.5 2.3	97.7 100.0
		9	1	2.3	2.3	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing (Cases C)		
,						
•						
`						
						MODE
						MORE
RESPETOP						
TOI DIAL						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequenc	y Percent	Percent	Percent
		1	1	2.3	2.3	2.3
		2	3		6.8	9.1
		3	17	38.6 52.3	38.6 52.3	47.7 100.0

TOTAL

1 2.3 2.3

52.3

100.0

23

44

TOTAL

44 Missing Cases 0

Valid Cases

52.3

100.0

100.0

100.0

100.0

44

100.0

	v	n	T	D	a	C
ь	А		ш	r	n	•

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		3 4	3 41	6.8 93.2	6.8 93.2	6.8 100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Walid Cages	44	Missing Case	es 0			

PLANRECU

١	Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
)			2 4	1 43	2.3 97.7	2.3 97.7	2.3 100.0
			TOTAL	44	100.0	100.0	
' 1	Valid Cases	44	Missing Cas	ses 0			

MORE

ACTEDUC

Valid Cum

Value Label Value Frequency Percent Percent

1	9	20.5	20.5	20.5
2	32	72.7	72.7	93.2
3	2	4.5	4.5	97.7
9	1	2.3	2.3	100.0
» شد من				
TOTAL	44	100.0	100.0	
lissing Cases	0			

MORE

ACTEDUC

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	9	20.5	20.5	20.5
	2	32	72.7	72.7	93.2
	3	2	4.5	4.5	97.7
	9	1	2.3	2.3	100.0
	TOTAL	44	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 0

MORE

ACTEDUC

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	9	20.5	20.5	20.5
	2	32	72.7	72.7	93.2
	3	2	4.5	4.5	97.7
	9	1	2.3	2.3	100.0
	TOTAL	44	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 0

17	ומי	LO	D	١,	ъ.	~
v	a		т.	м	E	L

Value Label		Value I	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	15	34.1	34.1	34.1
		2	23	52.3	52.3	86.4
		3	3	6.8	6.8	93.2
		4	1	2.3	2.3	95.5
•		9	2	4.5	4.5	100.0
)		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cas	ses 0			

MORE

EVALOBJE

Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
1	8	18.2	18.2	18.2
2	22	50.0	50.0	68.2
3	10	22.7	22.7	90.9
4	3	6.8	6.8	97.7
9	1	2.3	2.3	100.0
TOTAL	44	100.0	100.0	
	1 2 3 4 9	1 8 2 22 3 10 4 3 9 1	1 8 18.2 2 22 50.0 3 10 22.7 4 3 6.8 9 1 2.3	Value Frequency Percent Percent 1 8 18.2 18.2 2 22 50.0 50.0 3 10 22.7 22.7 4 3 6.8 6.8 9 1 2.3 2.3

Valid Cases 44 Missing Cases 0

MORE

ALTERSOC

Valid Cum

Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1		29.5	29.5	29.5
		2	30		68.2 2.3	97.7
		9	1	2.3	2.3	100.0
		TOTAL		100.0		
Valid Cases	44	Missing C	ases 0			
						MORE
PLANCONJ					W-1:-	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	
		1		20.5		
		2		29.5		
		3	17	38.6		
		4 9	4 1	9.1 2.3	9.1 2.3	97.7 100.0
		9				100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing (Cases 0			
						MORE
VALPATRO						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1		29.5	29.5	29.5
		2		40.9 11.4	40.9 11.4	70.5 81.8
		3 4		6.8	6.8	88.6
		9		11.4	11.4	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	

n	Ŧ	c	т.	D	ъ.	CI	ı
ν	1	0	ь.	ĸ.	n	u.	

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	2	4.5	4.5	4.5
		4	36	81.8	81.8	86.4
		5	6	13.6	13.6	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Camer	44	Missing Cas	ses O			

REGACTIV

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
•	. 1	35	79.5	79.5	79.5
	2	2	4.5	4.5	84.1
	3	2	4.5	4.5	88.6
	4	3	6.8	6.8	95.5
	5	1	2.3	2.3	97.7
	9	1	2.3	2.3	100.0
	TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases 44	Missing C	ases 0			

