



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
Centro Universitario UAEM Valle de Chalco.

**VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR
LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA
CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.**

—
TRABAJO TERMINAL DE GRADO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

Maestra en Gestión de Enfermería

PRESENTA

L.E. CAROLINA LILIANA GONZÁLEZ FLORES

DIRECTOR:

DR. EN C DE LA S. RAFAEL ANTONIO ESTÉVEZ RAMOS

CODIRECTOR

DR. EN C DE LA S. IHOSVANY BASSET MACHADO

TUTOR(A)

DRA. EN C. DE LA S. MARIA CRISTINA PEREZ GUERRERO

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO SEPTIEMBRE 2022.



VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN
EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

**VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR
LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA
CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.**

ÍNDICE

	Página
1. Introducción	9
2. Planteamiento del problema	10
3. Justificación	12
4. Objetivos	14
5. Estado del arte	15
5.1. Validación de instrumentos	15
5.1.1. Instrumento	15
5.1.2. Validación	18
5.1.2.1. Técnica Delphi	21
5.1.2.2. Análisis factorial	25
5.2. Evaluación	38
5.2.1. Generalidades	38
5.2.2. En capacitación	48
5.2.3. En enfermería	50
5.3. Capacitación continua	55
5.3.1. Generalidades	56
5.3.2. Tipos de capacitación	58
5.3.3. En enfermería	59
5.4. Enfermería	63
5.4.1. Historia de la enfermería en México	65
5.4.2. Conceptualización	72
5.4.3. Profesionalización	74
5.4.4. Responsabilidades éticas y legales	78
5.5. Barreras	87
5.5.1. Generalidades	87

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

5.5.2. En capacitación	87
5.6. Factores del instrumento Barreras Para la Capacitación Contínua (BPCC)	88
5.6.1. Sociodemográficos	89
5.6.2. Personales	93
5.6.2.1. Biológicos	94
5.6.2.2. Psicológicos	94
5.6.2.3. Sociales	95
5.6.2.4. Habilidades cognitivas	95
5.6.3. Laborales	96
5.6.4. Organizacionales	100
5.6.4.1. De la organización al profesional	101
5.6.4.2. Del profesional a la organización	103
6. Operacionalización de variables	106
7. Metodología	112
8. Resultados	117
9. Discusión	192
10. Referencias Bibliográficas	199
11. Anexos	206

1. INTRODUCCIÓN

Enfermería se ha caracterizado desde tiempos memoriales por ser una disciplina que brinda cuidado holístico dirigido a cubrir las necesidades que demanda la sociedad, esta misma al ser nuestro campo de trabajo y tener un cambio constante, requiere de una construcción de conocimientos, habilidades y destrezas a la par.

El conocimiento inefectivo o que no se transforma, impacta directamente y de manera negativa en la persona que demanda el cuidado, generando consecuencias en la eficiencia de los servicios de salud y en el bolsillo de las familias.

Cabe destacar que hay distintos factores que influyen en la capacitación continua, estos pueden ser internos (propios de la persona) o externos (de la organización, situación social, etc.) e influir de manera positiva o negativa en la persona.

Los instrumentos para evaluar por qué no se capacita el profesional podrían no incluir todas las posibles causas, generando sesgos informativos que de lo contrario, beneficiarían en identificar la causa del problema.

Durante años se ha cuestionado la efectividad de las instituciones hospitalarias debido a su infraestructura o insuficiente recurso material, humano y financiero. La identificación precisa de las barreras de capacitación continua puede marcar la diferencia e identificar una correlación entre recurso humano actualizado y efectividad de los servicios de salud.

La siguiente investigación busca identificar mediante el diseño y validación de un instrumento de evaluación, las dimensiones que son barrera para la capacitación continua del profesional de enfermería.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermería es la disciplina que aplica conocimientos y habilidades en el cuidado que permiten ofrecer calidad a la sociedad demandante que, en su constante cambio de necesidades debido a distintos factores, la enfermera debe demostrar su destreza y acoplarse. Hay eventos que requieren de una capacitación inmediata, sin embargo el tener una situación de alarma no debería ser un motivo para adquirir o transformar conocimientos.

La capacitación continua está enfocada a la mejora de los procedimientos y por lo tanto el resultado de estos, para nuestra profesión el cuidado.

Resulta de gran importancia el saber los porqués de que enfermería no continúe sus estudios de capacitación, actualización, de grado y posgrados ya que día a día se tiene reporte de eventos adversos, centinela o quasifallas, y uno de los factores que los origina son los pocos conocimientos o su mala aplicación.

Enfermería es el grupo más grande de profesionales de la Salud (aproximadamente el 70%): Menos de 50% de los enfermeros registrados han alcanzado un nivel licenciatura y disminuye mientras aumenta el grado (SIARHE, 2020). Cuando el profesional adquiere un nivel más elevado en sus conocimientos también está desarrollando sus capacidades intelectuales y de análisis, es decir que tiene la oportunidad de brindar un cuidado basado en el pensamiento crítico o dicho de otra manera, se está convirtiendo en un enfermero de eficiente a experto (Benner, 1984) al tener un completo dominio intuitivo de los planes de cuidado y ser introspectivo.

Existen distintos factores que pueden ser elementos positivos o negativos para que el profesional se capacite, en algunos predominan circunstancias personales y en otros los referidos a la organización, pero todo esto recae en que el profesional pueda estar brindando un cuidado ineficiente o insuficiente debido a su falta de conocimiento actualizado.

De acuerdo a la psicolingüística (2007) el 80% de la información adquirida se pierde transcurridas 24 horas y aquella que es practicada continuamente pierde fiabilidad pasados 2 años y medio.

Ciertamente no hay una cultura por los profesionales de enfermería de tener un aprendizaje autónomo y tampoco una cultura organizacional que tenga como premisa, personal a la vanguardia en educación. Aunque dentro del sueldo quincenal que adquirimos hay un porcentaje destinado a cursos de actualización en realidad, no se destina a lo correcto. Derivado de esa situación se han visto en la necesidad de estipular una cantidad mínima de cursos anuales a cumplir por el empleado, viéndose ante una situación de carácter obligatorio siendo que debería de ser habitual el seguir capacitándose y educándose.

La jefatura de enfermería y supervisores junto al área de enseñanza deben tener una evaluación constante que les muestre el panorama real de sus empleados y de ese modo generar estrategias de mejora, un instrumento viable que sea aplicable a los enfermeros que incluya distintas dimensiones o elementos que pudieran influir en la capacitación continua sin que estos se sientan agredidos o invadidos en su privacidad.

Debido a esto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los elementos para validar un instrumento que evalúe las barreras de capacitación continua del profesional de enfermería?

3. JUSTIFICACIÓN

La capacitación continua no solo es un requisito organizacional, si no una responsabilidad moral y social implícita en nuestra profesión con el fin de evitar un daño o poner en riesgo al usuario que se le brinda el cuidado. Distintos organismos consideran a la capacitación continua como parte de los objetivos, responsabilidades u oportunidades para mejorar en materia de salud. En primer lugar encontramos la ley general de salud que estipula que la educación es “El factor determinante para la adquisición de conocimientos y formar a mujeres y hombres”; El Plan sectorial de salud en su objetivo 2 “Mejora continua” y 3 “Capacidad y Calidad” implica la capacitación del profesional para el fortalecimiento y suficiencia del sistema Nacional de Salud y medición de Calidad; La OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico) dirige los esfuerzos de formación continua para mejorar el desempeño laboral y aumentar el liderazgo mediante métodos efectivos de evaluación del personal; La comisión permanente de enfermería se creó con el plan de contribuir al desarrollo y superación del personal de enfermería; La Norma Oficial Mexicana 019-SSA3-2013 Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud menciona que la formación académica debe evolucionar a la par del avance tecnológico y al orden internacional; La estrategia nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención medica del Programa de acción específico 2018, hace énfasis en buscar estrategias que fortalezcan y mejoren las competencias profesionales de salud para propiciar una respuesta ante las necesidades de salud; y la CONAMED (2018) define culpables a aquellos profesionales que caigan en la impericia, es decir, que den atención a la salud sin poseer conocimientos técnicos y científicos que su función exige.

La identificación de los elementos únicos en cada profesional que impiden continuar con su capacitación dará la oportunidad de racionalizar la problemática para buscar alternativas de solución previniendo efectos negativos en la

población y en su situación legal, y para la organización evaluativa le demostrará las carencias de sus empleados con el fin de promover beneficios a favor de la capacitación de su personal y como consecuencia un cuidado de calidad y satisfacción del paciente.

Se dejará de ubicar solo a la infraestructura y falta de insumos hospitalarios como los causantes de consecuencias y deterioros en la salud de la población, tomando la capacitación continua como punto clave para la mejora de los servicios de salud. Mediante un diagnóstico de las necesidades de los profesionales y de la población se planearán estrategias educativas que faciliten el éxito del proceso. Se tomarán en cuenta otras habilidades de los trabajadores como la destreza en el uso de idiomas y recursos tecnológicos, así como otros factores como la edad y estado familiar.

Se diseñará un instrumento que defina la dimensión en la que el profesional se ve afectado haciendo una correlación de la deficiencia de los conocimientos con la eficiencia de los servicios de salud en materia de cuidado. Nos dará un panorama real de la situación del trabajador.

La metodología de identificación de barreras para el aprendizaje se podrá implementar a otras áreas de la misma organización de salud y en otros ámbitos ya que generaliza las dimensiones dando escenarios distintos donde se pueda ubicar el factor principal desencadenante del problema.

4. OBJETIVOS

GENERAL

Validar un instrumento que evalúe las barreras que influyen en la capacitación continua del profesional de enfermería.

ESPECÍFICOS

- Identificar los aspectos más relevantes para evaluar las barreras que influyen en la capacitación continua del profesional de enfermería.
- Diseñar un instrumento para evaluar las barreras que influyen en la capacitación continua del profesional de enfermería.
- Determinar la validez teórica y empírica del instrumento para evaluar las barreras que influyen en la capacitación continua del profesional de enfermería.

5. ESTADO DEL ARTE

5.1 Validación de instrumentos.

La evaluación ha formado parte de nuestra vida diaria y aunque tuvo sus inicios en el campo de la economía y administración, se extendió a todas las ramas al observar que los resultados obtenidos mejoraban en medida de las evaluaciones continuas. Para ello, se comenzaron a crear instrumentos o listas de verificación de productos, posteriormente de procesos y finalmente del conjunto de trabajo.

No hay una fecha específica de la creación de un instrumento de evaluación, pero probablemente tuvo sus inicios en 1760 con la revolución industrial, época de gran transformación económica, social y tecnológica con la cual se magnificaron y perfeccionaron organizaciones en diversos productos.

5.1.1 Instrumento

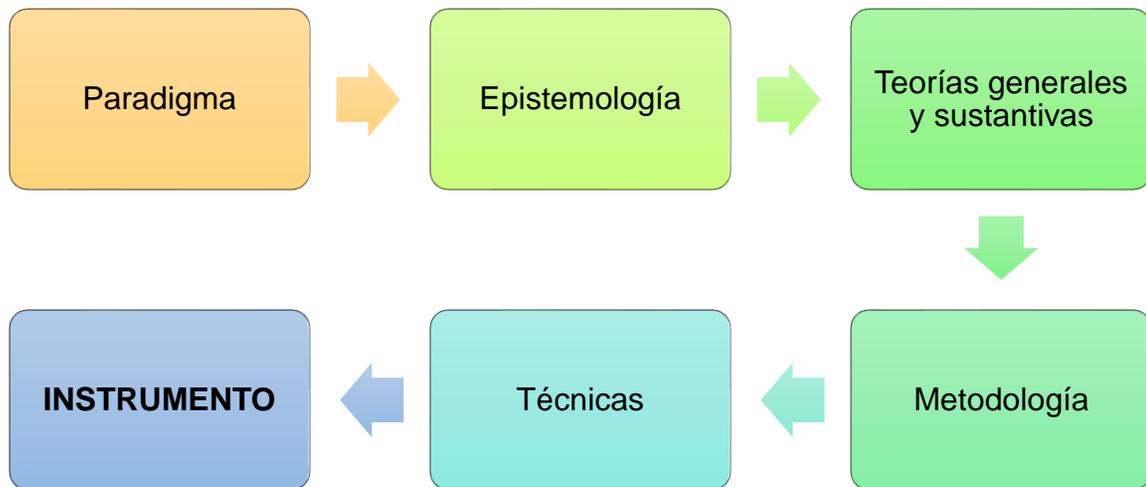
Un instrumento de evaluación es aquella herramienta que mide las características, cualidades o preferencias que el investigador desea describir de algún ente, asignándoles un número que cuantifique las manifestaciones de un constructo. En el campo de la enseñanza hay teorías que sustentan que los cuestionarios de evaluación deben ser multidimensionales para que sean afectivos (Marsh, 2007).

Seatu (2003) menciona que todo instrumento tendrá la articulación de paradigma (forma de concebir o interpretar la realidad incluyendo el modelo conceptual), epistemología (concepción sobre el estudio del conocimiento fundamentado en el sujeto-objeto y su relación con el contexto), perspectiva teórica (teoría es el conjunto de preposiciones lógicamente interrelacionados del

cual se derivan implicaciones para explicar fenómenos), metodología y técnicas para recolección y análisis de datos (Figura 1).

Figura 1

Partes integrativas de un instrumento



Fuente: Secuencia de articulación de elementos que formaran un instrumento (Seatu, 2003).

Castro Moreira citado por García Perales (2018) menciona que antes de elaborar un instrumento, se debe dar la definición operativa del constructo para delimitar que es lo que se va a evaluar.

Las 4 principales propiedades psicométricas de un instrumento son:

1. **Fiabilidad:** El hecho de medir una variable de manera constante, se mide en grados y se expresa en coeficiente de correlación que varía de 0 (ausencia de correlación) a 1 (correlación perfecta) y el margen aceptable es de 0.7 a 0.9. Se puede estimar por 4 medios: Consistencia interna, Estabilidad y Equivalencia.
 - **Consistencia interna:** Mide la homogeneidad de los enunciados; Se pueden aplicar medidas como el Alfa de Cronbach que cuantifica la

correlación de los ítems dentro del cuestionario o técnica de Kuder-Richarson.

- Estabilidad: Mide la constancia de las respuestas obtenidas en mismas condiciones y mismos sujetos tal como la Correlación de Pearson o Sperman-Brown.
 - Equivalencia: Mide el grado de correlación entre versiones (la actual con la anterior) donde valores de correlación por encima de 0.8 son equivalentes; y también cuantifica la armonía inter-jueces o armonización de las medidas de distintos observadores, mide el grado de concordancia entre dos o más resultados al medir las mismas variables o acontecimientos como la Correlación de Pearson, Sperman, Kappa de Cohen, inter-clase o análisis de varianza.
2. Validez: La garantía de un cuestionario es que mida apropiadamente las circunstancias a evaluar y toda comprobación de sus características. Puede validarse el contenido, criterio o constructo. Consiste en que personas catalogadas por el investigador como expertas estén de acuerdo con la relevancia de los ítems seleccionados, mientras mayor sea el número de expertos el instrumento tendrá mejor validez.
 3. Sensibilidad: La capacidad que tiene un instrumento de detectar cambios en los atributos o sujetos evaluados después de la aplicación. Se relaciona con la magnitud de la diferencia entre las puntuaciones que han cambiado y las que no; se mide con el estadístico tamaño de efecto y después se le aplica la desviación estándar. También sirve para estimar el tamaño muestral de un estudio, a mayor sensibilidad menor será el tamaño de muestra necesario.
 4. Factibilidad: Mide si el cuestionario es asequible para utilizarlo en el campo destinado, usualmente lo que se evalúa es el tiempo requerido para cumplimentarlo, la sencillez y amabilidad del formato, brevedad y claridad de los incisos, la codificación y la interpretación. El instrumento se debe medir en distintas poblaciones para saber si es aplicable en distintos contextos y mediante el cálculo del porcentaje de respuestas no contestadas y el tiempo

requerido para llenarlo se determina esta propiedad. También puede medir la percepción de una persona respecto a la facilidad de usar el instrumento y la percepción del profesional en su utilidad.

5.1.2 Validación

Mediante este acto se busca lograr la confiabilidad y validez. La confiabilidad es un hecho empírico a enfocado obtener los mismos resultados al utilizar el mismo instrumento, mientras que la validez se cuestiona para qué o en función de qué el instrumento es válido (Carmines y Zeller, 1987).

Para validar un constructo la OMS recomienda “desarrollar y utilizar indicadores estandarizados” tanto en los cuestionamientos como en las escalas de medición, y que puedan compararse a nivel internacional.

Distintos autores describen metodologías para la validación de un instrumento (Imagen 2), generalmente se dividen en 2 fases:

Fase 1: Elaboración del instrumento.

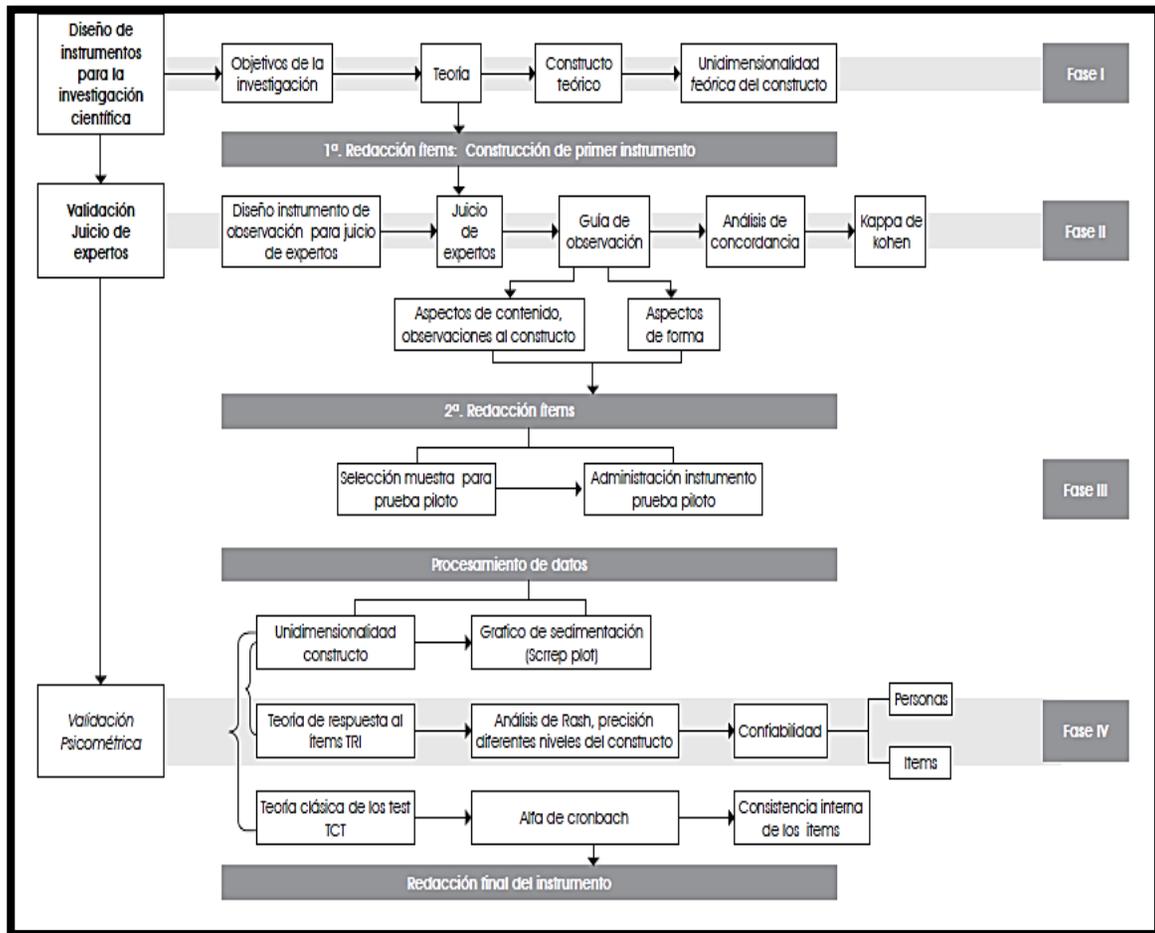
- Selección de competencias: Se definirán las dimensiones a medir mediante la búsqueda de bibliografía.
- Construcción: Se esclarecen las características esenciales mediante las cuales se determinan preguntas y se les asigna una escala de medición.

Fase 2: Validación del instrumento.

- Criterios unificados de acuerdo a la técnica de selección elegida.
- Aplicación del instrumento.

Figura 2

Diseño y validación de un instrumento



Fuente: Secuencia descendente de la construcción de un instrumento (Solano Rodríguez, 2014).

Se puede validar el contenido, criterio o constructo.

- Contenido:

De acuerdo a Escobar-Pérez y Cuervo Martínez (2008) citados por López Gómez, la validez de contenido significa que los ítems del instrumento deben representar el tema y ser significativos. Se toma en cuenta si el instrumento es nuevo o adaptación, si es de un idioma a otro, si es de un país a otro para adaptarlo a la situación nacional, así como los años que lleva de su creación para

actualizarlo; se evalúa cualitativamente si el cuestionario abarca las dimensiones del fenómeno a medir, esto mediante la Prueba Delphi, modelo de estimación de magnitud, modelo Fehring o metodología Q.

- **Criterio:**

Grado de correlación entre un instrumento y otra medida de la variable de referencia, se establece un estándar, que es un criterio preestablecido o de referencia para calificar al nuevo, pero si no existe una medida previa se busca un instrumento anterior que sirva como medida comparable. La validez concomitante mide la correlación entre dos conceptos de medida similar al mismo tiempo y en los mismos sujetos; esta técnica también se usa para seleccionar los ítems que nos funcionen mejor para el instrumento.

- **Constructo:**

Es el grado en el que el instrumento mide la dimensión evaluativa bipolar para la que fue diseñada es decir, la coincidencia de medida con otros instrumentos; también determina la relación del instrumento con la teoría y la conceptualización teórica. Se comienza por definir las dimensiones, después se indica la estructura interna de sus componentes y su relación teórica con otros instrumentos.

La validez divergente es cuando las variables no tienen relación, es decir que evalúa la especificidad del instrumento; se mide mediante el método multirasgo - multimétodos de Campbell y Fiske, el análisis factorial (exploratorio cuando no hay factores definidos previamente y confirmatorio cuando se parte de actores ya definidos).

La validez discriminante mide la capacidad que tiene el cuestionario para distinguir entre individuos o poblaciones que se espera que sean diferentes.

5.1.2.1 Técnica Delphi (Validación de contenido)

La técnica más usual y confiable para evaluar contenido es mediante la Prueba Delphi o por juicio de expertos, en la cual un grupo de personas otorga su juicio hacia algún objeto, material o instrumento, o su opinión de una situación concreta, requiere una estadística y metodología rigurosa para que su finalidad sea lo más exacta posible.

La técnica comenzó a utilizarse a partir de los años 50's (López Gómez, 2018) creada por Olaf Helmer y Norman Dalkey, siendo el primer probable artículo en el que se utilizó proveniente de la RAND Corporation donde laboraban los autores. Rieger (1986) propuso 5 etapas de desarrollo:

- Etapa inicial o Secrecy and obscurity (secreto y obscuridad): Desarrollada por Dalkey y Helmer dentro de las fuerzas armadas.
- Novelty (Novedad): Etapa entre 1965 a 1970 donde la técnica se utilizó por corporativos para previsión industrial y servicios humanos.
- Popularity (Popularidad): Entre 1960 a 1975 el método se aceptó y difundió, utilizándose en 389 artículos , informes y documentos dentro de este lapso.
- Scrutiny (Escrutinio): Se le dio un sentido al método tras aceptar su valor científico ponderando sus dificultades y limitantes.
- Continuity (Continuidad): La técnica se consolidó con su uso en número más elevado de investigaciones, en diferentes grados académicos y ramas de conocimiento.

El grupo que se considera experto es de suma importancia para la reinención o corrección del material, ya que colaboran revisando pertinencia, coherencia y calidad de los ítems, mediante una técnica de "Feedback" que para fines del tema significa "aceptar una información y regresarla modificada". Cabe destacar que los integrantes desde su elección e información deben tener claro que tendrán total anonimato para la investigación. La técnica Delphi requiere:

1. Integración del panel de expertos (Selección, cantidad y calidad): Este hecho inicia con los criterios de selección de los expertos para la técnica, no pueden ser elegidos de manera aleatoria ya que deben tener características adecuadas para que aporten al constructo, tales cualidades son de acuerdo al investigador pero de acuerdo a Pill (1971) debe considerarse que el seleccionado tenga: experiencia o antecedentes en el tema de investigador, disponibilidad de tiempo así como ser introspectivo para poder evaluar sus respuestas iniciales con las finales; otros autores como Steurer (2011) propone como experto a quienes tengan más de 5 publicaciones relacionados con el tema durante los últimos 3 años, Kennedy y Price (2005) consideran que tenga practica experiencia actualizada, Lee, et al. (2008) escribieron que debe tener interés en el tema así como establecer un vínculo entre juez e investigador, Gustafon et al. (1973) menciono que no se deben incluir jueces con dificultades de lectura o escritura y actualmente de manera personal considero que el uso y conocimiento de herramientas electrónicas tales correo electrónico y equipo de cómputo deben ser tomadas en cuenta para elegir a un juez. El número de integrantes aún no está establecido ya que diversos autores refieren una cantidad distinta; Powell (2003) menciona que para el numero de expertos se deben tomar en cuenta dos criterios: problema de investigación y recursos a disposición de los investigadores, Witkin y Altschuld (1995) señalan que el tamaño debe ser menor a 50 personas y Landeta (1999) refiere que debería ser de 7 mínimo a 30, López Gómez (2018) hace una reflexión de su artículo y menciona que el panel no debe ser inferior a una docena, encontrando así un intervalo de 7 a 49 sujetos expertos aproximadamente teniendo implicaciones a considerar es decir, que si es inferior a 7 personas no se puede considerar representativa mientras que si es demasiado grande se presentan problemas con el tiempo de recepción de resultados.

2. Proceso iterativo en rondas: En este, interviene el intercambio de información controlada mediante las rondas, mismas que envía el investigador para que respondan los expertos. Previo al envío, se debe elaborar un diseño o boceto adecuado y comprensible teniendo en cuenta el objetivo de la investigación; respecto a ello, Hung (2008) refiere que la primera ronda debe llevar preguntas abiertas en la primera ronda para así obtener información enriquecedora, las rondas posteriores ya llevarán enunciados obtenidos de la primer revisión y estos mismos al ser simplificados, deberían brindar claridad y favorecer al análisis estadísticos de las respuestas. El número de rondas varía de acuerdo a las observaciones que los jueces expresen en las revisiones, sin embargo hay autores como Worthen y Sanders (1987) que mencionan que mientras más elevado sea el número de rondas suele haber una tendencia a disminuir y desestabilizar los resultados a partir de la tercera ronda. Cuando hay intercambio de información de tipo cualitativa, suele tener un carácter más exigente por el tiempo de análisis, preparación y envío del cuestionario; Un análisis mixto tendrá mayor ventaja en la recolección de la información.

Para la técnica Delphi, el veredicto de la última ronda debería tener mayor calidad ya que se tuvo la oportunidad de conocer la información previamente.

3. Criterios para considerar para la finalización del proceso (consenso y estabilidad): A medida que las observaciones y respuestas muestran estabilidad por parte del panel de expertos, se puede considerar que hay un consenso. No hay determinantes para considerar una técnica Delphi concluida, sin embargo Arregui, Martínez, Piñeiro et al. (2003) mencionan que hay medidas estadísticas que nos pueden hacer confiar del resultados, tales como la mediana y media (tendencia central), rango intercuartílico (dispersión complementaria), coeficiente de variación (desviación típica de las respuestas entre la media) que de acuerdo a Shahy y Kalaian (2009) es la prueba más acorde, intervalo de confianza de la media, porcentaje, cociente entre desviación típica y desviación típica uniforme, pruebas de bondad de ajuste

(si previo se establecieron frecuencias o teorías de distribución), U de Mann-Whitney si hay subgrupos de expertos o el coeficiente Kendall para estimar el acuerdo de datos de varianza. Otro criterio es la estabilidad de las respuestas del panel, es decir que las observaciones no muestren variaciones significativas entre una ronda y otra (Landeta, 1999) y se puede obtener mediante el rango intercuartílico relativo, chi cuadrada, coeficientes de dispersión como la t de student para rondas sucesivas o finalmente si no se tienen las características necesarias para aplicar las pruebas anteriores se utilizara Wilcoxon, proporción de expertos o índice de concordancia Kappa de Cohen.