REGDIAGN

Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	
		1	1	2.3	2.3	2.3
		2	9	20.5	20.5	22.7
		3	2	4.5	4.5	27.3
		4	6	13.6	13.6	40.9
		5	2	4.5	4.5	45.5
		6	23	52.3	52.3	97.7
		9	1	2.3	2.3	100.0
1					100.0	
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing C	ases 0			
,						
						MORE
ROLACTIV						
Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	
A		•	1	2.3	2.3	2.3
,		2	1	2.3	2.3	4.5
		3	1	2.3 4.5	4.5	9.1
		4 5	2 40	90.9	90.9	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing (Cases 0			
•						
				,		
•						MORE
ENFEREQU						
Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
value Label					÷	
		1		77.3	77.3	77.3
		2		11.4	11.4	88.6
		4		6.8 4.5	6.8 4.5	95.5 100.0
		9	2	4.5	4.3	100.0
		TOTAL	. 44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing	Cases 0)		

Dt	TAT	~	T	^	•	7
Fί	76	u	7	u	٤.	£

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
•	3	35	79.5	79.5	79.5
	4	5	11.4	11.4	90.9
	5	4	9.1	9.1	100.0
	TOTAL	44	100.0	100.0	
		_			

Valid Cases 44 Missing Cases 0

MORE

DIRECCUI

)	Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
			1	2	4.5	4.5	4.5
)			2	8	18.2	18.2	22.7
			5	34	77.3	77.3	100.0
)			TOTAL	44	100.0	100.0	
	Valid Cases	44	Missing Cas	ses 0			

PLANIFCU

Value Label		Value F	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	5	11.4	11.4	11.4
		3	32	72.7	72.7	84.1
		4	3	6.8	6.8	90.9
		9	4	9.1	9.1	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Caces	44	Missing Cas	. n			

MORE

MODVHEND

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	3	4	9.1	9.1	9.1
	4	17	38.6	38.6	47.7
	5	22	50.0	50.0	97.7
	9	1	2.3	2.3	100.0
	TOTAL	44	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 0

MORE

MODDOREM

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	2	2	4.5	4.5	4.5
	3	4	9.1	9.1	13.6
	4	12	27.3	27.3	40.9
	5	24	54.5	54.5	95.5
	9	2	4.5	4.5	100.0

MODELFUN						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent		
		1	3	6.8	6.8	6.8
		2	7	15.9		22.7
		. 3	14	31.8	31.8	54.5
		4	15	34.1	34.1	88.6
		5	4	9.1	9.1	97.7
		9	1	2.3	2.3	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing C	ases 0			
						MORE
MODELDEF						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		2	2	4.5	4.5	4.5
		3	7		15.9	20.5
		4	29	65.9	65.9	86.4
		5	4	9.1	9.1	95.5
		9	2	4.5	4.5	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing (Cases 0			

MODELPRO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	2	1	2.3	2.3	2.3
	3	2	4.5	4.5	6.8
	4	36	81.8	81.8	88.6
	5	4	9.1	9.1	97.7

		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Ca	ses 0			
ı						
1						
,						
•						MORE
						HOKE
MODELPRA						
**- 1 * - 1 1		Wa lasa	D	D	Valid	Cum
Value Label		value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1	8	18.2	18.2	18.2
1		2	8	18.2		36.4
		3	4	9.1	9.1	45.5
		4	8	18.2	18.2	63.6
		5	15	34.1	34.1	97.7
•		9	1	2.3	2.3	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
				100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Ca	ses 0			
						MORE
UTILZMOD						
OTTEZHOD N						
Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Varde Baser		Value	rrequency	•	rercenc	
•		0	17	38.6	38.6	38.6
		2	10	22.7	22.7	61.4
		3	4	9.1	9.1	70.5
		4	12	27.3	27.3	97.7
•		9	1	2.3	2.3	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Ca	ses 0			

9

100.0

2.3 2.3

MODEL	VAL
-------	-----

					Valid	Cum
Value Labe	1	Value F	requency	Percent	Percent	Percent
		1	5	11.4	11.4	11.4
		2	8	18.2	18.2	29.5
		3	16	36.4	36.4	65.9
		4	6	13.6	13.6	79.5
		5	2	4.5	4.5	84.1
		9	7	15.9	15.9	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cas	ses 0			

MODELVAL

		_		Valid	Cum
Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	1	5	11.4	11.4	11.4
	2	8	18.2	18.2	29.5
	3	16	36.4	36.4	65.9
	4	6	13.6	13.6	79.5
	5	2	4.5	4.5	84.1
	9	7	15.9	15.9	100.0
•					
	TOTAL	44	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases

EDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	-
	22	1	2.3	2.3	2.3
	23	2	4.5	4.5	6.8