Antes de presentarlo a los expertos, el investigador debe tener en claro las respuestas que desea con sus ítems, para así transmitir esa idea.

El análisis inicial es el más valioso ya que detecta cualidades y requisitos necesarios para el instrumento. Bardin (1986) menciona que las necesidades a satisfacer en la primer revisión son: exhaustividad, exclusión mutua, homogeneidad, objetividad, productividad y pertinencia.

Con las puntuaciones obtenidas desde la primer ronda o hasta el final de todas, se puede calcular el IVC o Índice de Validez de Contenido, el cual es el grado en el que el instrumento presenta adecuadamente los contenidos sin presentar omisiones o desequilibrios (Kerlinger y Lee, 2002). En 1975 Lawshe estableció la fórmula para calcular el IVC que es la siguiente:

$$[ne-(N/2)]/(N/2)$$

Donde:

- ne: Numero de expertos que valoraron el ítem esencial
- N: Total de expertos que evaluaron el ítem

El IVC normal va de +1 y -1, cuando hay puntuaciones positivas indicara una mejor validez de contenido, más cerca de +1, mejor validez. Un puntaje de 0.29 será adecuado cuando hayan participado por lo menos 40 jueces en la investigación, en los casos donde cuenta con menos de 7 jueces habrá que tener un acuerdo general de todos los participantes o el ítem se invalida (Lawshe, 1975).

Posterior al IVC de cada ítem, se debe realizar una determinación por categoría, Tristán (2008) menciona que debe tener un 50% de acuerdo cada dimensión para que sea considerada para validar un contenido; derivado de esto, Lawshe propone la CVR o Razón de Validez de Contenido con la siguiente formula:

$$CVR = \frac{ne - N/2}{N/2}$$

Donde:

- ne: número de panelistas en acuerdo con la categoría
- N: Total de panelistas

Los valores serán similares al anterior, - 1 a +1 pero con distinta interpretación, CVR es negativa si el acuerdo ocurre con menos de la mitad de los jueces; Es CVR nula cuando la mitad del panel está en concordancia, y es positiva CVR cuando más de la mitad está de acuerdo (Tristán, 2008).

5.1.2.2 Análisis factorial

En 1904 aproximadamente, Charles Spearman propuso un modelo estadístico para representar las relaciones que existan entre un grupo de variables y así validar su teoría acerca de la inteligencia, naciendo así en el área de la Psicología y las Neurociencias (Fernando Pere y Anguiano Carrasco, 2010) y después posicionarse como técnica de validación en otras áreas disciplinares tan distintas como Economía, Ingeniería y Biología. El primer uso de su modelo

tenía la hipótesis de que si dos habilidades están ligadas o “correlacionadas”, estará compuesta entonces de dos factores, el común que correlaciona y el específico que hace la diferencia de las variables. Años más tarde, Thurstone (1935) propone un cambio en el enfoque del análisis factorial, advirtiendo que los datos analizados o variables podrían tener más de un factor, siendo la identificación de factores el tema principal del análisis factorial y no la correlación. En 1936 se funda la revista de investigación especializada “Psychometrika” por la Sociedad de Psicometría y en sus números finales de los años 30 y principios de los 50 numerosas investigaciones utilizaron el análisis factorial como respuesta a su análisis de datos.

Este modelo es una técnica estadística multivariada que plantea que la interrelación de las variables latentes encuentra su explicación de la siguiente manera: una serie de variables no observables, latentes o constructos no se pueden medir de manera directa y se estiman a través de variables observables a las que se denominan factores que son menores que el de variables totales. Cuando la correlación se pueda explicar por medio de un solo factor, se llamará unifactorial y aquellos que requieren de dos a más se le llama multifactorial.

El modelo se obtiene como una extensión del modelo básico de regresión lineal donde emergen las ecuaciones del análisis factorial y de la correlación parcial donde se obtiene la idea clave para evaluar el ajuste del modelo a los datos.

Para el modelo de regresión lineal la puntuación es una variable de criterio que se explica mediante una combinación lineal, es decir una suma de variables multiplicadas cada una por un coeficiente, de los regresores que son las variables predictoras o explicativas. La combinación de estas significa una aproximación ya que una parte de la puntuación del criterio no puede ser predicha o explicada desde los regresores, mismo que se le denomina error.

El conjunto de variables observables ya sea ítems, test u otros, puede considerarse como un criterio. En el análisis factorial se aplica un circuito de ecuaciones de regresión, donde los regresores (o factores) serán comunes para

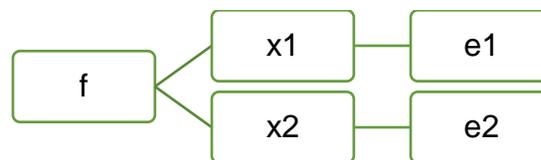
un subconjunto (factores comunes) o todo el conjunto (factores generales) de variables. La diferencia básica de cada ecuación entre el análisis factorial y una regresión convencional es que los regresores no son observables, haciendo al modelo algo más complejo que una regresión normal. Como los factores no son observables, no tienen una escala de medida determinada, por lo que se deberá asumir que los factores tienen una escala típica de media 0 y varianza de 1. Si las variables observables tienen una escala típica, el modelo es más simple de interpretar.

De acuerdo al modelo de regresión lineal, el análisis factorial será más sencillo cuando solo plantea un factor general, siendo el equivalente a un modelo simple de regresión.

Una representación ideal sería por lo planteado por Ruiz, Pardo y San Martín (2010) donde las ecuaciones se unen para formar un factor (Figura 3 y 4). Visualmente suele colocarse el factor en un ovalo o círculo y las variables en rectángulos o cuadrados y las flechas señalan del factor a las variables, mismo que se entiende como que el factor es una variable explicativa y las variables dependientes como algo manifiesto del primero.

Figura 3

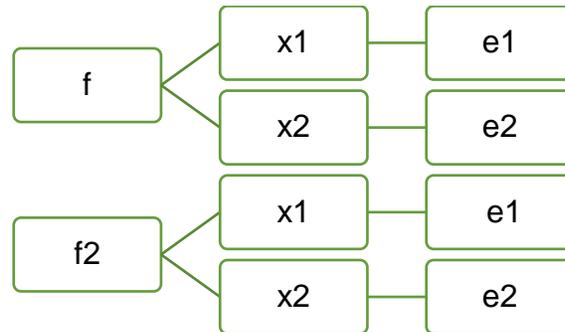
Representación de variables explicativas y dependientes



Fuente: Análisis factorial univariado, donde: e= error, x= variable y f= factor común (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010)

Figura 4

Representación de análisis factorial multivariado

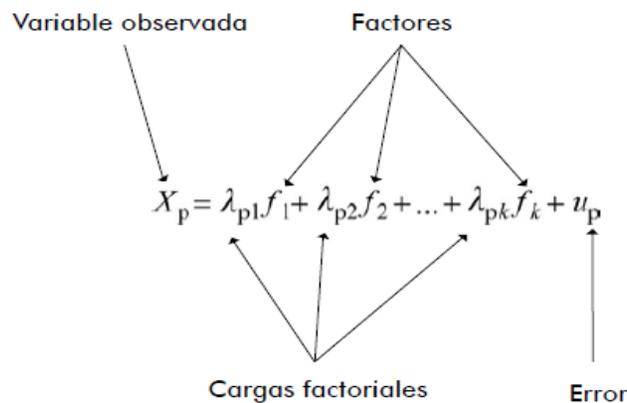


Fuente: Variables explicativas y dependientes (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010).

Dentro de un grupo de variables observadas (x), se sabe que hay un cierto número de factores (f) que deben ser menor al conjunto de variables, es decir que si son 10 variables por ejemplo, no pueden ser 11 factores; Si los factores son variables latentes, entonces van a explicar qué asociación hay entre las variables observadas (Figura 5).

Figura 5

Asociación de variables latentes



Fuente: Variables y factores (Zamora, Monroy, Chávez y Saade, 2009).

Las λ 's en la representación anterior, con los coeficientes que se asocian a los factores y se les llama "cargas factoriales" y significan la correlación entre variable y factor correspondiente e interpretan que función hace cada variable para definir un factor, por ultimo las u representan los errores del modelo

Ejemplificando que el valor de X_1 es 0.7, la ecuación se leería de la siguiente manera:

$$x_1 = 0.7F + e$$

Donde la puntuación de x_1 en el ítem 1 se determina por el efecto del factor común y en parte es un error (mismo que incluye todos los efectos distintos al factor o factores comunes que influyen en la puntuación de una variable).

Se pueden identificar 3 tipos de errores comunes: el error de muestreo o estadístico, el de medida o psicométrico y el de aproximación donde el modelo especificado no se considera del todo correcto ni en la población (No hay modelos correctos, solo que se acercan a la realidad).

En la ecuación el valor de 0.7 es el peso factorial y equivaldría a la pendiente en el modelo de regresión. Cuando las puntuaciones del ítem se encuentran en escala típica quiere decir que el factor es importante en la determinación de la puntuación del ítem; cuando mayor es el peso, mayor importancia y menor error, así como (en la escala típica asumida) el mayor peso puede definirse como la correlación entre el ítem y el factor. El cuadrado de este se define como el coeficiente de determinación, interpretándose como una proporción de varianza. Entonces, si 0.7 equivale a 40% de la varianza de las puntuaciones. El 60% restante sería el error de varianza; en el análisis factorial ese lazo se conoce como comunalidad.

Cuando dentro del análisis factorial se plantea más de un factor, también se le conocerá como "Modelo de Thurstone", nombre que se le dio en memoria de su creador en 1947. Este modelo es el mismo independiente de la cantidad de factores, y su punto clave es la relación que hay entre estos mismos factores.

En este modelo múltiple se interpreta mejor (al igual que en los de regresión) si los factores son independientes entre sí o incorrelados, llamándole a la solución “octagonal”, en la que el peso del factor sigue interpretándose como una correlación entre variable y factor, sus cuadrados son proporciones de varianza y la suma de los cuadrados se interpreta como comunalidad o la proporción de la varianza que en conjunto explican el factor.

Se llama solución oblicua cuando los factores son correlacionados, en este modelo es de suma importancia considerar que los pesos y las variable-factor son coeficientes distintos. Al igual que en la regresión lineal, ahora los pesos factoriales se convierten en coeficientes de regresión estandarizados y miden el efecto que tiene este sobre la variable de respuesta, cuando los otros factores son constantes; los pesos factoriales se representan en la matriz de patrón factorial. Las correlaciones variable- factor se denominan coeficientes estructura, representados en la matriz “Estructura factorial”.

Los pesos indican hasta qué punto el factor influye en la variable, mientras que los coeficientes estructurales dan razón del parecido entre el factor y la variable.

Análisis exploratorio y análisis confirmatorio

Muliak (1972) distingue dos tipos de análisis factorial que disciernen en la finalidad y el modelo de prueba, pero que conservan cualitativamente dos vertientes de un continuo.

El análisis exploratorio, no hay certeza del número de factores que hay en la estructura de los datos y se realiza una extracción de manera secuencial para lograr un ajuste del modelo, se realiza sin tener una hipótesis previa en cuanto a su estructura, siendo los resultados los que proporcionen información, este tipo de modelo tiene pocas restricciones para tener una solución inicial que sea transformada. Hay algunos criterios para extraer los factores:

- Criterio de la raíz latente (eigenvalor >1): Esta posición sustenta la idea que los factores que se extraen deben de justificar de manera mínima la varianza de una variable por separado.
- Criterio del grafico de codo (contraste de caída): Trata de analizar cómo se comportan los eigenvalores relacionados con los factores que se extraen con el fin de resolver un punto medio entre la pendiente más alta y la baja de los valores.
- Criterio del porcentaje de varianza explicada: Busca analizar el porcentaje acumulado de la varianza final extraída, siendo en Ciencias Naturales 95% el aceptable de varianza o cuando un factor incluyente contribuya con mínimo 5% de la varianza total acumulada.

En el análisis confirmatorio, el investigador se plantea previamente varias hipótesis específicas es decir, que determina de manera precisa el número de factores que se ponen a prueba para evaluar el ajuste del modelo, tiene mayores restricciones que son más complejas y se permiten una solución única que usualmente ya no se transforma; Las hipótesis a comprobar son de 3 tipos:

- Numero de factores: para medir algo nuevo, se trata de algo exploratorio.
- Patrón de relaciones entre las variables y los factores
- Relaciones entre los factores

Cabe destacar que la mayor parte de la psicometría del análisis factorial interceptaran en algún momento. Mientras mayor información se obtenga, las hipótesis serán más fuertes y por ende la solución será más puntual con mayor número de restricciones a la solución.

Respecto a los factores, en un análisis factorial comprobatorio las restricciones de cantidad de factores comunes y sus interrelaciones son similares a un análisis exploratorio, siendo así una correlación libre e impuesta por el patrón factorial. Para la solución comprobatoria, se propone (usualmente) la de

conglomerados independientes (McDonald, 1985) que sigue una estructura simple, donde cada variable cuenta con una carga no nula en un solo factor, siendo cero en los restantes factores (Figura 6).

Figura 6

Carga de los factores

Ítem	f_1	f_2
X_1	0.0	*
X_2	0.0	*
X_3	0.0	*
X_4	*	0.0
X_5	*	0.0
X_6	*	0.0

Fuente: Zamora, Monroy y Chávez, 2009.

En contraste, para dar solución exploratoria se buscan los factores comunes (Imagen 1) o relacionados (solución oblicua). En el ejemplo, el modelo es bifactorial, similar al contraste de pesos anteriores.

Figura 7

Carga de los factores

Ítem	f_1	f_2
X_1	0.23	0.78
X_2	0.18	0.82
X_3	0.25	0.75
X_4	0.78	0.18
X_5	0.77	0.14
X_6	0.78	0.21

Fuente: Zamora, Monroy y Chávez, 2009

Con el ejemplo anterior, si se ajusta a un análisis factorial confirmatorio se muestra que cada factor es la medida pura del factor en sí, y que los pesos menores son por error muestral, compatibles con valores de cero en una población. En la realidad, las medidas de un factor no son puras (aun ya después de un proceso de selección), se puede aspirar a lo “casi puro” o indicadores pero no todos lo serán realmente.

El modelo que no se ajusta bien, será porque contiene pesos menores de 0.20 o por debajo, son bajos pero no nulos y al no ser específicos surge un error.

En el caso de que el modelo contenga pocos ítems puede ser más fácil ajustarlo y en el caso de modelos con más ítems la acumulación de errores llevara a ajustes inaceptables. Mc.Crae (1996) menciona que resultados claros, interpretables y replicables de estructuras factoriales obtenidas mediante un análisis exploratorio, pueden resultar modelos inadmisibles cuando se evalúan mediante un análisis confirmatorio; También menciona que es más propenso a obtener resultados con malos ajustes con un cuestionario de tamaño real (muchos ítems) a aquellos con pocos ítems.

Es por ello que quien realice un análisis factorial deberá ser el creador o revisor del instrumento, ya que contara con la teoría previa que le será de guía para plantearse hipótesis acerca si el número de factores, lo que se desea encontrar y la interrelación de los ítems es correcta o no. Cabe destacar que esta teoría previa no es suficiente para especificar un modelo confirmatorio, es por lo que se iniciara con un exploratorio con características confirmatoria (estimación del rango de factores y si son independientes o no), esto para pensar en que transformaciones se pueden esperar del modelo.

Una investigación basada en el análisis factorial tendrá dos pasos importantes en sí: El cálculo de correlación entre medidas y el análisis de la estructura de dichas correlaciones. Para que desde un inicio los pasos vayan marchando bien, es necesario tomar en cuenta dos componentes fundamentales: la muestra y las variables.

La muestra debe ser clara, concisa y representativa, teniendo claro cuál es nuestra población de interés, sobre todo para aquellos instrumentos que se desarrollan o adaptan. La elección de la población debe ser cuidadosa para que esta no represente un error de sesgo, mismo que suele ser más común en aquellas poblaciones por conveniencia.

Al situarse con el análisis factorial, si las puntuaciones de respuesta muestran poca variabilidad, las correlaciones entre variables se podrán ver atenuadas y la estructura no se podrá ver clara (2 pasos importantes del análisis factorial). La muestra bien elegida también le dará estabilidad a una solución y depende de principalmente 3 factores:

1. Tamaño
2. Grado de determinación de los factores
3. Comunalidad de las variables

Cuando los factores están definidos correctamente y las variables tienen un nivel bajo de error de medida, podrán tener una muestra menor para alcanzar una solución estable. Es por ello que una estructura factorial correcta podrá ser estable solo si sus correlaciones tienen muestras altas, Ferrando Pere (2010) menciona que observaciones de 200, sería la ideal al indicar también alta comunalidad y buena determinación de factores.

Otro factor son las variables, que en el caso del análisis factorial deben ser ilimitadas y continuas, sin embargo una puntuación del ítem o del test no lo son en sí y deberá de considerarse el análisis factorial como una aproximación y no como algo exacto que se aplique aunque sea simple de realizar. Ayudará en el análisis factorial que los ítems estén medidos en una escala tipo Likert (graduada) con 5 o más categorías y, en caso de ítems con 2 y 3 respuestas (factores de dificultad) y una categoría central son los que tienen más problemas de solución. Una distribución simétrica no suele tener problemas de emparejamiento con el

análisis factorial, mientras que las asimétricas sí. Una asimetría de signo contrario puede dar lugar a relaciones no lineales así como a no adecuarse al modelo lineal factorial.

Otros factores (aparte de la métrica y la distribución de las variables) importantes son la fiabilidad en la cual se debe evitar ítems con respuesta baja ya que representaría un problema factorial; para eliminar los ítems con fiabilidades bajas, se podría aplicar una prueba piloto convencional para evaluar el índice de correlación ítem-total y retirar aquellos que representen un problema de adaptabilidad. En caso de los ítems que tienen información repetitiva pero que son necesarios en el test, pueden representar un problema para el análisis factorial en cuanto a la consistencia interna, y suelen convertirse en ítems dependientes aunque correspondan a otra categoría, implicando que se tengan que extraer factores adicionales para esos ítems; un análisis de contenido antes del factorial puede eliminar esos ítems redundantes para que no tenga problemas de repetición posteriormente. Otro dato relevante es el grado de determinación de los factores donde se recomienda tener indicadores (algo con lo que se mide o evalúa) también para relacionar los resultados del estudio con anteriores; Cattell (1988) recomienda utilizar mínimo dos indicadores por factor. Finalmente el número de ítems y factores también será determinante de un correcto análisis factorial, siendo que cuantos más ítems existan que midan el factor con precisión, mejor solución se presentará.

Etapas de un Análisis Factorial

- Análisis preliminar: Es la etapa donde los datos se adaptan o adecuan, es el momento de utilizar los indicadores para evaluar si las correlaciones obtenidas previamente son adecuadas para ajustar al modelo (segundo nivel); mismos indicadores también son llamados “medidas de adecuación muestral”; Es de suma importancia previamente inspeccionar los datos estadísticos de la variable, incluso se puede realizar un test de esfericidad

para poner a prueba hipótesis nulas correlacionales de la muestra. Cabe destacar que si para comprobar una hipótesis nulas se necesitan tantos factores como variables para comprobarla, la aplicación del análisis factorial no tiene sentido ya que se busca factorizar. Para finalizar esta sección, se buscaría evaluar el grado de relación entre variables, siendo el KMO la medida más habitual y que evalúa hasta que grado las variables son predecibles desde las otras variables, se califica del 0 al 1 y mientras más se acerca al 1 indicara mayor relación entre variables, siendo 0.80 lo aceptable.

- Estimación del modelo: En esta etapa se estima una solución inicial previa, determinando los factores apropiados para el modelo. Esta etapa suele guiarse por el principio de “Parsimonia” en el cual se busca encontrar una solución simple o con el menor número de factores posibles. Existen distintos métodos para estimar un modelo de análisis factorial como los “Mínimos cuadrados ordinarios” que es un conjunto de métodos basados en un criterio general común y que al aplicarlo para el numero especificado de factores hace una suma de cuadrados de las diferencias correlacionales observadas y las reproducidas en el modelo, determinando que solución hace que los resultados residuales se acerquen a cero; de “Máxima Verosimilitud” o de “Rango mínimo”.
- Evaluación del ajuste: Para decir que el modelo es apropiado debe evaluarse si éste se ajusta a los datos mediante: Test de sedimentación (grafico bivariado de representación de coordenadas de correlación de valores y componentes), MAP de Velicer (se lleva a cabo un análisis secuencial, calculando la raíz media cuadrática de las correlaciones parciales obtenidas si se elimina un componente y su anterior), Análisis paralelo (Genera una matriz de correlaciones aleatoria de un conjunto de datos de la misma dimensión de tipo empírica, se comparan la aleatoria y la empírica y el punto de intersección indicaría el número de factores a retener), Raíz media cuadrática residual (medida descriptiva que indica la magnitud media de las correlaciones residuales, las cuales si son 0 entonces el modelo coincidirá

con la desviación típica de residuales y si es 0,05 o menor de acuerdo a Harman (1976) sería aceptable), Criterio de Kelley (Creado en 1935 en el cual el error típico de las correlaciones que es 0 se ajustaría a 1 entre el tamaño de muestra, siendo 1 ahora el valor de referencia), Índice Gamma o GFI (Como propuesta inicial de Tanaka y Huba en 1985, es una medida de bondad multivariada entre 0 y 1 que indica la proporción de covariación entre variables, y su grado de aceptación de acuerdo a Ruiz, Pardo y San Martín (2009) es de 0.95 a 1), Coeficiente TLI-NNFI (Propuesto por Tucker y Lewis de característica inferencial, recomendado para una lógica descriptiva; es un índice relativo para medir la mejora del ajuste que se da entre el modelo propuesto y el nulo de 0 factores, siendo que valores arriba de 0.85 comenzarían a ser aceptables) e Índice RMSEA (Por Steiger y Lind en 1980, busca estimar la discrepancia entre la matriz del modelo propuesto, estimando una aproximación razonable; Puede penalizar a los modelos con más errores y como referencia tiene que 0.05 son indicadores de buen ajuste y mayores a esta medida hasta 0.08 son ajustes admitidos).

- Rotación u obtención de la solución transformada: Este paso implica que mediante la solución inicial (en análisis factoriales no restringidos) obtenida mediante análisis multivariados se dé una forma canónica, es decir que los factores especificados expliquen en su máximo posible la varianza entre estos, esta solución puede ser oblicua (hipótesis fuertes y correlaciones substanciales entre factores) u ortogonal (correlaciones bajas de entre 0.30 a 0.20) y la decisión de elegir una u otra se basará en la parte teórica de la investigación. Ya elegido el tipo de rotación, el método específico a elegir dependerá de que tan sólido es el diseño, es decir que las variables sean comprensibles, se utilicen indicadores y que los factores estén bien determinados. Entre los métodos de rotación que se pueden utilizar están los Cuarticos (ortogonal), Quartimax, Varimax y Equamax (ortogonal y oblicuo).

5.2 Evaluación

El evaluar, ha formado parte de nuestra histórica vida, este procedimiento ha sido un requerimiento para mejorar alguna cosa, situación o proceso, así como para ver qué camino se debe continuar en base a los resultados obtenidos (por ejemplo una comparación, un antes y después). Lacolutti y Sladogna (2017) menciona que una evolución orientada a la capacitación de los profesionales en base a competencias va a coadyuvar en certificar un saber así como orientar a la persona hacia la mejora y optimización de su desempeño.

Certificar y orientar forman parte de este apartado aplicado en los profesionales de enfermería ya que lo que se busca es reconocer las competencias formalmente requeridas (certificación) e identificar fortalezas y debilidades (orientación).

Enfermería en el ámbito de la salud es el grupo más numeroso y por consecuencia el que aplica la mayoría de los procedimientos en el cuidado de la salud. Los conocimientos que tenga este profesional deben ser extensos y actuales, esto se lograra mediante una capacitación continua y la evaluación de los conocimientos continuamente. Otro de los objetivos a cumplir es el fortalecimiento del conocimiento, así como de cubrir las áreas de oportunidad detectadas por la organización evaluadora y el evaluado.

5.2.1 Generalidades

La evaluación es una herramienta que sirve para planear decisiones en favor de la mejora, tiene inmersos los aspectos éticos y técnicos de una operación, emitiendo finalmente un juicio de valor. Dentro del proceso enseñanza-aprendizaje, aquel que evalúa también funge la función de educador y su fin es resolver dudas y plantear soluciones de acuerdo al diagnóstico observado; este mismo evaluador puede ser un agente de éxito o fracaso en la

evaluación al tener incompatibilidad con la operación y sus ideales. La evaluación tiene 2 finalidades:

- a) Administrativas: Establece bases objetivas y justas los recursos humanos y así favorecer su comprensión y aceptación del personal.
- b) Estimulación: Estimular la capacidad de los trabajadores, corregir sus deficiencias, incitarlos a la mejora después de reconocer sus cualidades, características y puntos débiles.

Al evaluar la calidad, el objetivo es:

- Que se genere información útil para poder ser aprovechada e introducir las medidas que refuercen los aciertos y rectifiquen desviaciones encontradas en la evaluación.
- Seleccionar personal adecuado para el puesto.
- Conocer el desempeño de sus trabajadores.
- Detectar necesidades institucionales que se solucionen con una eficaz asignación del puesto.
- Disponer de información que sea base para tazar estrategias de mejora.

Las tareas para evaluar se subdividieron en indicadores para hacerlo más fácil y específico. Un indicador es una herramienta que sirve para sintetizar un aspecto particular cualitativo o cuantitativo de un objeto de estudio y su correlación con otro con el fin de observar y estar alerta de un acontecimiento, valorando sus puntos fuertes y débiles. En sí, son datos empíricos que describen la función de una organización y pueden responder a criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. Tiene dos características: síntesis y orientación en la toma de decisiones.

Su uso tuvo inicios en la economía y la administración europea mediante el método de inputs (entrada), throughputs (procesos) y outputs (salidas). En la

rama de Salud tuvo inclusión en Estados Unidos Americanos cuando quisieron medir la calidad entre un hospital y otro de tercer nivel ambos.

Quien evalúa los indicadores de calidad deben ser personas con conocimiento y con un grado académico superior ya que este profesional tiene experiencia y sabiduría de los procesos, entonces podrá aplicar medidas correctoras y preventivas.

Si tenemos conocimiento, experiencia y sabiduría, tenemos a personas competentes y bajo este parámetro se fijan los máximos niveles mediante medición de desempeño (orientación en la práctica y el proceso), productividad (calidad y cantidad) y evidencias de un conocimiento continuo (¿Qué? ¿Por qué? Y ¿Para qué?).

El proceso mediante el cual se va a evaluar lleva una serie de etapas inequívocas y necesarias para el fin necesario, son:

- Programación: En esta etapa se utilizan técnicas adecuadas para obtener evidencias del que, cuando y donde evaluar, mediante instrumentos validados confiables.
- Recolección de evidencias de desempeño laboral: Busca sistematizar los indicadores presentes en las evidencias laborales de los trabajadores para así emitir un juicio de las competencias del evaluado. Este apartado incluye un análisis socioeconómico, análisis curricular, un análisis de la organización donde se desempeña, la adaptación de los instrumentos conforme al contexto mediante pruebas paramétricas de validez y recolección de evidencia laboral con indicadores específicos que en la práctica hayan tenido buenos resultados.
- Interpretación y valoración de lo recolectado: En base a la competencia, lo que se busca en este apartado es que se analice la información para saber si los estándares prefijados se lograron por un trabajador o un grupo, que déficit hay aun y que pueden ser áreas de oportunidad. El evaluador debe ser una persona hábil capaz de integrar la información recolectada con los

requerimientos de la unidad y resaltar las áreas de oportunidad y a trabajar sobre ello.

Tal es su importancia dentro de una organización, que se determina como una necesidad, algo fundamental para dimensionar la capacidad de una cosa, persona o equipo, así como dimensiona un problema que aceche y en un futuro sea un riesgo. Las situaciones que con más frecuencia deben de evaluarse son técnicas y procedimientos ya que impactan directamente en la productividad de una organización. En el ejercicio de la enfermería, es una pieza clave dentro de todos los procesos administrativos y de gestión, en la resolución de problemas y en la calidad de los procesos.