24	1	2.3	2.3	9.1
26	1	2.3	2.3	11.4
27	1	2.3	2.3	13.6
28	1	2.3	2.3	15.9
29	2	4.5	4.5	20.5
30	1	2.3	2.3	22.7
31	2	4.5	4.5	27.3
32	2	4.5	4.5	31.8
34	3	6.8	6.8	38.6
35				

EDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	22	1	2.3	2.3	2.3
	23	2	4.5	4.5	6.8
	24	1	2.3	2.3	9.1
	26	1	2.3	2.3	11.4
	27	1	2.3	2.3	13.6
	28	1	2.3	2.3	15.9
	29	2	4.5	4.5	20.5
	30	1	2.3	2.3	22.7
	31	2	4.5	4.5	27.3
	32	2	4.5	4.5	31.8
	34	3	6.8	6.8	38.6
	35	6	13.6	13.6	52.3
	36	2	4.5	4.5	56.8
	37	4	9.1	9.1	65.9
	38	2	4.5	4.5	70.5
	39	2	4.5	4.5	75.0
	41	1	2.3	2.3	77.3
	44	3	6.8	6.8	84.1
					MORE
EDAD					
	46	1	2.3	2.3	86.4
	99	6	13.6	13.6	100.0
	TOTAL	44	100.0	100.0	

Valid Cases

44 Missing Cases

0

Value Label		Value I	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	1	2.3	2.3	2.3
		2	40	90.9	90.9	93.2
		9	3	6.8	6.8	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Car	ses 0			

TITACAD

					Valid	Cum
Value Label		Value F	requency	Percent	Percent	Percent
		1	9	20.5	20.5	20.5
		2	18	40.9	40.9	61.4
		· 3	15	34.1	34.1	95.5
		9	2	4.5	4.5	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cas	ses 0			

MORE

LUGTRABA

Value Label Value Frequency Percent Percent Percent

		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Ca	ases 0			
•						
•						
						MORE
A_OSEXPE						
			_		Valid	
Value Label		Value	Frequency			
		1 2	6 15	13.6 34.1	13.6 34.1	13.6 47.7
		3	11	25.0	25.0	72.7
		4	10	22.7	22.7	95.5
		9	2	4.5	4.5	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing C	ases 0			
1						
•						
						MORE
CATEGORI				•		
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		1	36		81.8	81.8 97.7
		2 9	7 1	15.9 2.3	15.9 2.3	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing (Cases 0			
		-				

150

160

75.0

25.0

75.0

25.0

33

11

75.0

100.0

200	CIT	EL	.AM	٢
6.3	Lu			ı

Value Label		Value F	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	20	45.5	45.5	45.5
		2	21	47.7	47.7	93.2
		3	2	4.5	4.5	97.7
		9	1	2.3	2.3	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cas	es 0			

CONOCEXP

Value Label		Value I	requency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	29	65.9	65.9	65.9
		2	14	31.8	31.8	97.7
		9	1,	2.3	2.3	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	4.4	Missing Car	.ea 0			

MORE

FORMACIO

Valid Cum

Value Label		Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
		0	12	27.3	27.3	27.3
		1	14	31.8	31.8	59.1
		2	3	6.8	6.8	65.9
		3	13	29.5	29.5	95.5
		3 9	2	4.5	4.5	100.0
		9		7.5		100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing C	ases 0			
						MORE
CONOCMOD						
Value Label		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
		1	22	50.0	50.0	50.0
		2	18	40.9	40.9	90.9
		3	1	2.3	2.3	93.2
		9	3	6.8	6.8	100.0
		TOTAL	44	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing (Cases 0			
				3		MORE
FORMACI1						
					Valid	Cum
Value Label		Value	Frequency	Percent		
		0	19	43.2	43.2	43.2
		1		15.9	15.9	59.1
		2		2.3	2.3	61.4
		3		31.8	31.8	93.2
		9		6.8	6.8	100.0
		TOTAL	 , 44	100.0	100.0	

Missing Cases

44

Valid Cases

0

EpiInfo Versión 5 + Enfermos -					
+	31	17	48		
-	51	6	57		
E	82	23	105		
x q	FUNCION BA	SICA-RUL DE	LEGADO		

FUNCTON RASICA-KOT DETERADO TITULACION ACADEMICA

u

e S t O

S

u e s t 0

S

Statcalc Octubre 1990 Análisis de Tabla Simple Odds ratio = 0.21 (0.07 < OR < 0.66*)Lím. de confianza Cornfield al 95% de OR *Cornfield no es adecuado. Mejor Límite exacto. Riesgo Relativo= 0.72 (0.57 <RR< 0.91) Lím. confianza 95%. Series de Taylor para RR Ignore riesgo relativo si es caso-control.