La forma adecuada de seleccionar las evidencias que aportan a mi objetivo, es decir que lo miden adecuadamente es en base a 4 aspectos:

- **Frecuencia:** Se refiere a la periodicidad, se deben considerar factores personales y excepcionales (referidos a la seguridad del paciente, equipos, medio ambiente, calidad del producto y eficiencia productiva).
- **Complejidad:** Se selecciona material que vaya enfocado a evidencias con variables interdependientes para priorizar, identificar cuestiones que ameriten acciones inmediatas y establecer criterios de gestión y técnicos.
- **Costos:** se enfoca en la búsqueda de actividades que se relacionen con la responsabilidad del manejo de recurso material, humano, tecnológico e instrumental.
- **Consecuencias:** Hace referencias a las cuestiones que tengan impacto en los resultados, mismos que reflejan la calidad del trabajo y productividad.

Existen varias técnicas para recolectar evidencias que van desde observación directa, observación indirecta, análisis de productos, análisis de documentación y entrevista. El elegir uno u otro depende de lo que se desee saber o analizar y se enfoca en las necesidades de la evaluación, define puntos críticos a considerar y ve las condiciones adecuadas para realizar: En ocasiones

suelen mezclarse varias técnicas para evaluar una situación, entre estas observamos:

- **Observación directa:** Esta evaluación suele llamarse en el ámbito laboral como examen práctico e incluye la observación del desempeño de actividades en un ambiente real, para así observar cual sería el verdadero resultado cuando lo realice. Las rubricas utilizadas para evaluar el desempeño se guían en el proceso productivo, es decir si se realizó correctamente un proceso o procedimiento, si se llevaron a cabo las tareas bajo la normatividad del área y la eficacia con que se realizó. Los resultados pueden tener un sesgo, ya que al emitir un juicio de lo hallado, se suelen dejar de lado ciertas actitudes o habilidades ya que se busca evaluar a la persona bajo un modelo del evaluador, dado esto, el evaluador debe ser una persona neutral que valore las competencias de la persona, que sea claro en lo que desea hallar y que sea minucioso al evaluar.
- **Situaciones organizadas al efecto de su observación:** En este ámbito se incluyen situaciones en las que es necesario crear un instrumento o escenario para evaluar alguna competencia en específico. En esta podemos encontrar 4 tipos exponentes de la categoría que son simuladores (Se aproxima al escenario más real sobre todo en aquellas situaciones donde no es posible aplicar la tarea en directo y para evaluar cómo se resolvería cierta situación).
- **Situaciones simuladas:** Se emplea en situaciones donde no es posible evaluar en una situación directa para evitar un riesgo en el paciente, evitar costos innecesarios, evitar actividades que desencadenen consecuencias futuras o cuando no se puedan observar en su totalidad las características con una persona. Para realizarlo, se pueden utilizar software, simuladores, ejercicios prácticos, proyectos especiales ajustados a una situación y juegos de roles.
- **Resolución de problemas:** Esta situación reúne un grupo de variables para calificar un conocimiento o habilidad desde la perspectiva gerencial/productiva en búsqueda de: analizar de manera integral y sistémica

un proceso, identificar la parte legal, técnica y metodológica de una determinada situación e identificar causas y efectos. Los problemas para plantearse deben ser lo más reales posibles, similares a una realidad y que estén dentro de un contexto laboral acorde a lo que se está calificando: Todo ello permitirá resolver problemas mediante la recolección de evidencias y evaluación de la gestión del tiempo.

- Estudios de casos: Caracterizada por describir de manera minuciosa una cosa o situación; requiere de varios participantes y estrategias que lleven a la solución de un problema identificado, lo cual da como resultado (al incluir varios actores) tener una disciplina multidisciplinaria. Sus resultados identifican áreas de oportunidad donde se crea e innova para mejorar.
- Ensayos: Esta redacción implica un análisis completo de la situación o proceso, mediante una evaluación exhaustiva de evidencias e información que lo conllevan, buscando identificar ante todo la calidad del sistema; amerita usualmente una investigación experimental donde se debe realizar el proceso para verificar puntos de excelencia y error. Los ensayos pueden ser de tipo destructivo (Cuando un material queda inutilizado para próximo uso ya que se buscan identificar las resistencias mecánicas) y no destructivos (Cuando no se aplican cambios al material ya que suele solo observarse el proceso sin intervenir).
- Análisis de productos: Se utiliza cuando se requieren evidencias de carácter concreto, para objetos o situaciones reales (cosas impresas como planos, registros, diseños, maquetas, etc.)
- Análisis de documentación: Los documentos también suelen ser un producto de productividad y estos mismos se deben ser examinados en todos sus componentes en cuanto a orden, partes, concisión, especificidad, validez o características relevantes para el fin
- Entrevista: Propone información personalizada de modo directo de determinada información que no son posibles de observar. Se pueden utilizar para este caso listas de cotejo, escalas de estimación o preguntas.

Como se expresó en el capítulo de validación de instrumentos, el tipo de herramienta que elijamos debe tener características para poder aplicarse y así obtener la información clara y precisa que se requiere. Entonces, un elemento de evaluación debe tener validez y confiabilidad, representante de la información y objetivo, lo anterior con el fin de obtener un instrumento de registro transparente y que soporte una evidencia.

Elegir uno u otro instrumento para evaluar, va a ser de acuerdo a lo que decidamos indagar, las circunstancias en las que nos encontramos para realizarlo y cuál es la técnica más relevante. Como nota importante, se debe tratar de incluir en un solo instrumento los elementos en su totalidad a evaluar, evitando descripciones desagregadas que puedan generar un sesgo de datos; las preguntas deben abordar la información de manera comprensible y pertinente.

Los instrumentos más característicos que se elaboran para evaluar son las listas de cotejo o check list, así como las escalas de medición. Las listas de control, cotejo o check list (Figura 8), son una serie de indicadores que se busca constatar, sus enunciados pueden ser afirmativos, negativos o interrogativos, y se emplea principalmente para evaluar: tareas, procesos, características o conductas. La escala de estimación o también conocida como tipo Likert (Figura 9), son una serie de categorías en las cuales el evaluador va a colocar su respuesta, elegirá solamente una opción en base a la postura que toma acerca de ese tema; usualmente es graduada, es decir va de forma descendente o ascendente, y puede ser escala continua (numérica) o discreta (aproximativa); es relevante que en cualquier instrumento donde se utilizan escalas de estimación, se coloque una breve descripción de cómo se debe de utilizar o realizar la elección de respuesta para evitar pérdida de información o respuestas erróneas que no se están buscando; La escala estipulada, debe ser representativa de lo que será calificado, calificando únicamente lo que se desea saber y no más pues de lo contrario pierde precisión, y en cuanto a la cantidad lo correcto es entre 4 de acuerdo a He y Von de Vijer (2015) a 7 categorías de acuerdo con Finstad

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

(2010). En el caso de la presente investigación se utiliza una serie de ítems, evaluados en escala tipo Likert.

Figura 8

Lista de Verificación utilizada en Salud

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente

Antes de la inducción de la anestesia (Con el enfermero y al anestesiólogo, como mínimo)

- ¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?
- ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
- ¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
- ¿Se ha colocado el pulsoxímetro al paciente y funciona?
- ¿Tiene el paciente... Alergias conocidas? ... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? ... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

Antes de la incisión quirúrgica (Con el enfermero, el anestesiólogo y el cirujano)

- Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función
- Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento
- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
- Prevención de eventos críticos: Cirujano, Anestesiólogo, Equipo de enfermería
- ¿Pueden utilizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Después de que el paciente salga del quirófano (Con el enfermero, el anestesiólogo y el cirujano)

- El enfermero confirma verbalmente: Encuentro del procedimiento, Recuento de instrumentos, gases y agujas, Etiquetado de las muestras (cartón de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente), Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
- Cirujano, anestesiólogo y enfermero: ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

Fuente: Lista de verificación de la seguridad de la cirugía (OMS, 2012).

Figura 9

Ejemplificación de las escalas de estimación

P33 En relación con el último profesor que te ha dado clase, ¿en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

(Por favor, marca sólo una casilla en cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
a) Mi profesor nos avisa de que tenemos que trabajar duro.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b) Mi profesor nos proporciona ayuda extra cuando es necesario.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c) Mi profesor ayuda a los alumnos con su aprendizaje.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d) Mi profesor da a los alumnos la oportunidad de expresar sus opiniones.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Fuente: Escala tipo Likert (Formación Inter; Consultado 2021)

Relevante mencionar, que las preguntas deben representar el conocimiento que deseamos obtener y como se relacionan con el criterio que vamos a juzgar, siendo redactadas y ordenadas de la siguiente manera:

- Que describan... las características específicas
- Que comparen... las semejanzas y diferencias entre más de dos objetos o ideas para emitir un criterio
- Que defina... con precisión
- Que resuma... un tema respetando siempre la cronicidad, idea y lenguaje apropiado
- Que analice... las partes esenciales, particularidades y sinergias relevantes
- Que relacione... las conexiones causales lógicas en busca de un origen
- Que infiera... más allá de la interpretación, una conclusión
- Que interprete... aspectos fundamentales para comprender el significado de algo
- Que juzgue... de manera crítica, una inferencia bajo un sustento para rechazar o apoyar una postura
- Que sintetice... lo esencial a modo de obtener lo que el investigador necesita
- Que identifique... los supuestos del tema
- Que clasifique... en estratos o categorías según criterios.

Las preguntas abordadas pueden ser semiestructuradas (elaborada con un propósito definido, representando la postura del investigador y usualmente de tipo abierta), estructurada (admite una única respuesta posible, con respuestas establecidas o de opción múltiple , son rápidas de responder y ofrecen una estabilidad en respuestas), de respuestas por pares o correspondencia (representadas en columnas en las cuales el evaluado debe relacionar el contenido de ambas columnas de acuerdo a la orden estipulada , denominando premisa a la primer columna y respuesta a la segunda columna), de respuestas breves y acoplamiento (enunciado incompleto que se debe completar con las

respuestas dadas, hecho por el cual solo exhibe una respuesta posible), alternativas constantes (representadas con preposiciones con respuestas de tipo dicotómico, por ejemplo: si, no; falso, verdadero; etc. Son respuestas usualmente contrarias), de ordenamiento (se basa en el orden jerárquico, la información mostrada se debe de colocar en postura cronológica, lógica o por prioridad), Varias preguntas con una base común (A partir de una información dada, se generan varias preguntas por responder, mismas que usualmente son de opción múltiple).

Escalas tipo Likert

La idea surge en 1932 con Rensis Likert (1903-1981), quien publica un informe acerca de la medición de actitudes, inicialmente los ítems que la acompañaban se dividían en dos posturas, las de postura acorde y en contra, entonces la escala buscaba dar una respuesta. La escala tenía un punto neutral y puntos iguales a la izquierda y derecha en desacuerdo y acuerdo con puntuaciones de 1 a 5 de forma vertical comúnmente.

Actualmente, estas escalas psicométricas constituyen un instrumento predominante en las ciencias de la salud y sociales que también nos atañen, ya que son de fácil manejo y acortan tiempos en la obtención de resultados de calidad. Tienen inferencia en enfermería dentro de sus 4 áreas de desempeño, en la evaluación del usuario con la parte asistencial, con la evaluación del profesional en cuanto a conocimientos, habilidades y destrezas en la parte docente, en la seguridad de los procesos con la parte gerencial y en la búsqueda de conocimiento con la investigación, formando una herramienta esencial en la rama.

De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y citado por Matas (2017), “La idoneidad de un proceso de investigación en función de las necesidades de los usuarios” se refleja en los resultados, los cuales deben tener precisión, oportunos, accesibles,

interpretables y coherentes para que se puedan usar estos mismos resultados en beneficio, situación que nos las da el uso de escalas de estimación.

Como bien lo mencionábamos en las escalas de estimación, el encuestado emite un juicio sobre una afirmación, reactivo o ítem por medio de una escala ordenada.

Existen varias posturas acerca de su uso desconsiderado, pues algunos autores como Dawes (2008) y Adelson y McCoach (2010) refieren que la información medida hoy en día es muy sensible y puede estar siendo medida infra o supra valorada, así como que no hay un formato estándar de las escalas que pueda coadyuvar a la estandarización del instrumento y provocar sesgos.

En cuanto a los sesgos, hay recomendaciones para evitarlos, tales como:

- Agruparse en 4 (He y Von de Vijer, 2015) para evitar que el evaluado elija alternativas neutrales que no nos arrojen respuestas
- Tipología de respuesta: ambivalente (opción intermedia por postura neutral o por indecisión), indiferente (no se implican de forma racional) o aquiescentes (lo socialmente aceptable).
- Redactar correctamente los enunciados
- Falta de conocimiento acerca del tema abordado por parte del evaluado
- Identificar personas que tengan recelo a exhibir cuestiones personales
- Falta de familiaridad con el uso de este tipo de instrumento.

5.2.2 En capacitación

La importancia de realizar evaluaciones recae en la continuidad del proceso y su sistematización, siguiendo una serie de etapas con diversas técnicas y estrategias que cumplan el propósito que buscamos. En la aplicación, se deben de considerar algunas situaciones al realizar la evaluación con personas, como:

- Su historia laboral
- Cultura organizacional
- Características del evaluador, el evaluado y los objetivos de la organización
- El modo de interpretación.

De modo que no solo se puede aplicar un instrumento determinado para medir cierta característica sin contemplar el contexto de la población donde se encuentra o el impacto de sus resultados, el instrumento se debe de adaptar a la población y no en viceversa. Para el trabajador, la evaluación tiene como objetivo:

- Retroalimentación adecuada al darse cuenta de su situación real.
- Motivar al personal al cambio de actitud y aptitud para hacerlo más eficiente, eficaz y productivo.
- Conocer los aspectos positivos y negativos que repercuten en la comunicación efectiva con sus jefes.

La autoevaluación forma parte de la evaluación del personal y consiste en juzgar sus propios logros respecto a sus tareas para saber en qué debe mejorar y que reforzar. Solo es aplicable a personas con un alto nivel de conciencia, es decir que son autocríticos e introspectivos y se recomienda aplicarla a aquellos profesionales con un alto nivel jerárquico.

Para la empresa, la evaluación:

- Ayuda a la selección del personal con buen desempeño.
- Aporta en la asignación correcta de recursos.
- Implanta un inventario de actividades que se realizan en cada puesto.

Aplicado a la educación:

- Evalúa el sistema educativo de la organización, la administración de los recursos y el cuerpo docente.
- Califica los procesos de enseñanza-aprendizaje.
- Mide la participación estudiantil y su rendimiento.

La evaluación ayuda a mejorar tanto a profesionales, organización y al mismo tiempo el sistema de salud. Recordemos que a nivel interno se debe pugnar por la calidad de los procesos en la cual intervienen el desarrollo de estrategias, toma de decisiones y asumir riesgos, cuestiones que sin una evaluación previa no se lograrían.

Por lo tanto el aprendizaje organizacional adquirido, está basado en un complejo colectivo de saberes que debe tener todo el equipo para poder dar pasos en una misma dirección, conocido como Cultura organizacional. Robbins y Judgey (2009) destacaron 7 características de la cultura organizacional y señalaron su importancia para medir el rendimiento individual y colectivo en la empresa, estos son: innovación, orientación a los resultados, orientación a las personas, orientación a los equipos, minuciosidad, agresividad y estabilidad. Peter (1999) citado por Marín y Velasco (2001), mencionan que: “Aprender es aumentar la capacidad mediante experiencia ganada siguiendo una determinada disciplina, genera conocimiento que dura, aumenta la capacidad para la acción eficiente de quien aprende”; es por ello por lo que ya mencionado por otros autores y reconocido en esta misma investigación, el conocimiento es el pilar fundamental de toda organización.

5.2.3 En enfermería

El gremio se ha rodeado desde sus inicios por la evaluación, pues en el proceso de mejora de los proceso, ha habido una tendencia a identificar como

podría mejorar algo haciendo un comparativo del antes y después. A través de los años han surgido grupos que le dan importancia a evaluar el desempeño de los profesionales de enfermería, sin embargo no hay un criterio unificado de lo que se debe de evaluar, encontrándolo desfragmentado en varias áreas.

En México se necesita de unificar los criterios de evaluación basados en estándares de calidad de los procedimientos en salud, que vaya dirigido a todas las líneas jerárquicas organizacionales, para que tenga un verdadero impacto. Entre los más destacados del gremio, la CPE (Comisión permanente de enfermería) se fundó con la intención de participar en la integración de un Sistema de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud y proponer instrumentos y herramientas para contribuir con sus propósitos; Coadyuva con los programas de mejoramiento continuo de la calidad de la atención de los servicios de salud, en el desarrollo de recursos humanos, en la investigación en salud y en el desarrollo de acciones para la profesionalización del personal de enfermería.

Para que un profesional se capacite continuamente, existen factores que influyen en el proceso y hay que identificarlos antes de que se conviertan en una barrera del conocimiento y los resultados sean a favor del usuario. La capacitación debe llegar a todos los integrantes de la organización sin importar antecedentes socioeconómicos, étnicos o lingüísticos.

Es de suma importancia que los líderes de las organizaciones de salud tengan instrumentos que puedan aplicarlos a sus empleados para así determinar las necesidades reales, sin embargo los líderes se enfocan a lograr las metas estipuladas por organismos superiores o metas internacionales y no se dan la tarea de indagar su entorno, lo que requiere, lo que necesita e incluso desperdiciando talento humano.

Las investigaciones hechas acerca del tema se enfocan en medir el aprendizaje o la calidad de manera separada y no como el aprendizaje del cuidado como dominio central, la evaluación en las instituciones ha pasado de ser una herramienta en su favor a actuar más por estatus o requisito y no como

un elemento que genere resultados que puedan ayudar a mejorar al profesional o a la organización, y las necesidades del trabajador son poco consideradas. Ciertamente, en la literatura hay instrumentos que miden factores que influyen en que el profesional se capacite o no, pero están enfocados solo a una dimensión del problema y no uno en general dejando sesgos que pudiesen tener la respuesta del porque el personal no se capacita. Algunos modelos como “Cuestionario de estrategias de trabajo autónomo (CETA)” diseñado por López M. en 2010 o “APPRAISAL” que es una valoración total de la persona de acuerdo al estándar prefijado son ejemplos de aquellos instrumentos que tratan de medir en general al profesional pero se enfocan en la motivación y organización solamente.

Para que una institución tenga resultados confiables necesita hacer pruebas anuales desde el ingreso del profesional al área laboral para saber que cambios ha habido en su situación y si la organización y la persona han tomado las estrategias correctas para mantenerse capacitado y a la vanguardia. Para los profesionales que presenten bajo desempeño constante en evaluación de conocimiento, deberían ser capacitados de manera inmediata y para los que cumplen el papel de docentes (jefes de enfermería y enseñanza) deberán tener un nivel académico superior para poder orientar a sus empleados.

Los métodos o técnicas más usuales para evaluar en el ámbito de la salud son: entrevistas, cuestionarios, expediente clínico, resultados de programas y estrategias, satisfacción del paciente, estadísticas de eventos adversos, centinela o quasifallas, pero no surge una observación directa que indique si es real lo que se imprime en la hoja comparado con la práctica.

Recordemos que esta situación problemática mencionada no es algo extracurricular, más bien forma parte del proceso administrativo en todos sus etapas: en la etapa de planeación mediante la valoración de necesidades de capacitación; en la organización con la distribución de temas requeridos durante el año y su aceptación por parte del público interno y externo; en la dirección con la estrategia correcta para evaluar si el aprendizaje adquirido se está

implementando en la práctica; y en el control con la comparación de los resultados obtenidos. Es una tarea ardua pero que pocas instituciones realizan, y es que la evaluación de los resultados con los profesionales directamente, difícilmente se da, y es cuando hay un evento adverso, centinela o cuasi falla, que se visualizan los déficit de la organización.

El éxito de una evaluación, es decir que se tengan resultados mayores al estándar, va a depender de circunstancias como:

- La relevancia del profesional dentro de su organización
- Tener programas de capacitación con evaluaciones cuantitativas y cualitativas.
- La diferencia de conocimientos debido a múltiples establecimientos formadores de enfermeras.
- Ausencia de supervisores que vigilen que los procedimientos de enfermería se lleven a cabo adecuadamente.
- Los líderes no tienen arraigada la evaluación como parte del control administrativo.
- No se aplica una metaevaluación al final de una evaluación para medir su eficiencia.

Bien se podría implementar parte de la evaluación aplicada a la educación en México a la Salud, enunciados puntuales como:

- Un organismo regulador que le corresponde la evaluación
- Corrección inmediata de desviaciones identificadas
- Autoridades de las organizaciones participan en la actualización e integración de los expedientes evaluativos buscando satisfacer las necesidades de los trabajadores
- A partir de las evaluaciones se realizan estrategias, planes y programas de estudios distintos y acorde a las necesidades

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

- Ejecución de programas de inducción al puesto con el fin de orientar al trabajador en las necesidades y objetivos de la organización
- Búsqueda de superación de los estándares
- Promoción de la investigación como base de la innovación
- Diseño y aplicación de instrumentos de evaluación necesarios para evaluar la calidad del aprendizaje y los resultados de su aplicación (CENEVAL).
- Aprovechamiento del monto destinado a la actualización del profesional
- Favorecimiento de tiempos para capacitarse.

Una línea destacable actualmente, es el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), el cual nace en la escuela de Medicina de Western, Estados Unidos Americanos y en la Universidad de McMaster en la década de los sesenta. Su objetivo es mejorar la calidad de la educación orientándola a problemas de la vida real donde el evaluado aplique conocimientos en la resolución de una situación creada. Es una nueva forma de aprendizaje ya que no muestra patrones repetitivos e incluso puede ser partidario del aprendizaje autónomo, ya que los conocimientos con los que cuente el profesional serán los que busquen soluciones, haciendo también en el evaluado una autoevaluación de los conocimientos que requiere adquirir para ser más resolutivo. Aplicado en los cursos de capacitación en el área de enfermería, se comenzaría con la generación de un problema en el cual los participantes busquen información necesaria para plantear una solución; este modelo incluso genera la activación de un sistema de defensa y supervivencia corporal al buscar una solución, también emociones de alegría al ver satisfecha su necesidad de autorrealización al generar ideas resolutivas. Muy probablemente no se logre un cambio de sistema total, pero si su inclusión paulatina en el área en pequeños grupos de colaboración multidisciplinarios que den diferentes perspectivas en base a su experiencia. El ABP tiene el sustento de la teoría del aprendizaje humano y de la teoría constructivista, siendo sus principios básicos:

- La comprensión de una situación real en base a la interacción con el medio
- Estimulación del aprendizaje por medio del conflicto cognitivo que se genera al enfrentar una nueva situación
- Mediante el reconocimiento y aceptación de procesos sociales, así como de interpretaciones individuales, generar un nuevo conocimiento.

Y es que desarrollar un ABP, estaría colaborando con el desarrollo del pensamiento crítico, situación que de acuerdo a Patricia Benner y su teoría de Aprendiz a Experto, se genera a partir de que un profesional adquiere conocimiento y experiencia en su práctica. De acuerdo al pensamiento crítico, el personaje que aprende está comprendiendo y profundizando un conocimiento en vez de memorizarlo sin ligarlo a otros aspectos o ver un problema de forma integral.

5.3 Capacitación continua

El capacitarse continuamente, es un proceso educativo que acompaña al ser humano desde su origen para descubrir nuevas cosas y aplicarlas en su vida, es un hecho que aporta sabiduría y satisfacción personal. Sin embargo, para acceder a ese nuevo conocimiento, se requiere de estrategias y herramientas que permitan asimilar información.

Enfermería ha trabajado en su persona, construyéndose como profesional, pero también ha tenido un reto personal al construir un ser lleno de conocimientos que se adecua a cada persona a quien le proporciona el cuidado, cada persona es diferente y no puede estandarizar el cuidado, probablemente el procedimiento pueda implementarlo mediante una serie de pasos a seguir, pero el contexto, lo que significa cada persona, le da su toque especial a cada persona que toca la vida de una enfermera.

Es gracias al ejemplo de vida de trabajo arduo de los antecesores de enfermería, que se ha establecido la figura de un profesional como alguien que

debe estar en continua construcción para satisfacer tanto sus objetivos personales, como los de los usuarios y ¿Cómo debe prepararse? Mediante capacitación continua, destacando que el profesional de enfermería sabrá qué necesidad de conocimiento tiene y buscara satisfacerla buscando un tema afín.

5.3.1 Generalidades

El aprender se puede dar en cada persona de distinta manera de acuerdo a su estilo de aprendizaje, en ella intervienen rasgos cognitivos, afectivos, fisiológicos, preferencias por el uso de los sentidos, ambiente, cultura, psicología, comodidad, desarrollo y personalidad. De acuerdo a David Ausubel (1983) el aprendizaje puede ser de dos maneras:

- Mecánico: No integra los conocimientos en el trabajo cotidiano (El más frecuente).
- Significativo: Le da un sentido a lo que se aprende para integrarlo en el trabajo diario.

El aprendizaje (del latín *apprehendere*) es el proceso de integración de conocimientos, habilidades y actitudes para conseguir cambios o mejoras de conducta. Parte del conocimiento previo adquirido o experiencia para darle un nuevo sentido al que ingresa. Cuando es autónomo la persona es autodidacta y adquiere conocimiento mediante habilidades personales como la planificación de tareas, profundización en temas clave, organización del tiempo, automotivación y estrategias de ampliación. El cómo percibe la persona determinara su estrategia y el método de aprender pero debido a que cada institución genera sus formas propias de enseñanza hay que ser flexibles y experimentar otros métodos de aprendizaje.

Bateson (1994) Describió los niveles de aprendizaje en las organizaciones laborales o con un gran número de empleados:

1. Asimilación: Adopción de un comportamiento para ajustar el vínculo entre el individuo y la organización, adoptando rutinas que den estabilidad sin ser necesaria la reflexión de lo realizado.
2. Reflexión: Lo aprendido no es un nuevo hábito, si no otra forma de relacionarse con el entorno y al mismo tiempo que corregir su nivel anterior.
3. Difícil y raro: Análisis del contexto mismo que le permite evaluar los comportamientos que desearía cambiar de manera autónoma y automática.

Por lo anterior, toda organización debe capacitar a sus integrantes para favorecer el crecimiento personal como el organizacional. La capacitación continua tiene por objetivos:

- Brindar al profesional competencias adecuadas para desempeñarse en su puesto.
- Adaptar al profesional a los cambios sociales en materia legal, laboral, técnica, tecnológica y económica.
- Motivar al profesional a profundizar en los temas brindados.
- Despertar el compromiso con su rol social ante la sociedad del profesional.
- Promover una cohesión grupal del gremio.

Para que la capacitación continua tenga el impacto deseado, se debe plantear el proceso educativo en 5 etapas:

1. Diagnóstico: Determinar las necesidades educativas de la población para saber a qué público estará dirigida la enseñanza, las condiciones necesarias para brindarlo y los factores que influyen en el proceso de capacitación.
2. Planeación: A partir de un diagnóstico previo de necesidades, trazar estrategias a favor de determinar lo que se va a enseñar.
3. Diseño: Metodología equilibrada entre lo que menciona el capacitador y lo que muestra (diapositivas, lluvia de ideas, pizarrón, tácticas, etc.).

4. Implantación: Aplicación de la estrategia para resolver necesidades expuestas en el diagnóstico.
5. Evaluación: Análisis del éxito de la estrategia educativa y a través de los resultados.

5.3.2 Tipos de capacitación

No hay un consenso de la clasificación de los tipos de capacitación, sin embargo se pueden clasificar de acuerdo a:

- Formal e informal: El lugar y organización que capacita
- Interna o externa: Dentro o fuera de una organización
- Financiamiento: Si paga la organización o es autofinanciada
- Profesional y no profesional: Antes o después de obtener un título profesional
- Presencial y no presencial: Si se acude a la unidad o a distancia por medio de un medio electrónico como las plataformas digitales.

La situación desencadenada por la Pandemia del Covid-19, desarrollo a pasos agigantados el uso de aparatos electrónicos y plataformas digitales para adquirir conocimientos, ya que sirvió de barrera para evitar el contagio en espacios conglomerados en los que usualmente se brindaba la capacitación; acercó a personas tan distantes y de diferentes países, conociendo sus usos y costumbre por medio de contenido visual, y también dio oportunidad de adquisición de conocimiento a aquellas personas con tiempo insuficiente o con numerosas actividades que le impedían salir a un medio externo para buscar conocimiento.

Cabe destacar que como se ha mencionado antes, no debería haber hechos como el suscitado por emergencia sanitaria para capacitarse en algún conocimiento, el profesional debería estar acostumbrado a nutrir su sabiduría continuamente sin necesidad de verse obligado para aprender.

Sin duda una situación sin precedentes lo que se vivió y vivirá por la situación pandémica, sin embargo demostró que aun en esos escenarios, las personas pueden adaptarse y ser resilientes para buscar satisfacer sus necesidades.

5.3.3 En enfermería

En el contexto de la capacitación, hasta 1893 que se definió a la Enfermería como una profesión que necesitaba de capacitación, situación impulsada en la exposición colombina del rol predominante de la mujer, donde una serie de congresos impulso la discusión del impacto de los conocimientos en asuntos de atención de salud. Como parte de uno de los congresos realizados donde la enfermería figuraba como la segunda generación educativa, Florence Nightingale envió un artículo titulado “Enfermería para los enfermos y enfermería para la Salud” de donde se partió para determinar el futuro para la profesión, que se definió en transcendencia. Hoy por hoy, se han logrado destacables avances en el área, sin embargo no se ha logrado ser resiliente en el ámbito del cambio, cambio como profesión autónoma y crítica; En México, hay pocos pero significativos registros de esa lucha que se vivió contra el área médica para independizarse como profesión.

Por años el proceso de aprendizaje de la enfermera se ha basado en el conductismo, el cual se basa en modificar conductas en la persona y su fundamento teórico mediante estímulo-respuesta, es decir por recompensas. En esta corriente conductual es común ver el aprender mediante repetición y esencia autoritaria, sin embargo, este modelo no ha permitido que la enfermera sea crítica y analítica ya que solo sigue secuencias. Skinner fue el descriptor de este proceso.

Del otro lado tenemos al constructivismo que es una teoría pedagógica descrita por Lev Vygotsky (1978) en la cual destaca la importancia de la

enseñanza mediante el análisis y el pensamiento crítico para obtener un aprendizaje significativo, partiendo que el conocimiento se construye de la experiencia. Esta corriente sería la más adecuada para la capacitación continua sin embargo, la enfermera persiste en el aprendizaje de seguimiento de patrones y pocas veces relaciona la calidad del cuidado con su pensamiento y análisis crítico.

Durante las capacitaciones continuas en enfermería surge un aprendizaje y es de suma importancia que este sea significativo y aplicado a la práctica, pero el no tener una infraestructura, entorno favorable social y autoconfianza, genera que este conocimiento no tenga valor y sea obsoleto.

La capacitación continua es el proceso de enseñanza - aprendizaje activo y permanente destinado a construir la base educativa y de experiencia de los profesionales, así como desarrollar las aptitudes del trabajador para que desempeñe mejor su trabajo ya que lo mantiene a la vanguardia; por medio de esta, se descubren o desarrollan talentos, se aviva la creatividad del individuo y se aumentan habilidades. Actualizar los conocimientos surgió de la necesidad de aumentar la competencia y fomentar el autodesarrollo en la organización, toma en cuenta determinantes sociales, socioeconómicas y culturales. Los profesionales de enfermería tienen derecho y obligación ante la sociedad de su capacitación continua ya que tienen la responsabilidad de salvaguardar la vida, iniciando este proceso de forma autónoma al final de sus estudios básicos.

En su educación, como en la continuidad del conocimiento, la enfermera ha tenido 3 principales corrientes pedagógicas para aprender: la tradicional (centrado en actualizar conocimientos sin secuencia establecida y con cursos esporádicos), la tecnicista (donde todo se aprendía en la práctica) y recientemente la pedagogía de la escuela crítica donde se busca enseñar en un modelo real donde se problematice el quehacer y colocando al aprendiz como el sujeto reflexivo constructor de su propio conocimiento y no solo el receptor.

El modelo de la escuela tradicional coincide con el actual en la educación de enfermeras mexicanas ya que los aspectos cognitivos son supervalorados y

los afectivos y culturales subestimados, separando teoría de la práctica como si fueran dos ramas distintas de una forma rígida e inflexible que frena la ejecución de acciones efectivas de cambio.

La necesidad de gestionar los cuidados dentro de una organización implica una modificación de los conocimientos de enfermería para desempeñar de manera eficiente, con calidad y con fundamento científico el cuidado. La capacitación continua en la organización pretende efectuar un cambio de conducta en los profesionales para mejorar la eficacia y compatibilizar los objetivos de aquellos con los de la unidad.

Hay que dar relevancia al hecho de que es una estrategia de fortalecimiento el tener personal actualizado y a la vanguardia y juega un papel central en la calidad del cuidado. La secretaria de Salud (México, 2012) expreso que “asegurar la calidad de la enseñanza a los recursos en formación se vuelve fundamental ya que es la piedra angular para hacer frente a la problemática de salud de la población y tener profesionales capacitados y especializados”. La jefatura de enfermería en conjunto con enseñanza son los encargados de dirigir y planear programas de capacitación para su área que incluya todos los temas que mejoren la atención otorgada a los usuarios.

Las instituciones de salud usualmente brindan programas de capacitación enfocados en el manejo, tratamiento y control de enfermedades así como el acompañamiento de la persona en el duelo y muerte pero no a lo preventivo, esto debido a reformas y proyectos que le dan más prioridad a atender lo agudo de la salud.

Aunque está implícita en la mejora de los servicios de salud, la capacitación continua no es considerada como un pilar correlacionado a la calidad de la atención de enfermería. Los montos asignados a la capacitación del personal son menores a lo que se requiere o no son aprovechados en el fin previsto, no hay un proceso de evaluación que prediga el estado actual del trabajador o los que se realizan están enfocados a los resultados del trabajo y no a los posibles factores que podrían influir en que el personal adquiera

conocimiento o lo transforme; la capacitación se combina por función o categoría del profesional privando a los de nivel educativo menor de adquirir conocimientos y los cursos son poco motivadores y repetitivos.

Durante los cursos el conocimiento es evaluado mediante un examen previo y posterior al curso pero solo se considera aquello que el profesional pudo retener o es meramente teórico y no si al aplicarlo en la práctica es correcto o como le facilito la tarea el haber tomado el curso. La evaluación es más un requisito que un verdadero evaluador.

De acuerdo a Cevallos Vera (2015) la calidad es “El grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”, con lo anterior se observa que no se cumple un conocimiento de calidad brindado en los cursos de capacitación si después de e aprendizaje adquirido no se emplean estrategias de seguimiento en la aplicación práctica; Kotler, líder de General Electric (Cevallos Vera, 2015) afirmaba que en la calidad obtenida, va a asegurar que el usuario que recibe el producto le sea fiel y agradecido, defienda el nombre de la empresa fuera de ella y se mantenga un crecimiento de la productividad creciente, palabras que aplicadas a la salud, cobran vida ya que el usuario o paciente que es el que recibe el producto final de una organización mediante le cuidado recibido, será el evaluador real de todo un trabajo y estrategia de la unidad.

La calidad es algo inherente dentro de la capacitación continua, ya que se ve inmersa desde el inicio con la planeación de las necesidades de conocimientos de la organización, en el trayecto al implicar el aprendizaje y finalmente en los resultados. De acuerdo al control total de la calidad (Cevallos Vera, 2015) un sistema (que puede ser un hospital) que integra esfuerzos para desarrollar, mantener y mejorar la calidad del equipo, va a permitir que se entreguen mejores productos con alto grado de satisfacción; dentro de este hecho, contemplamos que no solo es mirar los resultados, si no ver el trasfondo de los hechos y comenzar a trabajar desde allí.

En la actualidad, la sociedad se ve inmersa en una serie de cambios y transformaciones constantes en todos sus ámbitos (económico, social, político, cultural y ambiental) a raíz del fenómeno de la globalización y por ello mismo el sistema de salud se enfrenta a una demanda de salud cada vez más compleja y costosa. Esta era está caracterizada por un avance tecnológico y en telecomunicaciones que elimina las barreras del acercamiento mundial, promoviendo el conocimiento en sitios tan remotos donde antes ni pensado se tenía que se tuviese acceso; sin embargo ante el crecimiento de disponibilidad de conocimiento, continua una brecha entre el saber y el hacer de los profesionales de enfermería ya que no es suficiente con conocer y estar a la vanguardia si no se es capaz de adecuarlo a la praxis.

La capacitación continua tiene el propósito de hacer frente a la carga global de la enfermedad, a remarcar el derecho a la salud, atender en un margen transcultural tomando en cuenta las constantes corrientes migratorias, dar acceso a la salud a lugares remotos y atender las necesidades suscitadas en el plano real.

Si bien no se le puede obligar a enfermería a capacitarse, es una responsabilidad moral y ética ante la sociedad ya que su descuido puede provocar daños a la salud de la población.

Entender que la capacitación continua es un proceso inagotable en la formación del personal es el principal paso para el crecimiento de enfermería.

5.4 Enfermería

El ser de enfermería es el cuidado, mismo que es la acción de suplir de manera parcial o total lo que la persona por sí sola no puede, incluyendo la enseñanza, promoción, prevención, mantenimiento de la salud y acompañamiento en la etapa de pérdida o duelo.

En sus inicios, enfermería se caracterizó como un personaje físico y emocional, tornándose la compasión como una característica de la persona; Al

tener un papel subordinado debido a las ideologías de género y estratos sociales, el cuidado se le encargo exclusivamente a la mujer como una extensión del rol femenino y de clase baja. Florence Nightingale comenzó a darle relevancia a la profesión y ya que esta pertenecía a una clase social alta, su influencia sobre la profesión es de notable relevancia, se dejó de ver a la enfermera como un sirviente más, incluso se puede decir que se comenzó el financiamiento I tener apoyo político para el desarrollo de la profesión; sin duda Nightingale construyo una imagen positiva de enfermería. En México no hubo una imagen social o defensora de la profesión, por lo que el estatus de la profesión no alcanzó el impacto necesario.

La persona a la que se le aplica el cuidado es el principal evaluador de dicha acción, otorgándole un estándar de calidad si se siente satisfecho. La satisfacción del paciente es el juicio de valor personal ante una exigencia de cubrir sus necesidades pero con la mejor atención posible. El usuario es autónomo y tiene derechos, sujeto que adquiere mayor relevancia si su estado de salud es más vulnerable.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

La calidad y la efectividad los servicios puede ser evaluada sobre criterios relacionados con:

1. Recursos físicos
2. Recursos humanos
3. Dotación de artículos de consumo
4. Organización
5. Proceso de la atención
6. Resultados de la atención

7. Relaciones humanas
8. Evaluación de la calidad de la atención a través del Expediente clínico

Enfermería se torna un pilar importante dentro de una organización al tener el dominio de los procedimientos que se realizan dentro y fuera de la unidad laboral, dando este personaje también el prestigio o no por su servicio brindado; el servicio brindado se tiene que realizar con calidad y para lograrlo se necesita una serie conjunto de características, entre ellas el conocimiento.

Se ha demostrado que hay una relación directa entre la capacitación continua y el mejoramiento de la práctica de enfermería en su productividad, prevención de riesgos, mejora del clima organizacional, satisfacción en el trabajo y mejor cuidado de enfermería, (Dodwel 1984, Barríbal, 1992, Sherwood, 1996).

Un cuidado mal aplicado puede provocar daños al usuario y a la organización tales como: eventos adversos, pérdidas financieras para la organización, deterioro de la confianza del usuario, así como la no satisfacción de los usuarios y de los profesionales de enfermería. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en el 2015, expuso que los eventos adversos sucedidos ese año, tuvieron de trasfondo los pocos conocimientos de enfermería.

Toda acción que amerite ser de calidad requiere ser medido con el fin de comparar un antes y después, los resultados y los cambios que pudieron suceder. Es necesario tener un sistema de evaluación que permita identificar las oportunidades, debilidades, amenazas y fortalezas, y de allí trazar estrategias de mejora.

La educación del profesional dentro de una organización refleja también la calidad del liderazgo mediante el desempeño de los profesionales, aquellos líderes que no tienen experiencia o formación necesaria para estar en un puesto de jefatura o en aquellos en los cuales incluyen en otros profesionales, no verán a la calidad de la atención como una prioridad y mucho menos relacionarán la enseñanza-aprendizaje con el impacto de la productividad hospitalaria.

5.5 Historia de la enfermería en México

El ser humano al ser productivo a través del trabajo se renueva constantemente y la actividad educativa es fundamental en su desarrollo.

La enfermería surgió de manera paralela a la existencia del hombre, al haber la necesidad de ser cuidado y de ayudar a los demás. Sin haber la medicina como tal, surgieron personas que brindaron tratamientos y cuidados con el fin de restaurar la salud de las personas mediante herramientas rudimentarias y remedios caseros aconsejados de generación en generación o descubiertos por ellos mismos mediante la experimentación. Cuando la humanidad se agrupó en tribus surgieron representantes encargados de los cuidados que fungían como brujos, hechiceros o curanderos, estos además eran consejeros y miembros del estado debido a su gran sabiduría y aporte a la sociedad.

A partir de la época cristiana el trato a los enfermos cambio al despertarse el sentimiento de compasión y fue mayormente profesada por órdenes religiosas y caritativas, sin embargo estas personas no tenían conocimientos técnicos y solo hacia lo que consideraba correcto. Dentro de esta época se define a la mujer como la principal persona que brinda los cuidados teniendo como tareas principales el cobijo, alimentación, administración de medicación, curaciones u otros procedimientos de baja complejidad a la persona.

En México, durante la época colonial ingreso un sistema de salud distinto ya que si bien en el país se ejecutaban tareas para tratar la salud, se abordaba mediante la herbolaria y métodos naturales como el temazcal. En el año 1524 Hernán Cortes fundo el primer hospital del país llamado “Hospital de la Limpia Concepción”, actualmente “Hospital de Jesús” que se dedicaba principalmente a tratar a los enfermeros de guerra.

Enfermería tuvo personajes destacables en distintos países, sin embargo fue Florence Nightingale en Italia durante el siglo XIX quien hizo presente a la enfermería en la sociedad, sentando las bases científicas, técnicas y

administrativas de la enfermería contemporánea. En México inicia con una falta de identidad y con pocos conocimientos, no se le consideraba algo importante y se asignaba la tarea de ser enfermera a esclavos, amas de casa, prostitutas y otros personajes como método de perdón o exigencia, incluso hay registros y relatos donde mencionan se le llaman sirvientes o se les daba una función con el nombre de “enfermera cocinera, enfermera sirviente, mandadera, de limpieza, etcétera” de acuerdo a su función.

Para la época de la Reforma, la educación seguía siendo considerada como inútil y las autoridades eran indiferentes a la formación de la mujer y, aunque ya se encontraba dentro de las áreas de estudio (oferta para estudiar docencia, trabajadora social, farmacéutica, enfermera y partera), definitivamente la enfermera era aquel personaje con menor peso. La orden de las Hermanas de la Caridad llegaron a dar un alza a la profesión de enfermería e impulsaron la educación en el sector de las personas que brindaba cuidados, con un alto sentido de compasión y humanismo; En 1874 las Leyes de Reforma que fueron realizadas para quitarle el poder a la iglesia sobre la económica y sociedad, y aunque el presidente en turno Benito Juárez García pretendía evitar la expulsión de las órdenes religiosas al ver el beneficio que tenían sobre la salud en México, la muerte le sorprendió, hecho que suscito la llegada al poder del presidente Sebastián Lerdo de tejada, quien sin titubeos expulso a las órdenes religiosas del país (incluyendo 355 mexicanas que se unieron a la congregación), haciendo la labor de educar aún más difícil debido a que los conocimientos eran adquiridos en la práctica mediante personas con experiencia en el campo y deteriorando la práctica del cuidado totalmente; Sor Micaela Ayanz quien era miembro de las Hermanas de la Caridad fue un personaje importante para la época, ya que en ausencia de personajes externos al país, se aboco en la atención de enfermería y junto al licenciado José Urbano Fonseca fundaron en 1845 el hospital de San Pablo, actual Hospital Juárez donde se buscó dar continuidad a la educación.

Los grandes avances científicos y tecnológicos llegaron también a México con la era industrial y el Porfiriato, identificándose por parte de las empresas la

necesidad de tener mano de obra calificada y actualizada que hiciera frente a los nuevos retos para elevar su productividad. A partir de 1896 los médicos de la época tomaron la iniciativa de capacitar a enfermeras mexicanas y contrataron a profesionales norteamericanas con el fin de educarlas.

En 1898 por decreto del presidente Porfirio Díaz se estableció la “Escuela Practica Gratuita de Enfermeros” ubicada en el Hospital de Maternidad e infancia y como requisitos para ingresar era que estuvieran trabajando en hospitales, amplia cultura social, sentimientos humanísticos, trato afable a los enfermos, instrucción primaria, adicionalmente en mujeres estudios de normal u obstetricia y en hombres tener cursos de preparatoria o haber trabajado en oficinas públicas. Aunque la escuela estaba destinada a ambos sexos no hubo hombres que desearan estudiar enfermería ya que ellos tenían mayor acceso a la educación y podían elegir otras profesiones que les dieran más prestigio. El matrimonio de Alfred y Lillie Cooper fueron quienes iniciaron este proyecto

Aunque se establecieron escuelas lideradas por diaconisas protestantes, las egresadas fueron en menor número, con la primer generación en 1903 en el Hospital del Buen Samaritano, Guanajuato. La educación formal del país inicia en el año 1905 en el Hospital General de México y para 1907 se considera el año del nacimiento de la profesión de Enfermería en México. Cabe destacar que el modelo educativo de la época era distante entre el alumno y el docente ya que al pertenecer a ramas distintas persistieron las jerarquías donde el medico seguía siendo su superior y la enfermera cumplía indicaciones, uno de los personajes que de acuerdo a los relatos obstaculizo la profesionalización de enfermería, fue el Dr. Eduardo Liceaga.

Se define enfermera (En femenino por la caracterización del personaje de la época) al profesional facultado de conocimiento que ejerce de manera legal y funge dos acciones fundamentales: el cuidado de la persona, familia o sociedad y la enseñanza de enfermería. Tiene un compromiso ante la sociedad ya que esta es su campo de trabajo y a cambio le brinda los procesos necesarios para

promover, mantener, recuperar su salud o acompañarlo en el proceso de duelo y muerte.

En 1908 la Escuela de Enfermería paso a formar parte de la Secretaria de Educación, en 1910 ya había un gran avance en el ámbito quirúrgico y en 1911 la Universidad de México aprueba que la carrera de enfermería se integre a la de medicina, lo que hoy es la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y donde se instituyo el primer plan de estudios profesionales de enfermería en la carrera de Enfermeras y Parteras con una conclusión en 4 años. El primer plan de estudios incluía en su mayoría materias del programa medico con el fin de ser un apoyo para estos y se agregaban talleres y cursos enfocados a la espiritualidad, el trato amable al enfermo y cultura. Cabe destacar que con las materias de cultura buscaban hacer de la enfermera un personaje más sofisticado y elegante, mas no con el fin de hacer que la enfermera abriera su panorama ante la situación real en la que se encontraba.

Comenzó la Revolución y complico en cuanto a educación y sobrecarga laboral a las Diaconisas; Posteriormente se decreta en 1917 la Constitución Mexicana que ordeno que la educación debía ser laica, situación que no concordaba con el modelo de las enfermeras protestantes, mismas que se fueron disipando hasta desaparecer.

1941 fue el año donde el primer curso de especialidad en pediatría surgió; en 1949 la escuela de Salubridad e Higiene estableció el curso de enfermera sanitaria con duración de un año enfocada a enfermedades transmisibles y epidémicas e higiene infantil, materna y escolar. En 1952 surge el primer curso de docencia para enfermeras instructoras con requisito mínimo de bachillerato, movimiento que impulso a crear más centros escolares de enfermería y a la renovación de los planes de estudios.

De 1961 a 1963 la ENEO tiene por primera vez en el cargo de Secretaria General a la enfermera Juventina Hernández Márquez, dentro de su participación se establecen equivalencias de revalidación de estudios y ex profesionales de

escuelas informadas a la ENEO. Durante el año de 1967 el consejo técnico de la ENEO autoriza cursos post básicos aprobados en 1968 y con los cuales se denota el avance científico, tecnológico y académico que fortaleció la llegada de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

En 1971 los cursos post técnicos se hacen realidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el fin de cubrir las necesidades de atención de la población.

Surgen a nivel mundial distintas teorías, notables de enfermería que crean modelos y teorías basados en su experiencia y cotidianidad creando patrones guías para las generaciones siguientes. De acuerdo a Carper (1981) la ciencia enfermera se nutre de 4 fuentes o patrones básicos de conocimiento: Empírico, Ético, Personal y Estético (Figura 10).

Figura 10

Dimensiones del Modelo de Carper de Conocimiento de Enfermería

DIMENSIÓN		EMPÍRICO	ÉTICO	PERSONAL	ESTÉTICO
Creativa		Describir Explicar Predecir	Valorar Clarificar Defender	Encontrarse Enfocarse Darse cuenta de.	Tomar parte de. Interpretar Previsor
Expresiva		Datos Teorías Modelos Descripciones para impartir comprensión	Códigos Normas Teorías éticas normativas Hacer descripciones de decisiones éticas	Yo: Auténtico y revelador	Arte-Acto
Evaluación	Pregunta Crítica	¿Qué es lo que representa? ¿Cómo es representativo?	¿Es correcto? ¿Es justo?	¿Sé lo que hago? ¿Hago lo que sé?	¿Qué significa esto?
	Contexto/Proceso	Replicación	Diálogo	Respuesta y reflexiona	Crítica
	Índice Credibilidad	Validación	Justicia	Congruencia	Significado consensual

Fuente: Patrones de Conocimiento de Carper (Escobar y Sanhueza, 2018)

Los programas actuales de enfermería dieron inicio en 1982 con énfasis en la investigación y con duración de dos años.

En 1984 Patricia Benner mediante el modelo de Dreyfus de adquisición y desarrollo de habilidades, centro el comportamiento de la enfermera ante cierta situación donde desarrolla habilidades y conocimiento, categorizándolos según su experiencia en 5 niveles:

- Nivel 1 “principiante o novato” aquel profesional que no tiene experiencia o se enfrenta a una nueva situación, es decir que se desenvuelva por primera vez en una situación no conocida previamente pero debe enfrentarse a esta.
- Nivel 2 “principiante avanzado” a la enfermera tiene experiencia aceptable y ha sido guiada por un tutor, puede demostrar un rendimiento acorde a la necesidad sobre algunos aspectos clínicos. Requiere profundizar en los temas que le causan dudas.
- Nivel 3 “competente” a aquel que ve, observa y analiza sus acciones y las convierte en metas u objetivos. El profesional posee la capacidad de imitar a sus iguales ante una situación real, comienza a identificar patrones para priorizar su atención y gestiona diversas eventualidades en la clínica.
- Nivel 4 “eficiente” La enfermera percibe la situación de manera integral siendo capaz de reconocer los aspectos más importantes a aprender con un dominio intuitivo; se siente más segura de sus conocimientos y destrezas y está implicada con la persona, familia y comunidad.
- Nivel 5 “experto” en el que la enfermera posee un completo dominio intuitivo que genera la capacidad de identificar un problema sin perder tiempo en soluciones alternativas, así mismo reconoce patrones y conoce a sus pacientes aceptando sus necesidades sin importar que esto le implique planificar y/o modificar el plan de cuidado.

Benner pone en manifiesto que la capacitación continua le da a la enfermera la experiencia suficiente para enfrentarse a la problemática en salud.

Los programas de Doctorado surgieron en 2001 como programa académico de la facultad de enfermería de Celaya, Guanajuato mediante un convenio con la Universidad de Riverao Preto, Brasil.

En el 2002 el “Programa de recursos humanos de la Organización Panamericana de la Salud” decidió impulsar la capacitación continua sobre la educación del personal de los servicios de salud, sin embargo su comienzo fue de manera tardía o contradictoria con la estructura tradicionalista educativa.

El discurso de la profesión es moderno pero su praxis es conservadora así como su patrón educativo que sigue siendo tradicionalista. Dentro de la sociedad la población no identifica a enfermería como un personaje autónomo, si no una prolongación de los médicos y principalmente tarea de mujeres. La imagen social percibida no es compartida por lo que la enfermera auto percibe.

Todos los sucesos han sido con el fin de tener profesionales competentes, con bases científicas, aptas, comprometidas y con un sentido humanista con el propósito de brindar un cuidado de calidad y aunque han existido resistencias ante los cambios planteados debido a que se tiene que modificar lo ya aprendido, la enfermera y su juicio crítico se han adaptado a los cambios en beneficio de la sociedad.

5.6 Conceptualización

La palabra “Enfermería” se la construido de elementos indispensables para definir a la gran profesión que conceptualiza, entre esos componentes encontramos al cuidado, autonomía, personas receptoras del cuidado y contexto.

Dentro de las definiciones más representativas podemos identificar a la de la OMS (2021), que menciona que el concepto enfermería “abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias”. Comprende las tareas para la promoción de la salud, prevención de

enfermedades y atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Para Jiménez (2016), es un “Conjunto de estudios para la atención autónoma de cuidado de enfermos, heridos, personas con discapacidad, siguiendo pautas clínicas”; cabría mencionar que es necesario separar las pautas medicas de las de enfermería para considerarlo autónomo.

Robles (2018) hace referencia a un concepto similar pero en vez de seguir pautas clínicas, menciona que debe ser en colaboración de la salud del ser humano, haciendo al receptor del cuidado un participante de su salud.

El Consejo Internacional de Enfermeras (2019) menciona que el profesional de enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos. Dentro de este concepto están incluidas algunas actividades específicas de enfermería, sin embargo las 4 áreas de desempeño de enfermería que son asistencial, docencia, investigación y gestión, siguen sin considerarse.

Uno de los conceptos más antiguos es el de Florence Nightingale que menciono: Poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él o ella. Vemos que desde ese aspecto, la persona ya era considerada como un ser importante en su propia gestión de la salud.

Las multidisciplinarias teorías creadas en torno a la profesión han definido a la enfermería en base a sus necesidades, concibiendo diferentes teorías aplicables a cada situación. No hay hasta mi punto de vista una definición completa ya que enfermería se incluye en muchas áreas de conocimiento y aplicación, pero si de algo se tiene seguridad, es que la profesión es un ser que asimila, genera y difunde conocimiento de calidad, con la finalidad de cuidar de sus prójimos y llevarlos a un bienestar en todas las etapas y situaciones de la vida.

5.7 Profesionalización

El camino que ha recorrido enfermera no ha sido en vano, ya que cada profesional se ha construido de manera sabia hacia la profesión que siempre se soñó. En este hecho, la profesionalización (González y Arras, 2012) se establece como una estrategia y proceso que tiene la finalidad de producir un cambio permanente, es un hecho que sin duda tiene su razón de ser de acuerdo a esta investigación, ya que enfermera debe capacitarse de acuerdo a las necesidades de su entorno, mismo que está en continua transformación.

El hecho de tomar un camino a la profesionalización implica no solo cambiar el comportamiento, también la manera de pensar acerca de ciertas situaciones, ampliar el panorama del cuidado a esta sociedad transcultural y adaptarse. La salud se desarrolla a muchos contextos y si se aprende a ver al individuo como un sujeto único y perfecto, se cuidará la manera de abordarlo y cubrir sus necesidades.

Aunque se ha tratado de delimitar las piezas claves que son primordiales para que se lleve a cabo la profesionalización, hay situaciones que modifican el contexto, dispersando la claridad, sin embargo algunos otros factores aparte de pensar y comportarse de manera resiliente, son el conocimiento, entendimiento y la experiencia de praxis.

Chamorro (2015, citada por Moreno, Fajardo, Ibarra y Restrepo) menciona que la enfermería es una “profesión joven” que lucha por la conquista del estatus laboral, social y económico; también menciona que a lo largo de estos años, la profesión a inmiscuido áreas interesantes como el arte con una base técnica y científica, adquiriendo ante la sociedad un respeto cada vez creciente.

Rodríguez (2012, citada por Moreno, Fajardo, Ibarra y Restrepo) dice que la enfermería es indudablemente la ciencia del cuidado, que comienza a reconocerse desde el nivel técnico hasta investigación, y que la gestión del cuidado significa el quehacer profesional de la profesión, sustentada en la disciplina: La ciencia del cuidar.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

La ciencia del cuidar es cuando el profesional aplica un juicio de acuerdo a la valoración que realiza a la persona, utiliza los pasos del método científico (Tabla 1) al iniciar con la observación de la persona, plantearse que es lo que le ocurre, generar una propuesta o hipótesis a solucionar, planear su plan de cuidados, aplicar ese plan y recolectar información para emitir resultados.

Tabla 1

Comparativo del método científico con las etapas del Proceso de Atención en Enfermería (PAE).