	Chi-Cuadrado	valor-P	
NoCorregido :	9.44	0.0021267	√ —
Mantel-Haenszel:	9.35	0.0022336	◄ ──
Correcc. Yates:	8.04	0.0045809	◄ ──

F2 Más Estratos; <Enter> No Más Estr.; F10 Salir

F1-Ayuda F2-Estrato F5-Imprimir F6-Abrir Fichero F10-Salir

	+ Enfer	mos -	
+	31	17	48
-	51	6	57
E	82	23	105

Análisis de Tabla Simple Odds ratio = 0.21 (0.07 < OR < 0.66*)Lim. de confianza Cornfield al 95% de OR *Cornfield no es adecuado. Mejor Límite exacto. Riesgo Relativo= 0.72 (0.57 <RR< 0.91) Lím. confianza 95%. Series de Taylor para RR Ignore riesgo relativo si es caso-control.

Chi-Cuadrado	valor-P
9.44	0.0021267 ∢
9.35	0.0022336 ∢
8.04	0.0045809
	9.44 9.35

F2 Más Estratos; <Enter> No Más Estr.; F10 Salir

4	+ Enfe	rmos -	
+	10	38	48
-	5	52	57
E .	15	90	105
X	•	•	

p ROL INDEPENDIENTE

u TITULACION ACADEMICA

Análisis de Tabla Simple Odds ratio = 2.74 (0.77 < OR < 10.13*)Lím. de confianza Cornfield al 95% de OR *Cornfield no es adecuado. Mejor Límite exacto. Riesgo Relativo= 2.38 (0.87 < RR < 6.47) Lím. confianza 95%. Series de Taylor para RR Ignore riesgo relativo si es caso-control.

> Chi-Cuadrado valor-P _____

u e s t o

p u

е

t

F2 Más Estratos; <Enter> No Más Estr.; F10 Salir

_	+ Enferm	os -	
+	2	45	47
-	10	45	55
E	12	90	102
x p	DEFINICION	DIAGNUSTICA	
u	TITULACION	ACADEMICA	

Análisis de Tabla Simple
Odds ratio = 0.20 (0.03 <OR< 1.06*)
Lím. de confianza Cornfield al 95% de OR
*Cornfield no es adecuado. Mejor Límite exacto.
Riesgo Relativo= 0.23 (0.05 <RR< 1.02)
Lím. confianza 95%. Series de Taylor para RR
Ignore riesgo relativo si es caso-control.

	Chi-Cuadrado	valor-P
NoCorregido :	4.74	0.0295547 ◀
Mantel-Haenszel:	4.69	0.0303636 ◀
Correcc. Yates:	3.49	0.0617983

F2 Más Estratos; <Enter> No Más Estr.; F10 Salir

+-			-
+	6	25	31
-	14	1	15
E	20	26	46
X	MENORCA-	TITULACION	ACADEMICA

+ Enfermos -

Análisis de Tabla Simple
Odds ratio = 0.02 (0.00 <OR< 0.18*)
Lím. de confianza Cornfield al 95% de OR
*Cornfield no es adecuado. Mejor Límite exacto.
Riesgo Relativo= 0.21 (0.10 <RR< 0.43)
Lím. confianza 95%. Series de Taylor para RR
Ignore riesgo relativo si es caso-control.

AMPLIACION"CONOCIMIENTOS	SUBRE	MODELOS	
			NoC

F2 Más Estratos; <Enter> No Más Estr.; F10 Salin

NoCorregido : 3.10 0.0784965 Mantel-Haenszel: 3.07 0.0799323 Correcc. Yates: 2.19 0.1389906

F2 Más Estratos; <Enter> No Más Estr.; F10 Salir

+ Enfermos -				
18	29	47		
44	10	54		
62	39	101		

Análisis de Tabla Simple
Odds ratio = 0.14 (0.05 < OR < 0.38)
Lím. de confianza Cornfield al 95% de OR
Riesgo Relativo= 0.47 (0.32 < RR < 0.69)
Lím. confianza 95%. Series de Taylor para RR
Ignore riesgo relativo si es caso-control.

TITULACION ACADEMICA
AMPLIACION CONOCIMIENTOS SOBRE MODELOS