Método Científico	PAE
Planteamiento del problema	Valoración
Construcción del modelo teórico	Diagnostico
Deducción de consecuencias particulares	Planeación
Aplicación de la prueba	Ejecución
Introducción de las conclusiones a la teoría	Evaluación

Fuente: Elaboración propia

De esta manera el profesional aplica todo su conocimiento con cada persona, en cada usuario que toca su vida aplica la parte asistencial, docente, gerencial y de investigación para darle un cuidado integral, basado en políticas institucionales que a la vez, cumplan los objetivos personales y de la organización. Por ello, Urbina Pérez y Delgado en el 2003 (citado por González y Arras, 2012) mencionaron que en los últimos 20 años la profesión evoluciono a una disciplina científica y de manera general la enfermería se sustenta en la ciencia y aplicación de nuevos descubrimientos dentro de su praxis. La búsqueda

de información arroja que hasta finales de los 50 la profesión no tenía ni usaba literatura exclusiva del área, la terminología para el vocablo enfermería era muy poco frecuente y cuando comienza a haber indicios, es para abordar que la profesión tiene una total falta de conocimiento y teoría para el ejercicio de la carrera.

Cabe destacar que las teóricas de enfermería (83 en específico), fueron precursoras de lo que hoy somos, abordando un nuevo conocimiento en sus áreas de expertis y aunque hoy nos parezca lógico lo que hablan dichas teorías, en su momento fue la base de conocimiento para dichas generaciones. Moreno en 2005 mencionó que otro paso hacia la profesionalización fue el ingreso de enfermería a programas de especialización y posgrado (maestría y doctorado), promoviendo así una parte fundamental del área de enfermería que es la investigación, que de acuerdo a todos los registros, ha sido el énfasis femenino quien ejerce todo progreso de la profesión.

García (2004) menciona que hablar de enfermería es hablar de mujer, haciendo referencia al género humano, y dicha condición también ha sido un papel fundamental en la definición de la enfermería. Actualmente se observa a un mayor número de hombres ingresando a los estudios de enfermería e incursionando en sus cuatro áreas fundamentales; ya sea por mejores salarios o proyecciones laborales, la plantilla de enfermeros ha aumentado.

Con la creación de las teorías de enfermería (Tabla 2) de manera científica a mediados del siglo XX, también surgió un movimiento liberador de las mujeres y de acuerdo a Osses, Valenzuela y Sanhueza (2010), afirman que este dato suscitó que las mujeres tomaran los puestos académicos en los programas de enseñanza, comenzando así con la emancipación del área médica. El mismo contexto de ser mujer, tuvo estragos en el camino de la profesionalización, ya que no se dejaba al profesional emitir juicios o artículos científicos sin un aporte médico, considerando así en la época a la enfermería, como una rama más de medicina.

Tabla 2

Teorías de enfermería

Teórica	Principal supuesto
Florence Nightingale	Teoría del Entorno (1859)
Hildegarde Peplau	Modelo de relaciones interpersonales (1952). Nota: el libro se terminó en 1848 pero se consideró muy desafiante para la época publicarlo sin tener un médico como coautor.
Virginia Henderson	Teoría de necesidades humanas (1955). Nota: Marco la pauta de una enfermería independiente e integra, y en su modelo planteo desde aquello entonces el método de enseñanza basado en problemas del entorno.
Faye Abdellah	Tipología de los problemas de enfermería (1960)
Ida Orlando	Teoría del proceso deliberativo (1961)
Lydia Hall	El núcleo, el cuidado y la curación (1962)
Ernestine Wiedenbach	Teoría del arte de cuidar de la enfermería clínica (1964)
Myra Levine	Modelo de la Conservación (1966)
Dorothy Johnson	Modelo del sistema conductual (1969). Nota: para esta fecha la enfermera aun dependía en mayoría de la terapéutica médica, pero la creación de modelos de enfermería coadyuvo en el desarrollo del profesional de enfermería como sujeto autónomo.
Martha Rogers	Modelo de los procesos vitales (1970)
Imogene King	Teoría del logro de metas (1971)
Betty Neuman	Modelo de sistemas (1972)
Callista Roy	Modelo de adaptación (1976)

Madeleine Leininger	Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales (1978)
Jean Watson	Relación Transpersonal (1980). Nota: La integración de un sinfín de saberes y de distintas ramas multidisciplinares, es lo que hace a enfermería una profesión sinigual, ya que necesita estar en contexto con una serie de conocimientos multidisciplinares para poder cubrir las necesidades de la persona, familia y comunidad.

Fuente: Elaboración propia

Desde la época oscura de enfermería (Donde ser enfermera era un trabajo denigrante o que requería verdadera vocación, hasta antes de la emancipación del área médica) a la actualidad, se han vivido una serie de cambios, algunos imperceptibles pero muy importantes en el camino hacia la profesionalización, todo ello sin olvidar la parte esencial de enfermería que es el cuidado, mismo que hoy en día se trata de manera científica, empírica, practica y racional.

Realmente aún hay persistencia de discriminación hacia la profesión y hacia los personajes que estudian enfermería, así como a la resistencia al cambio en favor de mejorar el cuidado y la ciencia de enfermería; es por ello que se deben realizar acciones encaminadas a sustentar nuestra profesión, ejecutando la parte investigativa, docente y gerencial que imparte en el área asistencial que es la que realiza el cuidado.

5.8 Responsabilidades éticas y legales en el profesional de enfermería

La efectividad de los cuidados va relacionada con la disminución de los costos en la atención de salud y para mejorar la calidad hay que evitar a toda costa los daños posibles a la población.

En la actualidad, la seguridad del paciente es considerado una meta a lograr, esta situación tomo auge cuando los eventos adversos, quasifallas y centinela aumentaron indiscriminadamente sin consecuencias legales. Las principales causas que se relacionan a esos eventos (OMS, 2004) implican a enfermería, principalmente en rubros como:

- Práctica independiente de enfermería
- Realización de tratamientos prescritos sin previa evaluación de necesidad.
- Administración de medicamentos
- Administración de soluciones parenterales y control de líquidos
- Supervisión de la atención

El capacitarse continuamente es una responsabilidad profesional que está implícita en nuestra profesión y distintos organismos, programas y estrategias la como un pilar en el sistema de salud, pero surge un problema cuando se trata de introducir una determinada forma de trabajo, ya que como expreso González (2005), “se trata de desmontar todo aquello que tenían tan interiorizado sobre su profesión”.

Dentro del marco legal para capacitarnos, se encuentra:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (DOF-Actualización-2021)

En cumplimiento de la fracción XIII del apartado "A" del artículo 123, fracción XV del artículo 132 y del capítulo III bis de la Ley Federal del Trabajo, toda institución se obliga a organizar permanentemente cursos de capacitación y adiestramiento para sus trabajadores.

Ley Federal del Trabajo (DOF-actualización-2015)

Artículo 39

- Artículo 39-A: Menciona que aquellos trabajadores que laboren por tiempo indefinido, al pasar ciento ochenta días deberán someterse a periodos de prueba para saber si se continua cumpliendo los requisitos de conocimientos necesarios para su área de desempeño y al término del periodo de prueba, si el profesional no satisface las necesidades del servicio, se procede a terminar la relación laboral sin responsabilidad del patrón y refiriéndolo a la opinión de la Comisión Mixta de Productividad, Capacitación y Adiestramiento.
- Artículo 39-B: Dentro de la relación de trabajo entre trabajador y patrón, se debe brindar una capacitación inicial para las actividades que realice posteriormente en su contratación.

Titulo cuarto: Derechos y obligaciones de los trabajadores y patrones

- Capítulo I: Es obligación del patrón proporcionar capacitación y adiestramiento a sus trabajadores.
- Capítulo II: Obligaciones de los trabajadores; Ejecutar un buen trabajo con intensidad, esmero y cuidado apropiado.
- Capítulo III Bis: De la productividad, formación y capacitación de los trabajadores; Los patrones acordaran con los trabajadores si su capacitación es dentro o fuera de la empresa y por medio de convenios externos, siendo estos autorizados por la Secretaria del Trabajo y Previsión social; Los cursos de capacitación y educación continua van de acuerdo a la productividad y necesidades de la empresa, llevándose a cabo dentro de la jornada laboral, salvo que por necesidades del servicio no pudiese ocurrir y se acuerde llevarse en otro momento; La capacitación será enfocada en cubrir las necesidades de la unidad y también para que el trabajador ocupe vacantes o puestos de nueva creación donde sea necesario talento humano; La

organización deberá facilitar la realización de formación en recursos humanos para elevar su nivel de conocimiento.

Artículo 153

- Artículo 153-C: El adiestramiento tendrá por objeto la actualización, perfeccionamiento de conocimientos y habilidades de los trabajadores, hacer de conocimiento los riesgos y peligros laborales, exponer las disposiciones reglamentarias y normas oficiales mexicanas e incrementar la productividad.
- Artículo 153-D: Los trabajadores a quienes se les imparta capacitación están obligados a asistir puntualmente a los cursos, atender indicaciones realizadas por los capacitadores y presentar evaluaciones de conocimientos, habilidades y destrezas requeridos.
- Artículo 153-E: Las empresas con más de 50 empleados, constituirá comisiones mixtas que se encargarán de planear, evaluar, aplicar y dar seguimiento a los programas de capacitación, midiendo que sus resultados se apliquen al área productiva de la organización.
- Artículo 153-F: Las autoridades de la organización serán las encargadas de vigilar el buen funcionamiento de los comités encargados de la formación del recurso humano, así como de su productividad. BIS.- los patrones serán los encargados de conservar de acuerdo a la Secretaria de Trabajo y Previsión Social (STPS), los programas de capacitación anuales acordados con las necesidades de la unidad.
- Artículo 153-G: Buscando beneficiar a las instituciones que satisfagan lo siguiente:
 - I.- Comprobar que los capacitados estén instruidos total y adecuadamente en su rama de adscripción.
 - II.- Conocimientos acordes a los juicios de acuerdo a la STPS y tecnológicos propios del área.

- Artículo 153-H: La planeación de los cursos de capacitación se llevarán a cabo dentro de los primeros 60 días del año (enero y febrero), contemplando las áreas multidisciplinarias de la unidad, estableciendo el periodo de duración, proceso de selección al personal que se impartirá el curso, y basado en el cumplimiento de metas laborales.
- Artículo 153-I: Productividad, es igual a la optimización del recurso humano, material, financiero, tecnológico y organizacional de acuerdo a esta ley, y para medirla e incrementarla participaran los altos mandos, directivos, sindicatos, gobiernos y académicos que la unidad confiera.
- Artículo 153-J: La productividad de las micro y macro empresas buscara elevar su productividad con lo siguiente.- un diagnóstico situacional, evaluación de mejores prácticas tecnológicas y organizativas, adecuando los recursos para su optima utilidad, propuesta de mejoras en programas gubernamentales (financiamiento, apoyo, certificación y asesoría), la mejora del trabajo en equipo y redes de apoyo del personal de la unidad; evaluación constante del desarrollo y desempeño laboral, proporción de incentivos a los trabajadores y lo que se considere pertinente para aumentar la producción de calidad.
- Artículo 153-S: Cuando el patrón no cumpla con los planes y programas establecidos en capacitación y adiestramiento, será acreedor a una sanción de acuerdo a lo establecido por ley.
- Artículo 153-T: Los trabajadores que aprueben los cursos de capacitación y adiestramiento, tendrán derecho a una constancia que acredite sus habilidades y conocimientos.
- Artículo 153-U: Cuando se establezca determinado programa de capacitación y el trabajador se niegue a tomarlo, tendrá que acreditar conocimientos de manera documental ante su jefe inmediato superior, ya sea por certificado o aprobación ante instructor; de acreditar, se le extenderá la constancia de habilidades laborales.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

- Artículo 153-V: Las empresas están obligadas a enviar a la STPS el registro y control de listas de los cursos llevados a cabo para su acreditación.
- Artículo 153-X: Los trabajadores y jefes tienen derecho a que ante las Juntas de Conciliación y Arbitraje se ejecuten acciones que deriven de la capacitación como obligación, impuesta en este capítulo.

Ley General de Salud (DOF 7-12-1984/DOF 19/02/2021)

Entre otras cosas estipula que la educación es “el factor determinante para la adquisición de conocimientos y formar a mujeres y hombres”.

- Artículo 2: LA protección a la salud tiene la finalidad del bienestar físico y el mental de la persona para que se cumpla un pleno uso de capacidades.
- Artículo 41 BIS: Los establecimientos para atención medica deberán contar de acuerdo a su complejidad con el Comité de Bioética (para resolución de situaciones derivadas de la atención y toma de decisiones clínicas, docentes y de investigación) y Comité de Ética (en base a la legislación vigente).
- Artículo 64: En establecimientos donde se brinde atención materno-infantil, se deberá contar con acciones de capacitación para que se fortalezcan las acciones destinadas a la atención de embarazo, parto y puerperio (64-IV).
- Artículo 77 BIS 35: El Instituto de Salud para el Bienestar (Art. 77BIS 35-VI) contribuirá con la Secretaria de Salud en coordinación con las entidades federativas en la planeación de manera estratégica del uso racional de recurso humano capacitado adecuadamente, equipo médico e infraestructura; Se promoverán las actividades que formen, actualicen y capaciten a recursos humanos cuando se requiera o por necesidad en materia de salud ((Art. 77BIS 35-XI); En la planeación de los programas de capacitación se considerara del personal la antigüedad y el desempeño para el otorgamiento de estímulos (Art. 77BIS 35-X).

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

- Artículo 89 (Capítulo III Formación, Capacitación y Actualización del personal): Las autoridades educativas de la organización en coordinación con los líderes de la unidad deben establecer y recomendar los lineamientos para la formación del recurso humano.
- Artículo 90: Corresponde a la Secretaría de salud en coordinación con las entidades federativas y los responsables de las áreas disciplinarias promover actividades respectivas a la formación, actualización y capacitación del recurso humano encaminadas a cubrir las necesidades de la población; Otorgar facilidades en enseñanza y adiestramiento; Promocionar la oferta educativa para que de forma voluntaria el recurso humano participe en los temas a impartir.
- Artículo 93: Para la capacitación de tomará en cuenta la parte transcultural de la población, buscando integrar todos los sectores tanto de los profesionales a capacitar como del resultado que se tendrá, adaptándose así al contexto social.
- Artículo 94: En base a normas oficiales mexicanas, se establecerán y adaptarán los espacios destinados a la formación del recurso humano en materia de salud.

Plan Sectorial de Salud 2018-2024.

- Objetivo 2 “Mejora continua del Sistema Nacional de Salud” que expresa en su estrategia número 2.4.2 fomentar el uso de las evaluaciones en la toma de decisiones para el mejoramiento de los programas en salud.
- Objetivo 3 “Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud” donde menciona en su estrategia 3.2 favorecer la Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal; 3.2.1 consolidar la contratación de personal necesario, debidamente capacitado para la prestación de los servicios de salud y asistencia social; 3.2.8 fortalecer la capacitación y educación continua

para la actualización de todo el personal en su ámbito de competencia, en el nuevo modelo de salud y para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno de las enfermedades crónico-degenerativas; 3.2.9 reforzar la formación de especialistas del Sistema Público de Salud para que respondan a las necesidades de atención médica de la población.

Norma Oficial Mexicana 019-SSA3-2013 Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud (DOF ACT. 2019)

Menciona que la formación académica debe evolucionar a la par del avance tecnológico y al orden internacional.

Estrategia nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica del Programa de Acción Específico 2018

Hace énfasis en buscar estrategias que fortalezcan y mejoren las competencias profesionales de salud para propiciar una respuesta ante las necesidades de salud.

Comisión Permanente de Enfermería (CPE-DOF25-01-2007)

- Establece la necesidad de establecer directrices en cuanto a profesionalización de enfermería se refiere, debido al aumento de establecimientos formadores de enfermería sin cumplimiento de los lineamientos y conocimientos adecuados para la praxis
- Que se considera necesario un sistema de evaluación continuo para ubicar las áreas de oportunidad y generar un plan de mejora
- Que es necesario buscar la congruencia entre nivel académico y la asignación de roles dentro de los sistemas de salud, demostrando así un alto nivel de competencia en la atención brindada.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

- Necesidad de implementar acciones específicas que cubran problemáticas principales como: formación de recursos humanos, déficit de profesionales y mejora de las condiciones prácticas, encaminadas a mejorar la calidad y eficiencia de servicios.
- Se requiere una instancia reguladores que analice la situación en general de los recursos en materia de capacitación en enfermería.

OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico)

Dirige los esfuerzos de formación continua para mejorar el desempeño laboral y aumentando el liderazgo mediante métodos efectivos de evaluación del personal. Considera la relevancia que tiene la influencia de los líderes dentro del sistema organizacional y la inspiración que generan en sus empleados, así como que la calidad es una pieza fundamental para el logro de objetivos y se logra por medio de un conocimiento, habilidad y destreza constante.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, 2018)

- Define culpables a aquellos profesionales que caigan en la impericia, es decir, que den atención a la salud sin poseer conocimientos técnicos y científicos que su función exige.
- Es responsabilidad de las enfermeras mantener la competencia necesaria y actitudes relevantes para proveer un cuidado de calidad.
- Los profesionales no le dan relevancia a capacitarse y tampoco se educan en las implicaciones legales que puede tener el no aprender. En algunas ciudades es obligatorio la educación continua ya que consideran que es un método en contra de la negligencia de una profesión cambiante. En México la capacitación se posa más en una responsabilidad moral, a una legal.

- Las principales consecuencias legales van desde la pérdida de licencia profesional, el no derecho a ejercer, pago de daños y cárcel como castigo máximo.

En el 2015, de acuerdo a una publicación de la misma Comisión, la mayoría de los eventos adversos ocurridos fueron por falta de conocimientos y desconocimiento del equipo biomédico, ambos problemas nacen en la falta de capacitación formal e informal por parte del profesional de enfermería. Lo más interesante, es que la mayoría de los eventos ocurridos pudieron evitarse, pero el profesional de enfermería no le da la relevancia necesaria a educarse cotidianamente, no se observa esa búsqueda de la verdad mediante el conocimiento, delegando de esa manera la responsabilidad a otras personas e incluso el paciente.

5.5 Barreras

De acuerdo a la RAE (2017), el termino barrera proviene de “barra” u obstáculo, algo que cierra al paso para llegar a otro sitio y de acuerdo a las necesidades se levanta o baja para poder avanzar.

5.5.1 Generalidades

Por definición se menciona que una barrera es algo temporal y que dispone de mecanismos para quitarlos de en medio del camino cada vez que se desee y lograr las metas deseadas.

Hay barreras de tipo natural, es decir que no se puede tener inferencia en ellas más que coadyuvar a disminuirlas; Las de tipo artificial son algo interpuesto por alguien o algo externo.

5.1.2 En capacitación

La capacitación continua como pilar angular en el logro de metas institucionales, enfrenta obstáculos internos y externos, controlables o no, fáciles o difíciles. Las barreras para que una persona se capacite puede venir desde diferentes direcciones, siendo propias de la persona, del contexto donde vive, del contexto donde labora o de la misma institución, sin embargo identificar las situaciones que generan una brecha entre la adquisición y el conocimiento, es un camino para la prevención y planificación de programas de capacitación.

Prevenir los errores humanos mediante el conocimiento, debe formar parte del ser humano, tanto de manera intrapersonal (que la persona desee saber de manera autónoma algún tema desconocido) como extra personal, es decir que lo que se aprenda pueda dirigirse a los demás cumpliendo un ciclo del conocimiento, aprender y transmitirlo.

Dentro de enfermería, el rol de docente fuera de un aula siempre se cumple, ya que la practica amerita un adiestramiento continuo dentro del cual se ven implícitos la sabiduría, la destreza técnica y la capacidad de poder transmitir información de manera clara, veraz y precisa hacia otra persona en crecimiento profesional; Por ello la pregunta del porque no se capacitaría enfermería ante tanto conocimiento disponible por alcanzar.

5.6 Factores del instrumento “Barreras Para la Capacitación Continua (BPCC)”

De acuerdo a los instrumentos encontrados se definieron 4 dimensiones que engloban los aspectos más influyentes para que el profesional de enfermería no se capacite. No todos los profesionales de enfermería tienen las mismas razones por las cuales no acude a aprender, encontrado cuestiones personales en un sujeto y de tipo organizacional en otro.

La identificación de la dimensión en la cual está la problemática personal del evaluado les dará a los gerentes y líderes de enfermería (u organizacionales) esa pauta para poder realizar algo a favor de su personal, mismo que le llevará a un resultado positivo reflejado en el cuidado proporcionado al paciente. La misma cercanía con el evaluado genera un sentimiento de solidaridad y empatía, logrando que el profesional se sienta parte de un equipo.

Los instrumentos de evaluación encontrados usualmente están enfocados a una situación en general, por ejemplificar: la motivación; pero no todo el universo enfermero tiene un factor motivacional que lo orilla a no capacitarse, pudiésemos encontrar la falta de tiempo, doble trabajo o incluso factores que no se consideran relevantes en algunos casos como el sexo (masculino o femenino), siendo que la mujer en la mayoría de los hogares mexicanos es quien funge el rol de cuidador del hogar, teniendo así menos tiempo para su aprendizaje.

Se identificaron 4 factores influyentes en la capacitación continua que actúan de manera negativa: Sociodemográfico, Personal, Laboral y Organizacional.

5.6.1 Sociodemográficos

La palabra no se encuentra en el diccionario de la Real Academia Española (RAE) pero se compone de socia que se vincula a sociedad y demográfico asociado a la demografía que es el estudio del grupo humano desde el punto estadístico; por lo tanto, son datos que reflejan una situación social.

Para fines de esta investigación, se consideraron relevantes estos datos como influencia en que el profesional no se capacite y aunque no se pueda tener una injerencia total, si es una característica identificada como impedimento del aprendizaje.

- *Edad*

Tiempo que ha vivido una persona (RAE, 2020). Es relevante para la investigación debido a que la etapa de vida en la que transcurra el profesional puede ser determinante para que continúe su aprendizaje.

- *Género.*

En ciencias sociales: conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres. Al ser una profesión ejercida mayormente por mujeres (y su carga histórica) con un creciente de ingreso del sexo masculino a sus filas, se considera se suma importancia saber si este influye en el que el profesional se capacite. De acuerdo a Piña (1996) en los resultados de aplicación de su instrumento y descripción del mismo, se ha demostrado que puede haber una correlación entre la no educación continua y el sexo femenino debido a sus labores de crianza y cuidado del hogar en diferencia con el hombre que usualmente solo labora;

Estado civil

Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes (Wikipedia, 2020).

El estar soltero o tener una vida en pareja puede generar un mayor número de responsabilidades en el hogar y ser condicionante para que el profesional ocupe tiempo libre en su aprendizaje.

Actividad laboral.

Es el periodo de trabajo de una determinada persona que contempla número de empleos activos, días de trabajo, horas de trabajo versus vigilia.

Ingresos libres.

Monto de ingresos económicos quincenales libres, restando los gastos destinados a la manutención del hogar, familia y necesidades de la vida diaria, que sean destinados a su capacitación como profesional.

Número de hijos y personas a su cargo.

Personas que dependan del sustento de la persona encuestada.

Facilidad para tomar sus cursos.

Estarán especificados las 3 maneras más comunes para capacitarse, actualizarse o adiestrarse que son:

- Presencial: cobertura total en horas de actuación presente.
- Semipresencial: puede utilizarse la modalidad de días específicos a la semana con trabajos y sesiones en plataformas digitales y otros días presencial.
- A distancia/en línea: Capacitación 100% en plataformas digitales que da constancia de su asistencia al curso mediante actividades en electrónicas y visualización del contenido al 100%.

Distancia del hogar al área de capacitación

Se determinaron horas de distancia con las cuales pueden lidiar los profesionales para asistir al centro donde se llevan a cabo capacitaciones presenciales agrupándose de la siguiente manera: Corta (0 a 1 hora), Media (1 a 2 horas) o Larga (2 a 3 horas). La lejanía o cercanía pudiese influir en asistir a un algún tipo de capacitación u otra.

Se abarcará en esta investigación el conocimiento y uso de tecnologías, así como el tener un segundo idioma al natural, ya que se considera un

determinante para que los profesionales asistan a cursos semipresenciales y a distancia; Numerosas plataformas ofrecen una cantidad sin fin de cursos de acuerdo a los gustos y necesidades en conocimientos y aunque se sabe de su existencia, muchos profesionales no recurren a estas debido a que no tienen las habilidades para manejar equipos de cómputo, tabletas o celulares.

Otra razón que podría impedir que el profesional interactúe con plataformas digitales, es que en ocasiones los contenidos manejan un segundo idioma siendo el más usual Inglés, debido a esto los profesionales también podrían encontrarse ante una barrera para su capacitación continua.

Segundo idioma.

Conocimiento de un idioma aparte del natural o nativo.

Conocimientos y habilidades en equipo de cómputo y plataformas digitales.

Si el profesional sabe utilizar estas herramientas para poder capacitarse continuamente y si considera que sean de utilidad.

Tipo de población del área laboral: rural o urbana

Rural: Del campo y de las labores propias de la agricultura y la ganadería (Oxford Languages, 2012).

Urbano: Perteneciente o relativo a la ciudad. Adj. Cortés, atento y de buen modo (RAE, 2020).

Se ha observado un mayor porcentaje de capacitación de profesionales que laboran en zonas urbanas (Zeider, 2007), contrario a zonas rurales. Si bien la tecnología ya ha llegado a muchos lugares remotos, los profesionales pudiesen no tener acceso a internet.

El nivel de conocimientos de la población también puede ser un factor que influya en el interés del profesional por educarse, ya que si bien a una persona

con un nivel académico bajo y de su enfermedad bajo, puede persuadirse fácilmente de su tratamiento, una persona con mayor acceso a información tendrá más argumentos para negarse a aceptar un plan de cuidados; es por ello que el profesional puede estar condicionado a capacitarse con mayor esmero en una población con mayor conocimiento, a uno que su población de atención no esté en desacuerdo. También el contexto que no exija más, puede ser un factor interesante por investigar.

Tipo de población de su hogar: rural o urbana

En este apartado engloba varios aspectos que son relevantes, ya que el transporte, acceso a telecomunicaciones y espacios de capacitadores dependen de ello.

Un tema relevante por incluir en el tema de la formación del recurso humano son las Determinantes Sociales, Rudolf Virchow (Citado por Urbina y González, 2012) dijo que “La medicina es una ciencia social y la política la medicina a grande escala”; en base a lo anterior, la enseñanza al profesional también estaría encaminada a remediar la inequidad sanitaria y la inequidad del entorno. Parte de los determinantes sociales a tomar en cuenta para la capacitación dentro de una organización son: la distribución del poder, los ingresos a la unidad y las circunstancias de la vida, en este caso y enfocado a los profesionales: acceso a la educación, condiciones de trabajo, tiempo libre, estado de vivienda y estado físico.

De acuerdo a la OMS (2012), persiste la necesidad de transformar al personal sanitario para que dirija sus esfuerzos en pro de la salud, mediante la planeación multisectorial integradora, accesible y adaptado a los más desfavorecidos.

Otra situación relevante por enmarcar y que también estaría dando respuesta a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2008), sería abordar a la salud pública mediante un liderazgo eficaz mediante políticas y normas

nacionales con una visión diferente y dentro de ello, la capacitación continua como estrategia en la diferenciación de un nuevo modelo de atención.

5.6.2 Personales

Maslow (Citado por Marriner, 1997) determina que las necesidades fisiológicas y de seguridad se ven más satisfechas en aquellos que tienen un nivel socioeconómico y educativo elevado pero son más relevantes las necesidades de estima y autorrealización, y para aquellos con niveles bajos las necesidades fisiológicas y de seguridad toman más relevancia al ser logradas con mayor esfuerzo. Para fines de esta investigación los factores que pueden influir en que el profesional de enfermería se capacite o no, se subdividirán en 4:

5.6.2.1 Biológicos

Aquellas condiciones del estado de salud del profesional que le impidan físicamente continuar con la actualización de sus conocimientos y que aunque puedan ser secundarios a otra dimensión (como actividad laboral o violencia), recaen en una condición que inhabilita a la persona.

Para dicha actividad se incluyen cuestionamientos destinados a conocer si tiene alguna discapacidad ya conocida que le ha impedido o le ha hecho más difícil la labor de actualización, si sufre alguna enfermedad crónico-degenerativa que le consuma mayor energía y tiempo, si tiene suficiente energía para continuar dichas actividades después de sus jornadas laborales y si las condiciones con las que se imparten los cursos de capacitación le causan molestias físicas que generen dolor o fatiga.

5.6.2.2 Psicológicos

Aquellos factores que le motivan al profesional a capacitarse así como los hábitos presentes en el sujeto.

La motivación puede ser causada por la propia persona, también inspirarse en alguien externo como un ejemplo a seguir. El ser mejor en algo puede deberse a distintos motivos como: tener mayor conocimiento, admirar a alguien con más conocimiento, expectativas de vida, cambios laborales, crítica constructiva, comodidad en el trabajo, recompensa laboral, capacidad de autocrítica e introspección, aprovechamiento de oportunidades de mejora y resiliencia.

Por otro lado y de manera negativa puede haber factores que influyan en que el profesional no se capacite y que también provienen de la misma persona y de alguien externo tales como: Estar cerrado a la crítica, sentirse un objeto de trabajo, no gustarle su labor, aberraciones o miedos, estrés, depresión, falta de compromiso o falta de interés.

Las preguntas realizadas en este apartado están dirigidas a conocer del profesional de enfermería si el factor psicológico juega un rol importante en su capacitación continua.

5.6.2.3 Sociales

El cómo ve la sociedad a la enfermera y como ella se visualiza dentro de su entorno social, puede influir en el sentido de pertenencia en su profesión y de allí su interés por mejorar como profesional.

Dentro de este apartado se hace énfasis a la autopercepción como enfermera que tiene el profesional ante la sociedad, dicha percepción puede estar conformada por la propia historia servicial e inferior que enfermería ha atravesado y la inferioridad que la sociedad mantiene al compararle con otros profesionales de la salud. La importancia que puede jugar este apartado de sociales daría mucho material del cual hablar, ya que si bien se han hecho avances en la profesionalización de enfermería, una mala referencia de lo que es hoy en día ser enfermera o enfermero estaría repercutiendo en la motivación para adquirir conocimiento.

5.6.2.4 Habilidades cognitivas

Se abordan las habilidades que aplica el profesional para su auto educación, que tan autónomo es para buscar información en su beneficio y si el tiempo que le invierte a ello es suficiente para dejarle un aprendizaje duradero.

También se indaga en la especificidad y universalidad de los conocimientos que forman parte de los programas o contenidos de los cursos temáticos, ya que en ocasiones el mensaje recibido no es comprendido de la misma manera por uno u otro profesional. De manera inmersa está el circuito de la comunicación entre el educador y el educando con la comprensión de la información.

5.6.3 Laborales

De acuerdo a los últimos datos del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE, 2020) de los 292,041 profesionales registrados en instituciones de Salud (a excepción de SEMAR Y SEDENA) hasta Marzo de 2020, el personal que más prevalece son Técnicos en Enfermería (110,888), seguidos de Licenciados en Enfermería (97,435), Auxiliares (26,525), Licenciados en Enfermería y Obstetricia (20,289), Posttécnicos (18,557), Especialidad (11,194), Maestría (6,752) y finalmente Doctorado (401). Mencionado lo anterior, hay un porcentaje significativo de profesionales que no cuentan con el perfil requerido para atender a la población mexicana, podemos ver que no se ha logrado tener ni el 50% con un nivel de licenciatura y menos un nivel posgrado, y ya que los padecimientos de más predominio e importancia en cifras dependen de un cuidado proporcional, se deben aumentar las cifras de profesionales con estudios avanzados.

De acuerdo a Patricia Benner (1984) en su modelo teórico “De aprendiz a experto”, aquel profesional que adquiere más conocimientos y experiencia se va convirtiendo en un profesional experto ya que tiene un dominio del cuidado, es

independiente al brindar el tratamiento y piensa críticamente a favor de la persona, es introspectiva y consciente de sus acciones. Tener profesionales con mayor juicio crítico que apliquen los cuidados precisos, impacta directamente en ganar tiempos perdidos valiosos para la atención a la salud e insumos.

Las variables que encontramos en esta dimensión van totalmente dirigidas a la situación laboral de la persona y como se desempeña en su equipo de trabajo.

No se puede pretender que con el conocimiento que se egresa del nivel básico sea con el que se ejerza por años, la experiencia demuestra que el contenido inicial de una capacitación de enfermería es rápidamente superado en la medida del progreso de las ciencias en salud.

Los distintos niveles de formación educativa de los profesionales de enfermería también ocasionan que el cuidado sea visto desde distintos enfoques e interpretado en distintos aspectos.

En qué tipo de hospital laboras

- Primer nivel de Salud: ejerce actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención comunitaria.
- Segundo nivel de atención: Brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuanta con servicios de apoyo como imagenología y laboratorio.
- Tercer nivel: Atención especializada de mayor complejidad aunada a actividades de investigación clínica y básica (Organización panamericana de la Salud, México 2012).

Los conocimientos para adquirir pueden estar sujetas al nivel de atención en el que se encuentra y aunque el profesional puede capacitarse en el ámbito de su mayor agrado, este factor puede influir en que el profesional se capacite en mayor o menor cantidad.

Años de experiencia laboral

Se considera importante este apartado como cuestionamiento para indagar si la cantidad en años que lleva trabajando el profesional ejerce en este la idea de requerir menos actualización o si el profesional de nuevo ingreso se capacita en mayor numero por necesidad de conocimientos. Siempre haciendo énfasis en que el personal de la salud no deja de aprender durante su vida.

Estabilidad laboral

En denominación del tipo de contratación que tiene el profesional de enfermería y si tiene algún tipo de seguridad laboral o no, se menciona:

- **Basificados:** Aquellos que cuentan con seguridad laboral estable, su contrato es continuo sin ningún riesgo de perderlo, cuentan con seguro de vida y seguimiento de salud.
- **Eventuales:** Personal con contratos no mayores a 6 meses de continuidad, sin seguridad de salud o pago por riesgos laborales y sin seguro de vida.

Turno en el que trabajas

Matutino, diurno, vespertino o nocturno. (M,V,N y D)

Tiempo libre durante la jornada laboral

Durante la jornada hay espacios libres donde pueden ubicarse actividades de capacitación. Dicha actividad facilitaría el traslado del profesional a otras zonas y en otros horarios. La cantidad se medirá en términos de:

- **Poco:** 30 minutos a 1 hora.
- **Moderado:** Mas de una hora a 2
- **Suficiente:** Mas de 2 horas.

Puesto que ocupa

Personal operativo, jefe de piso, supervisión, enseñanza, calidad, jefatura o dirección.

Nivel educativo

Grado académico con el que cuenta el profesional de enfermería, de menor a mayor: auxiliar, técnico, técnico especialista, licenciado, especialidad, maestría, doctorado y post doctorado.

Se incluirán dos cuestionamientos para este apartado, uno en búsqueda de sensación de aislamiento debido a su nivel educativo y el segundo por abuso de poder debido a la misma situación. Resulta también un dato relevante dentro de los datos esenciales en la estratificación de la población a evaluar.

Comunicación efectiva con el equipo de trabajo.

Esta búsqueda también dará el preámbulo para conocer la cultura organizacional de la población a la que se le aplique el instrumento. Para fines de esta investigación, la comunicación se catalogará de la siguiente manera:

- Buena: mantiene una relación cordial y amable con su equipo de trabajo; y participa continuamente en cursos de actualización como asistente, ponente u organizador.
- Regular: Mantiene relaciones estrechas con un número limitado de compañeros y usualmente es solo asistente a cursos de actualización.
- Mala: Hay poco sentido de pertenencia con la organización, usualmente le gusta trabajar solo sin formar equipos de trabajo y durante asistencia a cursos es una persona solitaria y aislada.

Asignación de funciones de acuerdo a la formación.

La asignación a actividades donde no tenga habilidad un profesional puede generar dos resultados; de manera positiva el profesional tendrá dudas

acerca de lo desconocido, lo que le llevara a buscar información complementaria para afrontar esa necesidad de conocimiento; de manera negativa hará procedimientos de mala calidad repercutiendo directamente a la salud del usuario, generara un temor hacia esa área de conocimiento específica y se puede generar estrés.

El profesional encargado de la asignación de tareas debe conocer a su personal para saber en qué área se tiene mayor habilidad, y de no ser así y contar solo con personal de algún nivel académico menor a lo requerido o con desconocimiento del tema, el encargado deberá de estar presente en los procedimientos para ayudar a su formación.

En numerosas ocasiones la asignación de tareas no es equitativa y debido a la sobrecarga laboral a la que se enfrenta el país, usualmente se realiza una división del trabajo en base a la cantidad de usuarios, perdiendo la oportunidad de brindarles un tiempo de calidad a cada uno.

Estabilidad en los servicios

Los cambios en una organización son necesarios, sin embargo el haber laborado en un tiempo prolongado en un servicio muy distinto al nuevo genera estrés y aprehensión al cambio.

5.6.4 Organizacionales

La organización tiene objetivos por cumplir y para ello su recurso humano es un elemento de suma importancia. Enfermería al ser el grupo más numeroso dentro de una organización de salud, requiere ser capacitado, actualizado o adiestrado para estar a la vanguardia de las situaciones sociales que acontecen. Las estrategias implementadas deben coincidir con las necesidades detectadas por parte de los evaluadores de enfermería, que en este caso son los jefes de

servicio, supervisores y jefes de área; y las necesidades expresadas por los mismos trabajadores.

Como parte de las estrategias de salud, la formación y gestión de los recursos humanos es una meta para fortalecer a la organización. La formación en recursos humanos depende en gran medida de la participación de los líderes, ya que ellos tienen la capacidad de influenciar sobre los trabajadores; Otras cuestiones que forman parte de la organización tales como la infraestructura y procedimientos son promotores de que se eliminen las barreras que puedan apreciarse en el trabajador.

Dentro de esta investigación se tomó en cuenta dos situaciones en cuanto a las barreras de tipo organizacional, aquellos beneficios, obligaciones y derechos que ofrece la organización a su personal, y por otro lado lo que el personal debe cumplimentar para pertenecer a la unidad como responsabilidad laboral.

5.6.4.1 De la organización al profesional

Las oportunidades que ofrece la institución para que el personal sea capacitado; incluye espacios para llevar a cabo los programas, los encargados de llevar a cabo los programas de capacitación y que tan influyentes son los líderes con su equipo.

Dentro de las características del espacio o infraestructura donde se llevan a cabo las capacitaciones, se tomará en cuenta lo siguiente:

- Infraestructura necesaria para practicas: aulas acondicionadas de equipo electrónico de calidad, con espacio suficiente para los asistentes, asientos cómodos, rutas de fácil acceso y rutas de evacuación. Es destacable que cada unidad cuente con un numero de aulas acordes a los departamentos que maneja el área hospitalaria ya que surgen conflictos por tiempos empalmados en las capacitaciones de distintas áreas.

Un problema común de nuestros días es la introducción del uso de tecnologías, por ejemplo el expediente electrónico. La estrategia en si es ideal para dar un cuidado adecuado, sin embargo los programas a utilizar, la escases de equipos de cómputo, la falta de recursos para pagos de servicios como el internet y la falta de conocimientos en computo, hace que el recurso sea después de un tiempo inútil.

- Coordinadores de programas de capacitación continua: En este apartado se toma en cuenta que el coordinador tenga noción de lo que los trabajadores requieran, es decir que debe estar en constante contacto con sus compañeros profesionales para saber cuáles son sus deficiencias en conocimientos. También debe estar al pendiente de los eventos culturales y noticias recientes de lo que acontece fuera de su entorno laboral, ya que podrá prever que capacitación será necesaria.

De acuerdo a Marriner (1997) los lideres deben de contar con una parte esencial dentro del liderazgo, que es la política y dentro de este contexto menciona que la enfermera debe tener conocimientos de su contexto social para poder conocer el manejo adecuado de los recursos humanos, financieros, materiales y económicos.

Otra situación entre la organización y su personal es la falta de compromiso, ya que de ello dependerá la calidad de la producción y de las capacitaciones. El no tener una evaluación constante mediante un instrumento preciso que muestre la postura y las verdaderas condiciones del porque no se capacita el profesional, también genera la idea de que solo una modalidad de los cursos es necesaria y aceptable para todos.

Aunque hay en existencia instrumentos que miden la calidad de los procedimientos realizados, no hay un instrumento que sea parte de la evaluación de los intereses del profesional y que indague por qué el profesional no aumenta sus conocimientos.

Aparte de la función de evaluar a su personal, el departamento de enseñanza debe difundir información necesaria para el desempeño de las actividades laborales, este programa debe llevar una capacitación y su respectiva evaluación, pero no única, si no constante a fin de reafirmar y preservar los conocimientos adquiridos, y en la medida de lo posible ser publicados a manera general para tener una conciencia de la necesidad de conocimiento que requiere el profesional. Lamentablemente, la evaluación ha pasado a ser un requisito de evaluación para la institución y deja al profesional fuera del logro de los objetivos institucionales.

Una realidad es que se ha seguido un programa de capacitaciones estipuladas para la organización desde niveles superiores al hospitalario y si bien se deben de tener criterios unificados en el cuidado, hay conocimientos que el profesional desearía tener porque se da cuenta que carece de él o de habilidad. Los cursos que se brindan van contra las necesidades del personal si estos están fuera de la organización de los programas de capacitación.

- **Influencia de los líderes en la organización:** Los encargados de servicio y supervisores son los profesionales más directos al equipo de trabajo. Su función de líder es indiscutible al llevar la dirección de su equipo sin embargo el tipo de liderazgo que ejerza en su personal va a favorecer a tener o no a personas con más intelecto. El interés que surge a la capacitación continua es por inspiración (a lograr un conocimiento como el de su superior), por la destreza del líder al mostrar temas de necesidad (tales como normas, programas, manuales, estrategias, guías, etc.), la capacidad de unión que tiene el equipo y por consecuencia la formación de equipos de enseñanza, el hacer que cada trabajador tome conciencia del equipo que conforma sin ser discriminado por su tipo de contratación y la noción de que están siendo evaluados constantemente.

La realidad es que en la actualidad se labora bajo estructuras rígidas que no permiten ir más allá de los deseos. El tipo de liderazgo predominante en México (Balderas Pinto, 2015) sigue siendo “directivo”, es decir que se ejerce un mando único sin la oportunidad de expresión por parte de los profesionales.

5.6.4.2 Del profesional a la organización

Lo que percibe el profesional de la organización, que le ofrece, que le provoca motivación, las facilidades que dan y como son recompensados. Se destaca en este apartado que desearían tener de su organización y sus líderes.

- Posibilidad de expresar sus gustos: Si el profesional tuviese en forma habitual la oportunidad de expresar que capacitaciones desearía tener, de manera implícita encontraríamos las debilidades que tiene el profesional, puesto que requiere conocimiento en algo en específico. El área laboral debería ser el lugar habitual donde enfermería adquiriera su conocimiento, pero al no haber dicha situación hay necesidad de buscarla en otro lado.
- Falta de reconocimiento y recompensa: El ser humano de manera instintiva reacciona ante un condicionamiento de recompensa (Edward Thorndike, 1905) y por mínima que esta sea, la persona se verá más comprometida a seguir por el mismo camino. El profesional de enfermería puede ser recompensado de manera distinta mediante becas, notas buenas, reconocimiento a sus habilidades y un puesto mayor.
- Falta de tiempo en los horarios de curso y sobrecarga laboral: La mayor parte de las capacitaciones se llevan a cabo en un horario matutino y los profesionales de este turno tienen menos posibilidades de tomar capacitaciones ya sea por sobrecarga laboral, falta de tiempo o poca gestión de becas. El horario podría jugar un papel importante en la toma de capacitación.

- Falta de interés de los superiores por la supervisión de los procesos: Cuando el profesional adquiere un nuevo conocimiento, siente la necesidad por mínima que esta sea de tener alguien a su lado que le indique si es correcta su acción. Una falta de supervisión puede generar en el profesional una falta de sentido al no ver reforzado su conocimiento a través de una guía.
- Poco sentido de pertenencia: Aquellos profesionales que tienen conocimientos y gustan de difundirlos, se encuentran ante barreras que impiden esta difusión tales como diferencia de criterios o encargados estrictos que no permiten que alguien más llegue a usurpar sus acciones. Dicha acción hace que el profesional pierda el deseo de brindar el conocimiento que tiene u opta por hacerlo a un número reducido de colegas.
- El personal ingresa sin conocer los objetivos de su organización: Una inducción correcta al puesto, debe abarcar la parte histórica de la institución, donde se dejen claros los objetivos institucionales, así como visión y misión organizacionales. El que el profesional se acerque desde un inicio a su organización, hará que los objetivos propios los haga parte de su centro de trabajo y así trabajar a favor de ambos.
- No represalias, no implicaciones legales: Si bien se exhorta al profesional a que cumpla con una cierta cantidad de cursos, es fundamental también hacer uso de las llamadas de atención a aquellos que no han logrado una meta en su capacitación. Pero antes de realizar o sancionar, debe de investigar por qué su recurso humano no ha completado la tarea estipulada.
- Calidad de los cursos de capacitación continua de tu unidad hospitalaria: La cantidad de capacitaciones que el profesionales tome en su unidad, también va a depender de la variedad en los temas, la calidad del curso y el conocimiento de los exponentes.

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 3.

Operacionalización de las variables del instrumento BPCC.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Validación	Proceso de calificar una serie de ítems destinados a medir una característica para asegurar su confiabilidad	Validación empírica	Validación de contenido	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Técnica Delphi <ol style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo Medianamente en desacuerdo Ni en desacuerdo ni en acuerdo Medianamente de acuerdo Totalmente de acuerdo
		Validación teórica	Validación de constructo	Cuantitativa	Continúa	<ul style="list-style-type: none"> Alfa de Cronbach Análisis factorial <ul style="list-style-type: none"> -Varianza -Media -Desviación estándar

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Barreras	Factores internos o externos que influyen en el proceso de aprendizaje de un profesional de enfermería de manera negativa	Factores Socio-demográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Genero • Actividad laboral • Ingresos económicos • Ingresos para manutención • Ingresos libres • Distancia del hogar al área de capacitación • Facilidad para toma de cursos. • Estado civil • Número de hijos • Población de su área laboral: rural o urbana • Población de su hogar: rural o urbana 	Cuantitativa	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Escala 1 <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Casi Nunca 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre • Escala 2 <ol style="list-style-type: none"> 1 Totalmente de acuerdo 2 Medianamente en desacuerdo 3 Ni en desacuerdo ni en acuerdo 4 Medianamente de acuerdo 5 Totalmente de acuerdo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
		Factores Personales	<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos • Psicológicos. • Sociales • Habilidades cognitivas 	Cuantitativa	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Escala 3 1 No observado 2 Nunca 3 Ocasionalmente 4 Generalmente 5 Siempre
		Factores Laborales	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de hospital donde labora • Años de experiencia laboral • Estabilidad laboral • Número de empleos • Turno laboral • Tiempo para capacitarse • Tiempo libre • Puesto que ocupa • Nivel educativo • Comunicación efectiva con el equipo de trabajo. 	Cuantitativa	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Escala 4 1- 0 a 2 2- 3 a 5 3- 6 a 8 4- 9 a 11 5- Mas de 11

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
			<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de funciones de acuerdo a la formación. • Estabilidad en los servicios • Cursos de actualización • Satisfacción con la capacitación • Violencia laboral • Manejo de tecnologías 			
		Factores Organizacionales	<ul style="list-style-type: none"> • De la organización hacia el profesional. • Del profesional a la organización. 	Cuantitativa	Discreta	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Capacitación continua	Acto de adquirir conocimientos, actualizarlos o desarrollarlos mediante distintas técnicas lúdicas	Aplicación de instrumento BPCC	Prueba piloto	Cuantitativa	Discreta	Dimensión barrera

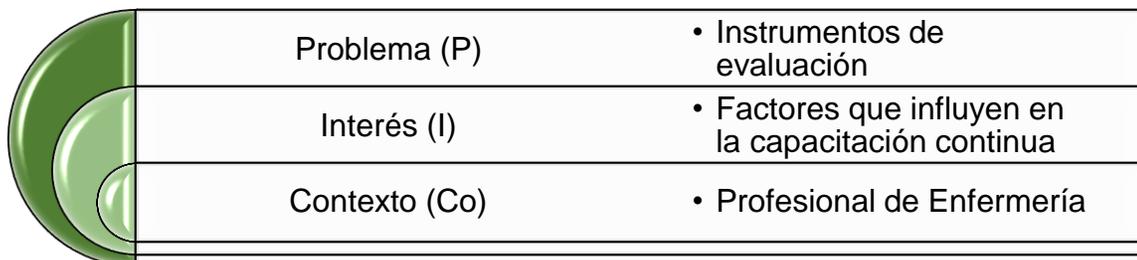
Fuente: Elaboración propia

7. METODOLOGÍA

Revisión de Literatura Científica para identificación de aspectos relevantes y Diseño del Instrumento BPCC.

Para conocer más acerca de las barreras que puede enfrentar un profesional de Enfermería, se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos originales, de revisión y tesis completas entre el mes de Septiembre de 2020 a Febrero de 2021. La pregunta guía se sustentó en el acrónimo PICO, sustentando la pregunta ¿Qué información hay en la literatura científica acerca de los instrumentos de evaluación de los factores que influyen en la capacitación continua del profesional de enfermería? (Figura 11), considerando lo siguiente:

Figura 11
Acrónimo PICO para revisión sistemática



Problema (P)	• Instrumentos de evaluación
Interés (I)	• Factores que influyen en la capacitación continua
Contexto (Co)	• Profesional de Enfermería

Fuente: Elaboración propia

Las bases de datos utilizadas fueron Scopus, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Dialnet, Literatura Latinoamericana y del Caribe en ciencias de la salud (Lilacs), Elsevier y Google académico, delimitando las palabras clave mediante los DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y NLM (National Library of Medicine) para el caso de Scopus con la palabra Medical Subject Heading o llamado MeSH.

Lo anterior se complementó con el diagrama de flujo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses), mediante los siguientes criterios de selección:

- Inclusión: Artículos completos en idioma español, inglés, portugués y malayu referentes al tema de búsqueda desde el año 2011 a 2021.
- Criterios de Exclusión: Información visualmente repetida, artículos con solo resumen, sin relación al tema, en idioma fuera de los incluidos y con antigüedad de más de 10 años.

De este modo se encontraron 52 artículos con aspectos relevantes acerca de la capacitación continua, 14 de ellos incluyeron instrumentos validados y no validados para evaluar qué factores influyen para que el profesional no se capacite.

Tipo de estudio

Prospectivo, Longitudinal y exploratorio.

Enfoque

Mixto: La presente investigación consistió en dos etapas para la validación del instrumento BPCC; primero con la fase cualitativa mediante una técnica Delphi y la segunda etapa con fase cuantitativa con el Análisis Factorial y confiabilidad interna mediante Alfa de Cronbach.

Fase 1: Cualitativa

Universo y Muestra (N y n): 25 expertos en el tema (mínimo 7, no más de 30 de acuerdo a Landeta, 1999).

Se considerará experto a personal de enfermería con nivel académico de licenciatura o posgrado, con mínimo de 5 años de experiencia, (Benner, 1984).

Muestreo: No probabilístico por conveniencia

Criterios de Selección:

- Inclusión:
 - Profesionales con nivel académico mínimo de licenciatura
 - Mínimo 5 años de experiencia laboral
 - Experiencia en el área de docencia, administración y gerencia.
- Exclusión:
 - No desee participar:
 - Poco dominio en el manejo de TIC's.
- Eliminación:
 - Instrumento devuelto fuera de 15 días posteriores a la recepción por el experto
 - Que desee abandonar el estudio

Aspectos éticos: Consentimiento informado para los expertos que validen el instrumento a fin de preservar su identidad y privacidad de la información de acuerdo a la declaración de Helsinki. Debido al confinamiento social debido a la pandemia Covid-19, en la cual se desarrolló la investigación, se omitió la firma autógrafa y se pidió el número de cedula profesional como dato inequívoco para aprobación del consentimiento (Anexo 1).

Recolección de datos: Se diseñó un instrumento con aspectos relevantes para determinar las barreras para la capacitación continua, mediante la búsqueda de literatura referente al tema dimensionando los aspectos internos y externos que influyen en la capacitación continua; se evaluó mediante una escala de medición tipo Likert del 1 al 5 donde 1 es igual a “Totalmente en desacuerdo”, 2 o “Medianamente en desacuerdo”, 3 igual a “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, 4 o “Medianamente de acuerdo” y 5 equivalente a “Totalmente de acuerdo”, mismo que se envió cuantas veces fue necesario al grupo de expertos seleccionado con el fin de obtener la validación teórica del instrumento.

Fase 2: Cuantitativa

Procesamiento de datos: Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa de Excel y IBM SPSS Statistics versión 20

Análisis de datos: Se obtendrá la media de respuestas por ítem y dimensión, la varianza de respuestas, el porcentaje de aceptabilidad de ítems, confiabilidad interna mediante un Alfa de Cronbach y análisis de factores multivariados posterior a la aplicación de prueba piloto de una muestra representativa poblacional.

Los datos obtenidos se representaron mediante gráficos de Radio, dispersión, histogramas y tablas para mejor comprensión del contenido.

8. RESULTADOS

Procedente de la búsqueda de información dentro de los 52 artículos de la revisión sistemática, incluyendo todas las modalidades existentes, se encontró que las principales causas ya observadas por las cuales el profesional de enfermería no se capacitó fueron:

- Razón económica, dentro de factores personales.
- Nivel académico, en factores profesionales.
- Poco interés por la mejora profesional, dentro de la orientación motivacional.
- Índice de clasificación de cursos, dentro del contexto laboral.

En la metodología utilizada para obtención de datos en los artículos revisados (Entrevistas, observación directa, cuestionarios check list) se mencionaron situaciones importantes que quedaron excluidas o eliminadas al no formar parte de lo que preguntaba el instrumento, haciendo solo énfasis en los factores motivacionales u organizacionales.

Los artículos más recientes engloban a la capacitación continua en todas sus modalidades, hallando que cada una tiene un factor de predominio como barrera para capacitación (Tabla 4).

La información obtenida se organizó en 4 dimensiones, nombrándolos en lo siguiente: Factores Sociodemográficos, Factores Personales, Factores Laborales y Factores Organizacionales. Los personales se subdividieron en Biológicos, Psicológicos, Sociales y Habilidades cognitivas; Los factores organizacionales se subdividieron en lo que percibe el personal de la organización y lo que la organización da al profesional (Figura 12).

Tabla 4

Barrera predominante por tipo de capacitación

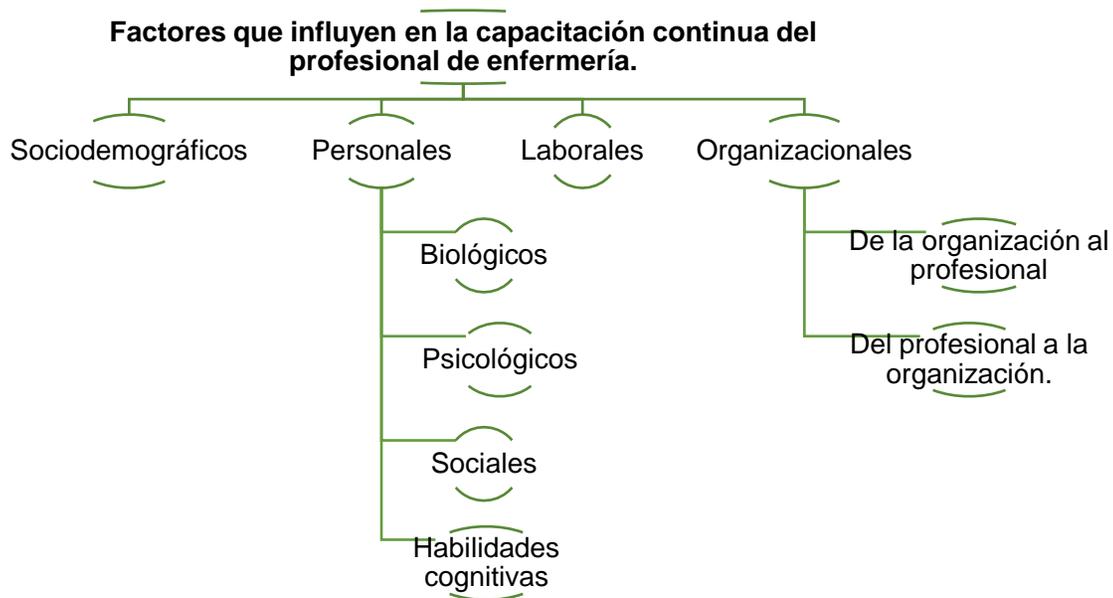
Cuadro 1		
Predominio Modalidad	Barrera	Observación
Presencial	Laboral	Énfasis en la falta de espacios para capacitarse en su jornada laboral o becas de tiempo.
Semipresencial	Socioeconómico	Las capacitaciones aumentan el costo por la modalidad, haciéndola inaccesible para algunos.
A distancia	Personal: Psicológico	La ausencia de una figura pedagógica o no observar un rostro distinguiendo la gestualidad del facilitador, desmotiva al profesional.
En línea	Organizacional: De la organización al profesional	Las organizaciones no valoran este tipo de capacitación, exigiendo que esta sea en modo presencial.

Fuente: Elaboración propia

Se realizó una búsqueda adicional, contemplando 20 artículos más para complementar información de los factores en los cuales no había suficientes datos, esto con las palabras clave: Factores sociodemográficos”, “Factores personales”, “Factores laborales” y “Factores organizacionales”. Se agregaron determinantes biológicos en los factores personales para darle relevancia al estado de salud del profesional, ya que estos no están exentos de enfermedades y se buscó indagar si en estas personas influía más su estado de salud que otra determinante.

Figura 12

Representación gráfica de la agrupación de factores



Fuente: Elaboración propia

Dentro de la búsqueda se identificaron 14 instrumentos de evaluación validados y no validados (Tabla 5) en materia de capacitación, con un predominante enfoque en el área organizacional, dejando datos abiertos solo para la parte estadística, no se generó la pregunta si alguno de sus datos sociodemográficos sea un factor influyente en la capacitación, o si los factores que consideran organizacionales tenían que ver más con la actividad laboral del individuo.

Tabla 5

Instrumentos validados y no validados; principales aspectos

Autor del artículo	Año	Nombre del autor / nombre del instrumento	Área de aplicación	Tipo de capacitación	Resultados
Sanjuan AA. et al.	1992	Alonso y Gallego / CHAEA	Estilo de aprendizaje	No se menciona	Uno de los más utilizados en Iberoamérica. En las unidades privadas de salud donde se ha implementado el método CHEA, se ha repostado un aumento en asistencia a capacitaciones.
Chang M. et al.	1995	DeSilets / Escala de Razones de Participación (PRS), utilizada en México por primera vez, con un Alfa de Cronbach de 0.95.	Capacitación	Presencial	Profundiza en los factores personales y motivacionales del trabajador para participar en cursos de capacitación.
Flores Peña Y.	1999	Flores Peña / PEC o Participación en Educación Continua (Alfa de Cronbach de 0.7).	Capacitación continua	Presencial	Menciona que los factores personales y motivacionales predominaron en la capacitación continua.
Araujo V. et al.	2000	Rocher y Teel Metaevaluación	Gestión laboral	No se menciona	Dejo en descubierto que las evaluaciones del desempeño son tomadas en cuenta para recompensa por parte del gerente y no como evaluación del mismo empleado. Pocas organizaciones aprovechan su sistema de evaluación para ajustarlo con las metas organizacionales.

Autor del artículo	Año	Nombre del autor / nombre del instrumento	Área de aplicación	Tipo de capacitación	Resultados
Araujo V. et al.	2001	García Cue / Valoración correlativa	Estándares prefijados	No se menciona	La evaluación es una determinante para cumplir metas organizacionales y laborales.
Hernández A. et al.	2007	Hernández y García / Desconocido. Menciona un instrumento de 4 secciones: datos sociodemográficos, habilidades y destrezas, importancia de la asistencia a cursos de educación continua y sentimiento sobre la conducta asistencial; Alfa de Cronbach de 0.78.	Capacitación continua	Presencial	Resalto que los principales factores que influyen para que el personal no se capacite son: baja remuneración económica, falta de tiempo debido a estado civil, número de hijos, tareas desempeñadas en el hogar, falta de difusión e información de los cursos.
Pérez T.	2008	Gómez / Análisis de estrategia empresarial.	Gestión productiva	Presencial	Cultura organizacional como parte de la competitividad. Capacitar al personal para innovar, forma parte de la estrategia de éxito.
Carrillo AP.	2009	Mohammad Zadeh y Saghaei / Modelo de cultura de calidad y modelo de ecuaciones estructurales	Alta dirección y gestión humana a través de planes de calidad y medición.	No se menciona	Enfoque en la cultura y estructura organizacional como parte del éxito de la unidad.

Autor del artículo	Año	Nombre del autor / nombre del instrumento	Área de aplicación	Tipo de capacitación	Resultados
Pérez T.	2009	Ilies, Crisan, Salanca y Butilcâ / Test de Feedback 360.	Mejora del rendimiento empresarial.	Presencial	Énfasis en el clima y cultura laboral para la formación de trabajadores. Evaluación del grado de integración.
Soto P.	2013	Keller / Modelo de Diseño Motivacional o ARCS	Educación en enfermería	Presencial	Modelo validado, centrado en maximizar la efectividad del educador de enfermería con énfasis en la confianza y satisfacción del educando.
Pérez T.	2013	Weaver, Salamonson y Koch / Encuesta de pregunta abierta titulada "Nursing on television: student perceptions of television's role in public image, recruitment and education."	Enfermería	No identificada	No había una igualdad entre cómo se percibía el profesional de enfermería y la sociedad.
Carrillo AP.	2014	Hernández, Méndez y Contreras / Modelo tipológico basado en "Modelo de valores por competencia"	Clima organizacional	No se menciona	Hace referencia a 2 dimensiones de cultura: a) flexibilidad -discreción y estabilidad-control; y b) focos interno-integración y externo – diferenciación.

Autor del artículo	Año	Nombre del autor / nombre del instrumento	Área de aplicación	Tipo de capacitación	Resultados
Sanjuan AA.	2016	Quinn y Garvín / Enfoque Cultural de Cameron y Quinn (Encuesta validada por triangulación estadística).	Liderazgo en enfermería.	No se menciona	Describen la relación entre innovación y cultura organizacional. Mencionan un predominio de la cultura jerárquica en las organizaciones de salud y hacen un énfasis en la actualización de los empleados como método innovador.
Regmi K. et al.	2020	Regmi y Jones / No se menciona	UK, 24 enfermeras de la UCI	En línea o a distancia.	Expectativas pobres acerca del contenido de los cursos en línea; Recursos intensivos al solo tomarse cuando es necesario reforzar algún conocimiento; No hay contenidos para las áreas que les gustaría abordar; y Falta de habilidades en informática.

Fuente: Elaboración propia

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

El resultado, fue el diseño de un instrumento para evaluar las Barreras Para Capacitación Continua o “BPCC” (Tabla 6). Los ítems que se consideraron necesarios para obtener información acerca del por qué no se capacita el profesional de enfermería fueron inicialmente 61 y de acuerdo a cada dimensión, se contemplaron: 12 para los Factores Sociodemográficos, 20 para los Factores Personales, 12 para los Factores Laborales y 17 para los de tipo Organizacional.

Los ítems se redactaron en modo neutral y su escala de evaluación tipo Likert fue del 1 a 5, diseñada para evaluar el instrumento y dirigida al panel de expertos:

1. Totalmente en Desacuerdo
2. Medianamente en desacuerdo
3. Ni en desacuerdo ni en acuerdo
4. Medianamente de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Tabla 6

Instrumento BPCC (México 2021) diseñado para evaluar las Barreras Para Capacitación Continua.

Factores Sociodemográficos= 12	
1	La edad es un factor que influye para que se capacite
2	El género (mujer u hombre) influye en la oportunidad de capacitarse.
3	El estado civil es un condicionante de la actividad de capacitación como profesional.
4	La actividad laboral del profesional le permite tener el tiempo suficiente para capacitarse.
5	La situación económica del profesional es suficiente para capacitarse.
6	El número de personas dependientes del profesional ocasiona que no se capacite.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

7	El tipo de capacitación continua (presencial, semipresencial, a distancia o en línea) influye en la decisión de capacitarse.
8	La distancia del hogar al centro de capacitación (Corta de 0 a 1 hora, Media de 1 a 2 horas o Larga de 2 a 3 horas), influye en que el profesional se capacite continuamente.
9	Saber un segundo idioma facilita el hecho de capacitarse.
10	Tener o no habilidades y conocimientos en equipo de cómputo y plataformas digitales, influye en tomar o no capacitaciones distintas a la presencial.
11	El tipo de población del área laboral (rural o urbana) hace que se persista o desista en capacitarse.
12	El tipo de población donde se habita (rural o urbana) hace difícil el capacitarse continuamente.
Factores Personales= 20	
1	Padecer alguna discapacidad, hace la tarea de capacitarse más difícil.
2	Padecer alguna enfermedad crónica-degenerativa consume mayor vitalidad y tiempo, lo que impide capacitarse.
3	La fatiga ocasionada por actividades diarias (rutinarias y laborales) impide la continuidad de la capacitación continua.
4	La postura en las que la mayoría de los cursos se desarrollan (sedente), causa algún tipo de dolor o molestia que impide continuar la actualización.
5	Me siento recompensado luego de tomar una capacitación continua.
6	La capacitación continua es una obligación.
7	Cuando se considera saber poco en un tema, se busca obtener conocimiento mediante la capacitación.
8	Asistir a un curso concurrido o el hecho de participarse genera estrés o ansiedad.
9	Una crítica en base a un bajo conocimiento o que este no sea actual, lo tomo para mejora.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

10	Me siento alegre y en confianza en el trabajo.
11	La vocación por ser enfermera es inspiración para capacitarme continuamente.
12	Me siento vulnerable ante la sociedad por ser enfermera (o).
13	La sociedad percibe a enfermería de la misma manera en que el profesional lo hace.
14	Es un compromiso hacia la población, el capacitarte continuamente.
15	Considero tener buena memoria.
16	Me es difícil asimilar nueva información.
17	Comprendo adecuadamente datos estadísticos.
18	Tengo una planeación de mis tiempos y actividades cuando sé que tomare una capacitación.
19	Los términos que utilizan mis colegas durante los cursos de actualización, los comprendo fácilmente.
20	Me es fácil plasmar por escrito una información para después revisarla.
Factores Laborales= 12	
1	De acuerdo al nivel de atención en el que se labora, se requiere mayor o menor capacitación continua en comparación con otros niveles de atención.
2	El aumento de la experiencia laboral ocasiona que se considere capacitarse en menor cantidad.
3	Ser personal basificado o eventual, influye en que se capacite continuamente.
4	El turno en el que se labora hace que haya más o menos tiempo para actualizarse.
5	El tiempo libre durante la jornada laboral, me permitiría tomar capacitación continua.
6	La función desempeñada en el área laboral (personal operativo, jefe de piso, supervisión, enseñanza, calidad, jefatura o dirección) influye en capacitarse en mayor cantidad.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

7	Tener un nivel educativo más elevado, aísla del resto de los compañeros.
8	Hay un aumento de poder sobre los demás, cuando tu nivel educativo aumenta.
9	La calidad de la comunicación con el equipo de trabajo, influyen en capacitarse a menudo.
10	La asignación de las funciones laborales debe ser de acuerdo al nivel académico que se sustenta.
11	Considero oportuna la frecuencia con que se realizan los cambios de servicio.
12	El patrón de cambios de servicio influye en la búsqueda de capacitación.
Factores Organizacionales= 17	
1	La unidad hospitalaria debe contar con la infraestructura necesaria para llevar a cabo cursos de capacitación continua.
2	Las encuestas de los cursos que al profesional le gustaría tener, se realizan por lo menos anualmente.
3	En mi unidad hay gaceta o medios de información que pongan al día de los acontecimientos relevantes en salud y en capacitaciones de actualización.
4	Existe un instrumento de evaluación de necesidades de capacitación en mi área laboral.
5	Hay opciones distintas a la presencial para capacitarse en la unidad laboral.
6	Posterior a una capacitación, hay un seguimiento del conocimiento o destreza aprendida.
7	Existen grupos internos de capacitación, formación o conocimientos en mi jornada laboral.
8	Mis jefes inmediatos (de piso y supervisores) incentivan a seguir capacitándose.
9	Hay discriminación por el tipo de contratación en el otorgamiento de becas o tiempo para capacitación.
10	Me siento escuchado al expresar mis afinidades de aprendizaje.

11	Me siento recompensado de alguna manera por capacitarme.
12	Hay capacitaciones dentro de mi jornada laboral.
13	El no capacitarse, tiene sanciones.
14	Cantidad de cursos tomados anualmente.
15	Cantidad de cursos tomados autofinanciados.
16	Cantidad de cursos concedidos por tu unidad laboral.
17	Cantidad de cursos tomados de manera externa.

Fuente: Elaboración propia

Técnica Delphi (Validación por expertos).

Inicialmente se reunieron 27 jueces de los cuales 1 se eliminó al no contar con cedula profesional que comprobara su nivel académico y el segundo se excluyó por evaluar el instrumento incorrectamente. Cabe destacar que se les estableció un tiempo para entregar el material y aquel al que se le indico nuevamente como realizarlo, sobre limito el tiempo. La primera ronda inicio el 31 de Marzo de 2021 y termino el 10 de Mayo, los cuestionarios fueron enviados vía correo electrónico y las respuestas se recibieron por el mismo medio.

Los jueces evaluaron que los ítems tuvieran correspondencia con la dimensión, redacción, coherencia, aportaciones al tema de interés y tuvieron la oportunidad de brindar sus respectivas observaciones y aportaciones al instrumento.

Se consideraron aprobados aquellos ítems que tuvieran 20 respuestas evaluadas con 4 y 5 de la escala tipo Likert manejada (equivalente a Medianamente de acuerdo y Totalmente de acuerdo), aquellos que tuvieron evaluaciones con puntaje menor a 20 se reestructuraron de acuerdo a las observaciones obtenidas por los expertos, se consideraron para enviar a otra revisión.

Primera ronda

El análisis de fiabilidad de esta primera revisión fue de 0.997 mediante un Alfa de Cronbach realizada a los 61 elementos.

La media de respuestas del instrumento en general fue de 3.9 correspondiente a puntaje 3 y 4 o “Ni en desacuerdo ni en acuerdo” y “Medianamente de acuerdo”; una mínima de 2.4 y máxima de 4.9 (Tabla 7). La varianza fue de 0.30 y la Desviación Estándar de 0.54, considerando que su aproximación al 1 indico variabilidad de respuestas y calificaciones dispersas.

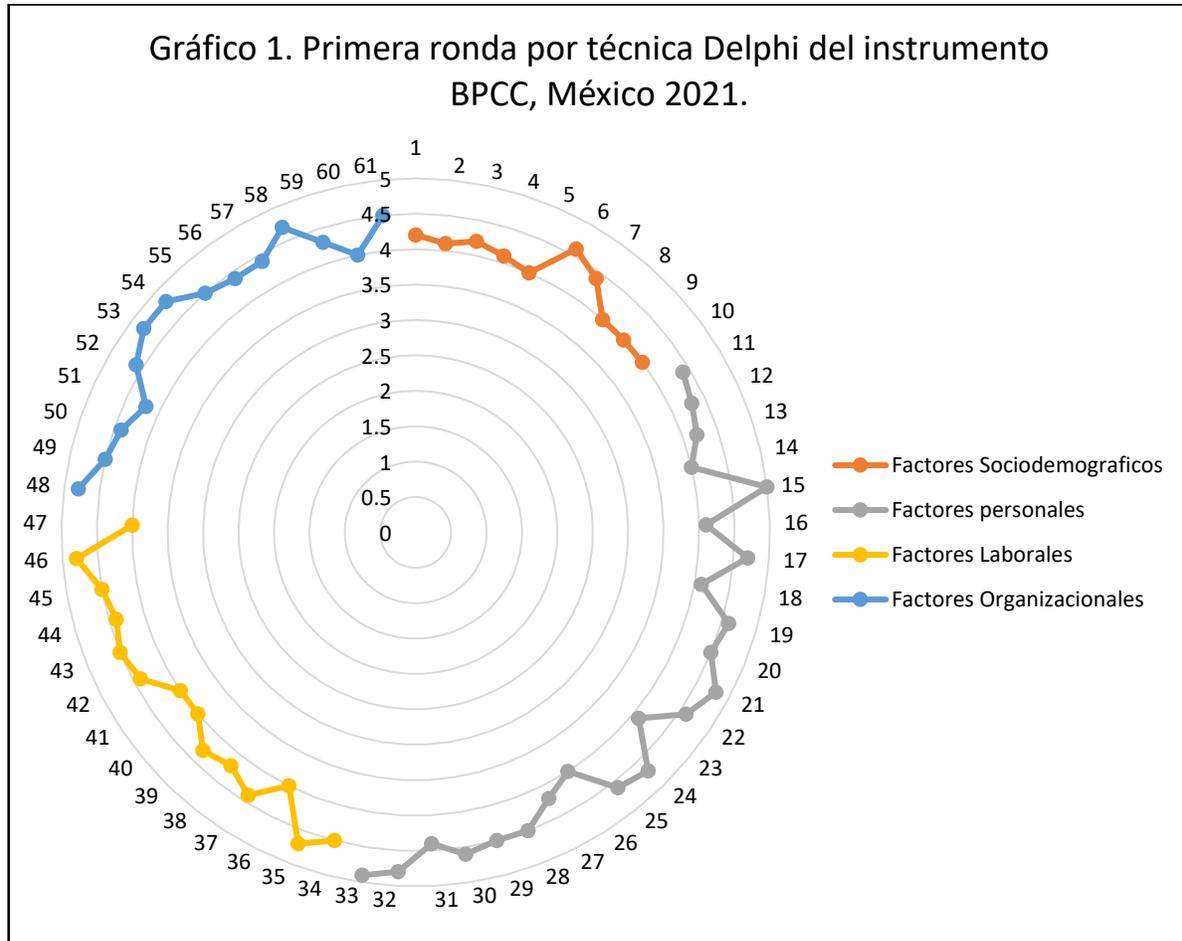
De los 61 ítems totales (Gráfico 1), 28 alcanzaron puntuaciones de 20 puntos a más, el equivalente a 80% necesario para considerarse un enunciado aprobado; 33 salieron del rango mínimo de 4 que se asocia a una desaprobación del ítem. Las principales causas por las que no se aprobaron los ítems, fueron la incomprensión del enunciado, expresión de respuestas propias y la no concordancia con la dimensión. En algunas dimensiones como la de Factores Sociodemográficos, hubo controversia en cuanto a términos como “genero”, sin embargo cabe destacar que para fines de la investigación, el género es una situación relevante debido al predominio de la mujer en el ámbito de la enfermería, no se busca hacer distinción o discriminación en cuanto a las preferencias sexuales de los profesionales; En otras situaciones como la “cantidad de cursos proporcionados”, de acuerdo a la Ley General de Profesionales en México (2020) refieren que se debe tener un mínimo de 8 cursos al año, incluso pueden ser insuficientes para toda la información en la que el profesional de enfermería debe capacitarse, actualizarse y desarrollarse.

Tabla 7
Media de respuestas.

Medias de los elementos	Media	Mínimo	Máximo	N de elementos
	3.9	2.4	4.9	61

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1
Media de los 61 ítems



Fuente: Elaboración propia

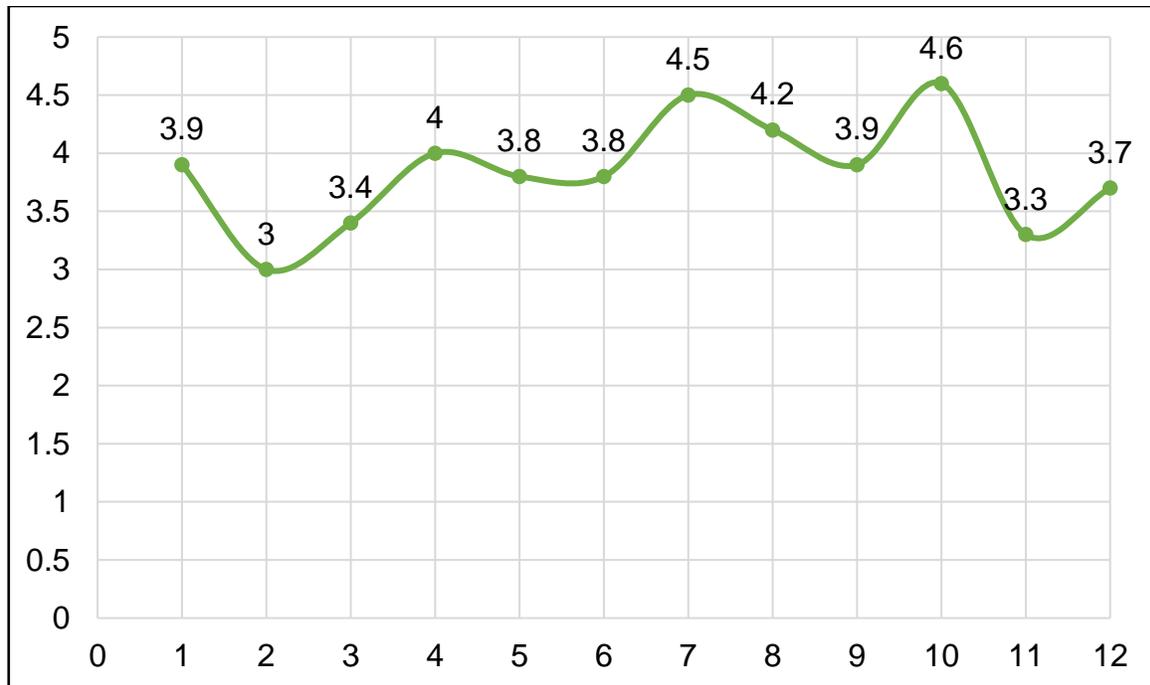
Factores Sociodemográficos.

La media de respuestas de esta dimensión fue de 3.8 (Gráfico 2), contando con 4 ítems aceptados y 8 para observaciones (Tabla 8).

Los ítems 7 y 8 relacionados con tipo de capacitación y distancia del hogar al trabajo respectivamente, obtuvieron un nivel de acuerdo que va desde medianamente a totalmente de acuerdo por encima del 80% de los jueces por lo que desde la primera ronda se consideraron aprobados.

Gráfico 2

Media de Factores Sociodemográficos



Fuente: Elaboración propia

El ítem 4 con variable tiempo para capacitarse y 10 o conocimiento de plataformas digitales y computo, presentaron concordancia de comprensión lectora y sintaxis con calificaciones de 20 a más puntos, sin embargo dentro de las observaciones realizadas por los jueces destacaron la importancia de cambiar el ítem de dimensión ya que no tenían concordancia con la dimensión presentada, por lo cual se aprueban y se modifica la dimensión de ubicación a factores laborales y personales respectivamente.

El ítem número 9 o dominio de un segundo idioma de acuerdo a las observaciones de los jueces no pertenecía a la categoría de primera elección por lo que se cambia a factores personales sección habilidades cognitivas y se reestructura en la misma para ser evaluado nuevamente.

Los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 11 y 12 no fueron aprobados y presentaron observaciones de su contenido.

Tabla 8.

Descripción de las calificaciones obtenidas por ítem de los Factores sociodemográficos.

No	Ítem	Escala Likert										Total (Escala 4 y 5)	(%)	Aprobado
		Totalmente en desacuerdo		Medianamente en desacuerdo		Ni en desacuerdo ni en acuerdo		Medianamente de acuerdo		Totalmente de acuerdo				
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%			
1	La edad es un factor que influye para que se capacite.	3	12	1	4	2	8	8	32	11	44	19	76	No
2	El género (mujer u hombre) influye en la oportunidad de capacitarse.	8	32	3	12	3	12	2	8	9	36	11	44	No
3	El estado civil es un condicionante de la actividad de capacitación como profesional.	7	28	1	4	1	4	7	28	9	36	16	64	No
4	La actividad laboral del profesional le permite tener el tiempo suficiente para capacitarse.	1	4	1	4	3	12	10	40	10	40	20	80	Si
5	La situación económica del profesional es suficiente para capacitarse.	2	8	2	8	2	8	11	44	8	32	19	76	No
6	El número de personas dependientes del profesional ocasiona que no se capacite.	3	12	2	8	1	4	8	32	11	44	19	76	No

7	El tipo de capacitación continua (presencial, semipresencial, a distancia o en línea) influye en la decisión de capacitarse.	1	4	0	0	1	4	6	24	17	68	23	92	Si
8	La distancia del hogar al centro de capacitación (Corta de 0 a 1 hora, Media de 1 a 2 horas o Larga de 2 a 3 horas), influye en que el profesional se capacite continuamente.	1	4	2	8	2	8	4	16	16	64	20	80	Si
9	Saber un segundo idioma facilita el hecho de capacitarse.	2	8	1	4	5	20	5	20	12	48	17	68	No
10	Tener o no habilidades y conocimientos en equipo de cómputo y plataformas digitales, influye en tomar o no capacitaciones distintas a la presencial.	0	0	1	4	1	4	4	16	19	76	23	92	Si
11	El tipo de población del área laboral (rural o urbana) hace que se persista o desista en capacitarse.	6	24	3	12	2	8	5	20	9	36	14	56	No
12	El tipo de población donde se habita (rural o urbana) hace difícil el capacitarse continuamente.	3	12	3	12	2	8	6	24	11	44	17	68	No

Fuente: Elaboración propia.

Nota: "Fr" es equivalente a frecuencia y "%" equivalente a porcentaje

De acuerdo a la variable edad, el 24% de los jueces se ubicaron en las escalas Ni en desacuerdo ni en acuerdo a Totalmente en desacuerdo, sustentando su posición en observaciones referentes a la redacción del ítem y no concordancia.

El ítem 2 causó opiniones relacionadas a la diversidad de género, entre las cuales:

- Juez 2: Se debe abordar el género desde todas sus variantes
- Juez 6: Este ítem suena discriminatorio
- Juez 11: Se debe abordar el ítem de manera distinta para evitar susceptibilidades.
- Juez 13: Se debería eliminar
- Juez 17: Genera confusión por la diversidad de genero
- Juez 23: Se tiene que especificar con más claridad para evitar daños.

El ítem se reestructura y se define de acuerdo a la RAE la palabra “Genero” que es “el agrupamiento de especies que comparten ciertos caracteres” y que en esta investigación no se hace referencia ni se discrimina por la preferencia sexual, más bien busca definir si las actividades de la vida en el hogar o de ser la base de sostén económico familiar influye.

En relación con el ítem 3 o estado civil, tuvo una evaluación de 16 o 64%, destacando que se emitieron respuestas en base personal es decir si el juez de acuerdo a su estado civil se capacita o no, por lo cual se reestructura en base a las observaciones relevantes y se envía nuevamente a evaluación.

Los ítems 5 y 6 tuvieron observaciones de redacción, se procedió a reestructurar.

El ítem 11 tuvo disparidad en comprensión del enunciado y en términos utilizados como rural y urbana. Se estructura nuevamente.

En el caso del ítem 12 presentó observaciones de carácter personal para el juez, ya que mencionaron no ser un factor para no capacitarse el vivir en una zona rural o urbana, sin embargo calificaron el ítem dando una respuesta subjetiva, dicho lo anterior se decide reestructurar y enviar para nueva evaluación.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

De los 25 jueces, 8 de ellos recomendaron o hicieron observaciones de agregar un ítem que calificara si hay preferencia de acuerdo a si es hombre y mujer y sus temas selectos para capacitarse, por lo cual para la siguiente revisión se agregó un ítem más ya que se consideró como enunciado relevante para obtener información de los factores negativos para capacitarse y el cual es:

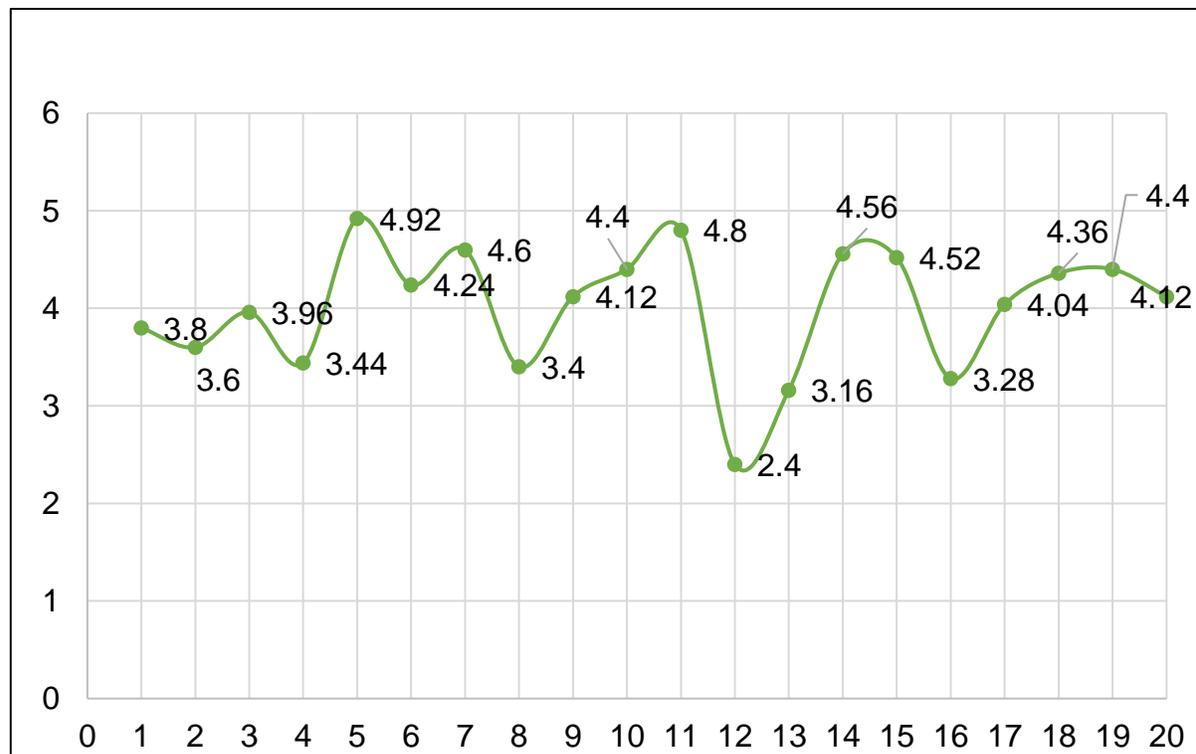
13.- Nueva: Tu género (Hombre o mujer) hace que tengas mayor atracción hacia algún tema de capacitación (Ejemplo: Mujeres a temas de ginecología y hombres a temas de urgencias).

Factores personales.

La media de respuestas de esta dimensión fue de 4,0 (Gráfico 3), contando con 12 ítems aprobados por calificación y 8 para observaciones (Tabla 9).

Gráfico 3

Media de Factores Personales



Fuente: Elaboración propia

Tabla 9 .

Descripción de las calificaciones obtenidas por ítem de los factores personales.

No	Ítem	Escala Likert										Total (Escala 4 y 5)	(%)	Aprobado
		Totalmente en desacuerdo		Medianamente en desacuerdo		Ni en desacuerdo ni en acuerdo		Medianamente de acuerdo		Totalmente de acuerdo				
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%			
1	Padecer alguna discapacidad, hace la tarea de capacitarse más difícil.	2	8	2	8	4	16	8	32	9	36	17	68	No
2	Padecer alguna enfermedad crónica-degenerativa consume mayor vitalidad y tiempo, lo que impide capacitarse.	2	8	5	20	4	16	4	16	10	40	14	56	No
3	La fatiga ocasionada por actividades diarias (rutinarias y laborales) impide la continuidad de la capacitación continua.	2	8	2	8	3	12	6	24	12	48	18	72	No
4	La postura en las que la mayoría de los cursos se desarrollan (sedente), causa algún tipo de dolor o molestia que impide continuar la actualización.	6	24	3	12	1	4	4	16	11	44	15	60	No
5	Me siento recompensado luego de tomar una capacitación continua.	0	0	0	0	1	4	0	0	24	96	24	96	Si
6	La capacitación continua es una obligación.	2	8	0	0	3	12	5	20	15	60	20	80	Si

7	Cuando se considera saber poco en un tema, se busca obtener conocimiento mediante la capacitación.	0	0	2	8	2	8	0	0	21	84	21	84	Si
8	Asistir a un curso concurrido o el hecho de participarse genera estrés o ansiedad.	6	24	2	8	1	4	8	32	8	32	16	64	No
9	Una crítica en base a un bajo conocimiento o que este no sea actual, lo tomo para mejora.	3	12	0	0	2	8	6	24	14	56	20	80	Si
10	Me siento alegre y en confianza en el trabajo.	1	4	0	0	3	12	5	20	16	64	21	84	Si
11	La vocación por ser enfermera es inspiración para capacitarme continuamente.	0	0	0	0	1	4	3	12	21	84	24	96	Si
12	Me siento vulnerable ante la sociedad por ser enfermera (o).	13	52	1	4	3	12	4	16	4	16	8	32	No
13	La sociedad percibe a enfermería de la misma manera en que el profesional lo hace.	6	24	4	16	2	8	6	24	7	28	13	32	No
14	Es un compromiso hacia la población, el capacitarte continuamente.	2	8	0	0	1	4	1	4	21	84	22	88	Si
15	Considero tener buena memoria.	0	0	0	0	2	8	8	32	15	60	23	92	Si
16	Me es difícil asimilar nueva información.	6	24	4	16	2	8	3	12	10	40	13	52	No
17	Comprendo adecuadamente datos estadísticos.	2	8	2	8	1	4	8	32	12	48	20	80	Si

18	Tengo una planeación de mis tiempos y actividades cuando sé que tomare una capacitación.	2	8	0	0	1	4	6	24	16	64	22	88	Si
19	Los términos que utilizan mis colegas durante los cursos de actualización, los comprendo fácilmente.	2	8	0	0	1	4	5	20	17	68	22	88	Si
20	Me es fácil plasmar por escrito una información para después revisarla.	3	12	0	0	2	8	6	24	14	56	20	80	Si

Fuente: Elaboración propia.

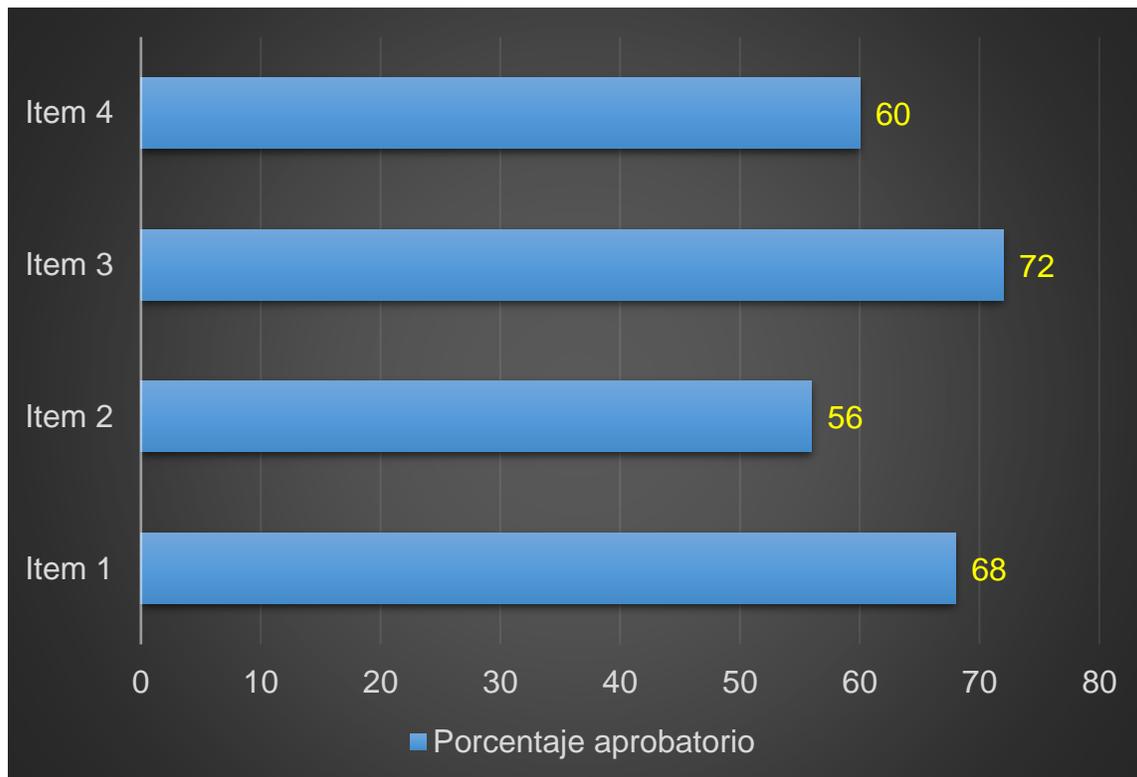
Nota: "Fr" es equivalente a frecuencia y "%" equivalente a porcentaje

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

La dimensión “Biológicos” obtuvo en sus 4 ítems calificaciones menores al 80 % de aprobación (Gráfico 4) , teniendo observaciones de especificidad, redacción, sintaxis, neutralidad de ítem y comprensión del enunciado, motivo por el cual son estructurados para enviar nuevamente a evaluación. Con el caso del ítem 4, se especificó la postura sedente que es la más común cuando se toma una capacitación. En el caso del ítem uno y dos, se recomendó especificar cual discapacidad o enfermedad existía en el profesional, no obstante, al existir una diversidad de estas se optó por redactar nuevamente el enunciado de manera generalizada.

Gráfico 4

Dimensión Biológicos de Factores Personales



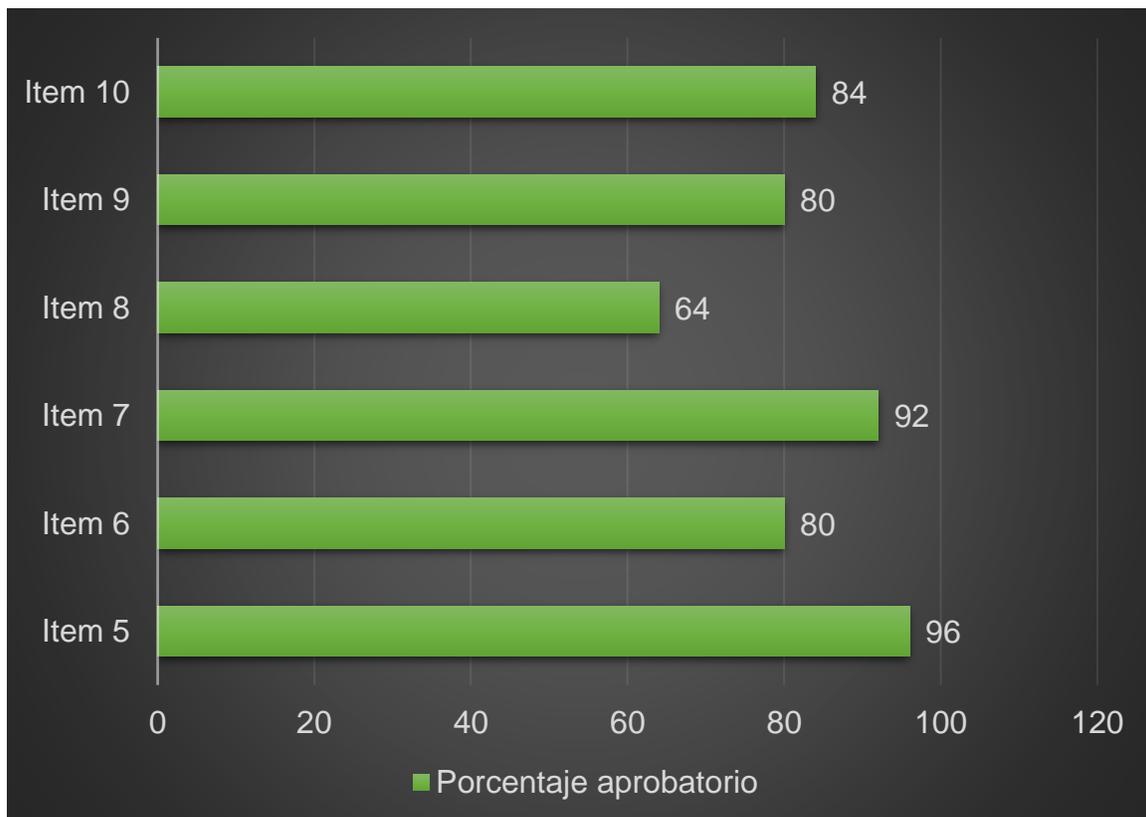
Fuente: Elaboración propia.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

En la segunda dimensión o “Psicológicos” (Grafico 5), los ítem 5, 7 y 10 de las variables recompensa, obtención de conocimiento y confianza en el trabajo respectivamente, obtuvieron calificaciones entre medianamente de acuerdo a totalmente de acuerdo de 20 puntos o igual a mayor del 80% de porcentaje requerido, por lo que se consideraron aprobados; En los ítem 6 y 9 de las variables obligación y critica se detectaron algunas observaciones en cuanto a ortografía las cuales se modificaron y aunque ambos obtuvieron por arriba del 80% de aprobación, se decidió reenviar para el acuerdo del panel de expertos. El ítem 8 de la variable ansiedad y/o estrés fue mal interpretado y se obtuvieron respuestas personales al ítem, por lo que sin modificación es reenviado a evaluación.

Gráfico 5

Dimensión Psicológicos de Factores Personales



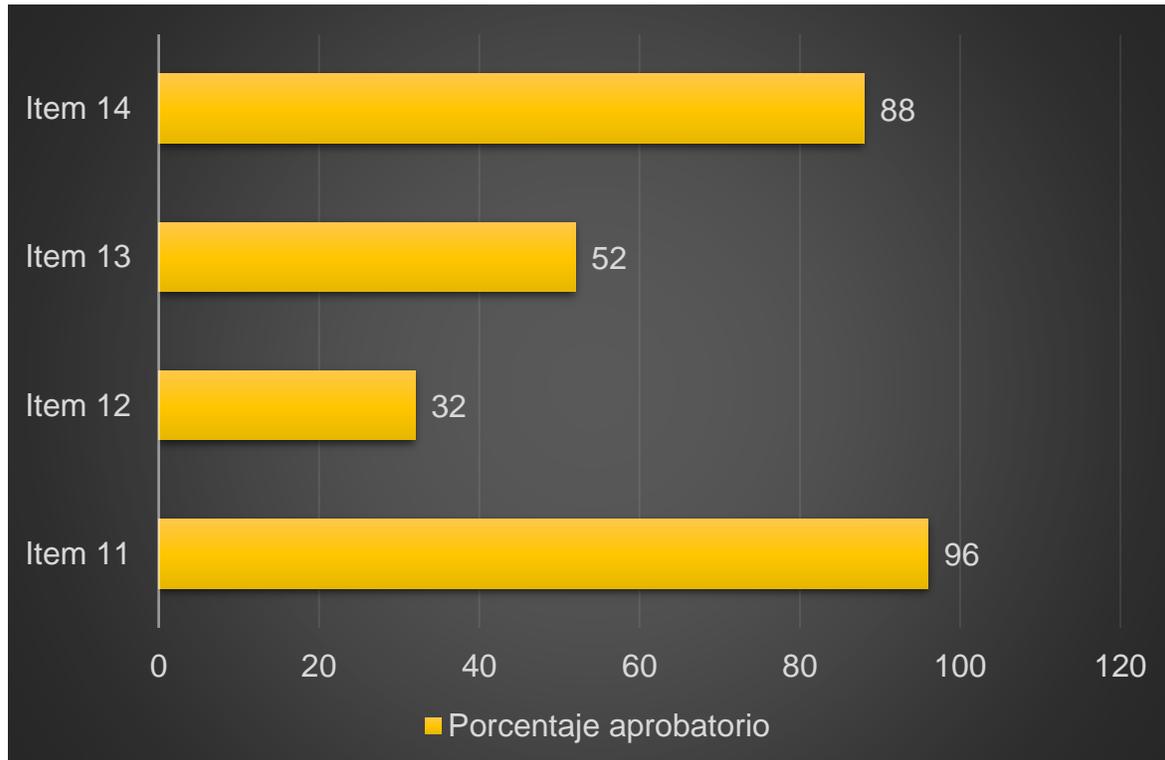
Fuente: Elaboración propia.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

En la dimensión sociales (Grafico 6), los ítems 11 o vocación y 14 o compromiso de capacitación, obtuvieron 84% de aprobación y sin modificaciones en su enunciado. Los ítems 12 y 13 fueron modificados casi en la totalidad del enunciado pero buscando obtener la respuesta de vulnerabilidad y reconocimiento ante la sociedad respectivamente; las observaciones de los ítems por reestructurar fueron en cuanto a redacción y comprensión del enunciado.

Gráfico 6

Dimensión Sociales de Factores Personales



Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión de habilidades cognitivas (Grafico 7), los ítems 15 o memoria, 17 o comprensión de datos estadísticos, 18 o planeación de horarios, 19 o terminología profesional y 20 o plasmar información, resultaron aprobadas con calificaciones mayor a 20% equivalente al igual o mayor del 80%. El ítem 16 obtuvo

un porcentaje de calificación del 52% y de acuerdo a las observaciones y revisión de los ítems, contenía información similar, por lo cual es eliminada por semejanza. Se anexa en esta categoría el ítem 9 de Factores sociodemográficos “Conocimiento de un segundo idioma” y se envía para nueva evaluación. Cabe destacar un 48% equivalente a 12 jueces dentro de sus observaciones realizadas recomendó agregar ítems fundamentales en el conocimiento de las barreras para la capacitación continua, expresando lo siguiente:

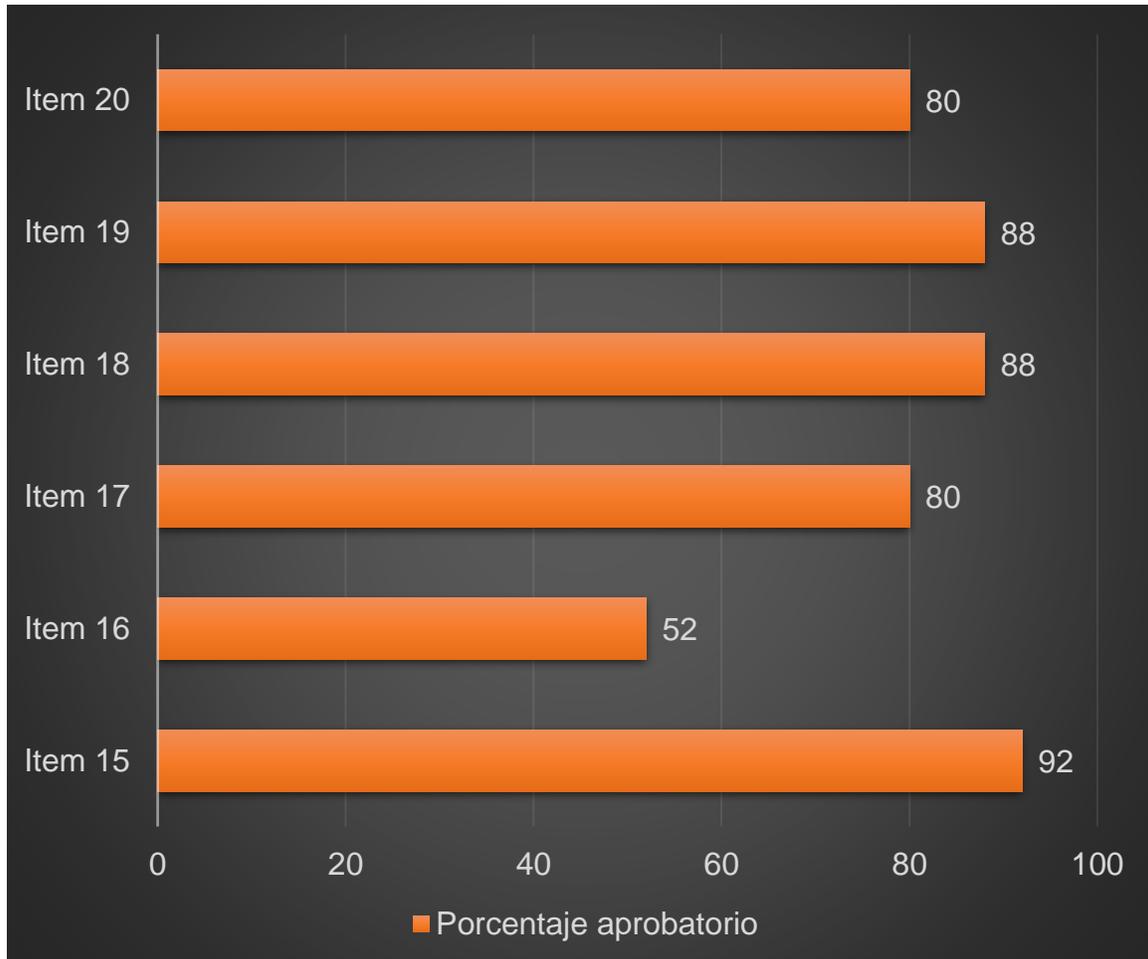
- Juez 12: Se deberían utilizar ejercicios mentales para favorecer la agilidad
- Juez 18: Tal vez agregaría un ítem haciendo énfasis a la forma en que asimilo información (escrita, por videos o dibujos)
- Juez 11: No lo había pensado pero es necesaria la capacidad de análisis para posterior analizar y priorizar
- Juez 21: La planeación de actividades es algo elemental
- Juez 25: El lenguaje acorde a la población que existe, por ello se debe leer y capacitarse continuamente

Situación por lo cual se agregaron 3 ítems nuevos en esta sección y se envían para su evaluación, siendo los siguientes:

1. La forma en que asimilo la información (Percepción, deducción, atención, practica o reflexión) es un factor para elegir la modalidad de capacitación.
2. Tener habilidades y conocimientos en equipo de cómputo y plataformas digitales, influye en la elección del tipo de modalidad de capacitación (presencial, semipresencial, a distancia y en línea).
3. La capacitación continua aumenta mis conocimientos, habilidades y destrezas.

Gráfico 7

Dimensión Habilidades cognitivas de Factores Personales



Fuente: Elaboración propia

Factores Laborales

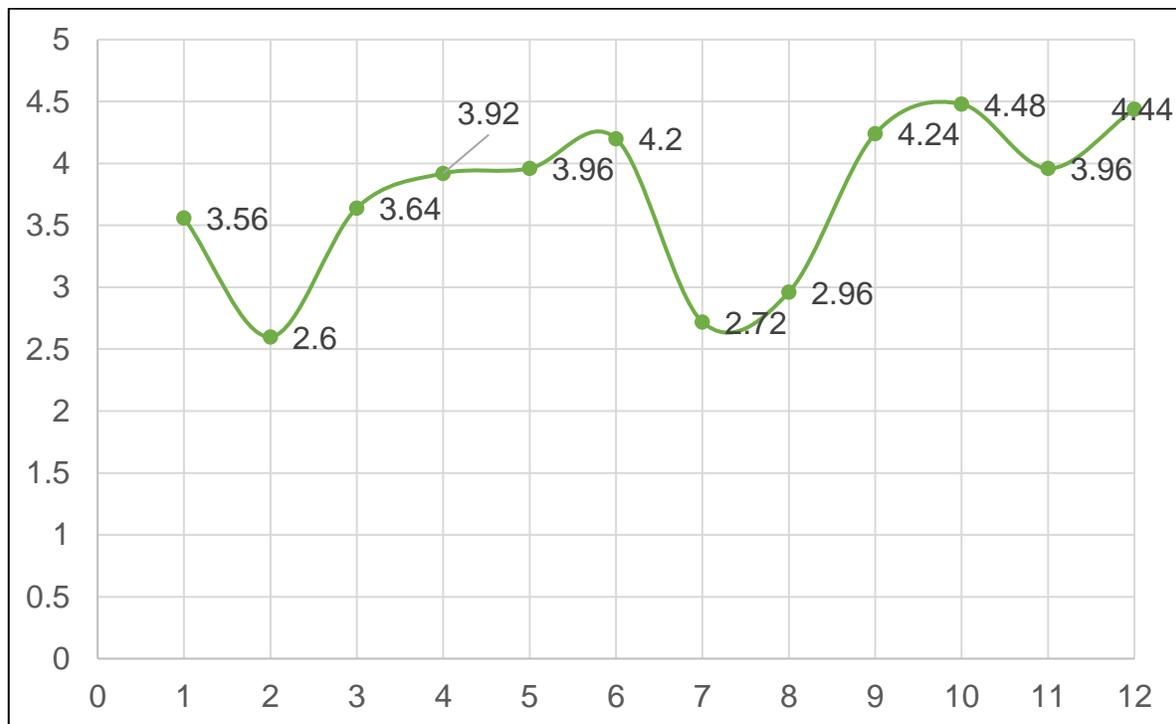
Los 12 ítems de esta sección tuvieron una media de respuestas de 3.6, con respuestas entre Ni en desacuerdo ni en acuerdo y Medianamente de acuerdo (Gráfico 8), contando por puntuación con 4 ítems aprobados y 8 con observaciones relevantes y puntuaciones por debajo de los 20 puntos o el 80% (Tabla 10).

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

Los ítems 1 o capacitación por nivel de atención, 2 o experiencia laboral, 3 o tipo de contratación, 4 o turno, 5 o tiempo libre laboral, 7 aislamiento por nivel académico y 8 con variable poder, obtuvieron calificaciones menores al 80% de aprobación, con observaciones de comprensión del enunciado, sintaxis, claridad, sentido del enunciado y características de mejora, por lo cual se reestructuran para ser evaluados nuevamente en la segunda ronda. Los ítems 6, 9 y 10 de las variables función desempeñada, comunicación entre equipo y asignación de funciones respectivamente, obtuvieron puntuaciones de 20 a 22 puntos, por lo cual son aprobadas en la primera ronda. El ítem 11 reprobado y 12 aprobado, tuvieron observaciones de semejanza por lo cual se eliminan y se formula un nuevo ítem que se envió a primera evaluación, siendo el siguiente: La frecuencia anual de cambios de servicios, es oportuna para tener una actualización previa de conocimientos.

Gráfico 8

Media de Factores Laborales



Fuente: Elaboración propia

Dentro de las observaciones del panel de expertos se destacaron aspectos relevantes a incluir en la búsqueda de las barreras de capacitación continua y que no se incluyeron con la formulación de los primeros ítems obtenidos de la revisión de literatura científica; La información para los 3 nuevos ítems agregados formó parte de la experiencia profesional del panel de expertos.

- Su actividad laboral profesional le permite tener el tiempo suficiente para capacitarse.
- Trabajar con un equipo que se capacite continuamente, te inspira a capacitarte.
- Hay una falta de empatía por parte de los compañeros de trabajo cuando mi nivel académico es menor.

Tabla 10 .

Descripción de las calificaciones obtenidas por ítem de los factores laborales.

No	Ítem	Escala Likert										Total (Escala 4 y 5)	(%)	Aprobado
		Totalmente en desacuerdo		Medianamente en desacuerdo		Ni en desacuerdo ni en acuerdo		Medianamente de acuerdo		Totalmente de acuerdo				
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%			
1	De acuerdo al nivel de atención en el que se labora, se requiere mayor o menor capacitación continua en comparación con otros niveles de atención.	6	24	1	4	3	12	3	12	12	48	15	70	No
2	El aumento de la experiencia laboral ocasiona que se considere capacitarse en menor cantidad.	11	44	2	8	1	4	8	32	3	12	11	54	No
3	Ser personal basificado o eventual, influye en que se capacite continuamente.	5	20	2	8	2	8	4	16	12	48	16	74	No
4	El turno en el que se labora hace que haya más o menos tiempo para actualizarse.	3	12	1	4	2	8	8	32	11	44	19	76	No
5	El tiempo libre durante la jornada laboral, me permitiría tomar capacitación continua.	3	12	1	4	3	12	5	20	13	52	18	72	No

6	La función desempeñada en el área laboral (personal operativo, jefe de piso, supervisión, enseñanza, calidad, jefatura o dirección) influye en capacitarse en mayor cantidad.	1	4	2	8	2	8	6	24	14	56	20	80	Si
7	Tener un nivel educativo más elevado, aísla del resto de los compañeros.	9	36	4	16	2	8	5	20	5	20	10	50	No
8	Hay un aumento de poder sobre los demás, cuando tu nivel educativo aumenta.	9	36	2	8	2	8	5	20	7	28	12	58	No
9	La calidad de la comunicación con el equipo de trabajo, influyen en capacitarse a menudo.	2	8	1	4	1	4	6	24	15	60	21	84	Si
10	La asignación de las funciones laborales debe ser de acuerdo al nivel académico que se sustenta.	0	0	0	0	3	12	7	28	15	60	22	88	Si
11	Considero oportuna la frecuencia con que se realizan los cambios de servicio.	1	4	4	16	3	12	4	16	13	52	17	78	No
12	El patrón de cambios de servicio influye en la búsqueda de capacitación.	0	0	1	4	2	8	7	28	15	60	22	88	Si

Fuente: Elaboración propia.

Nota: "Fr" es equivalente a frecuencia y "%" equivalente a porcentaje

Factores organizacionales

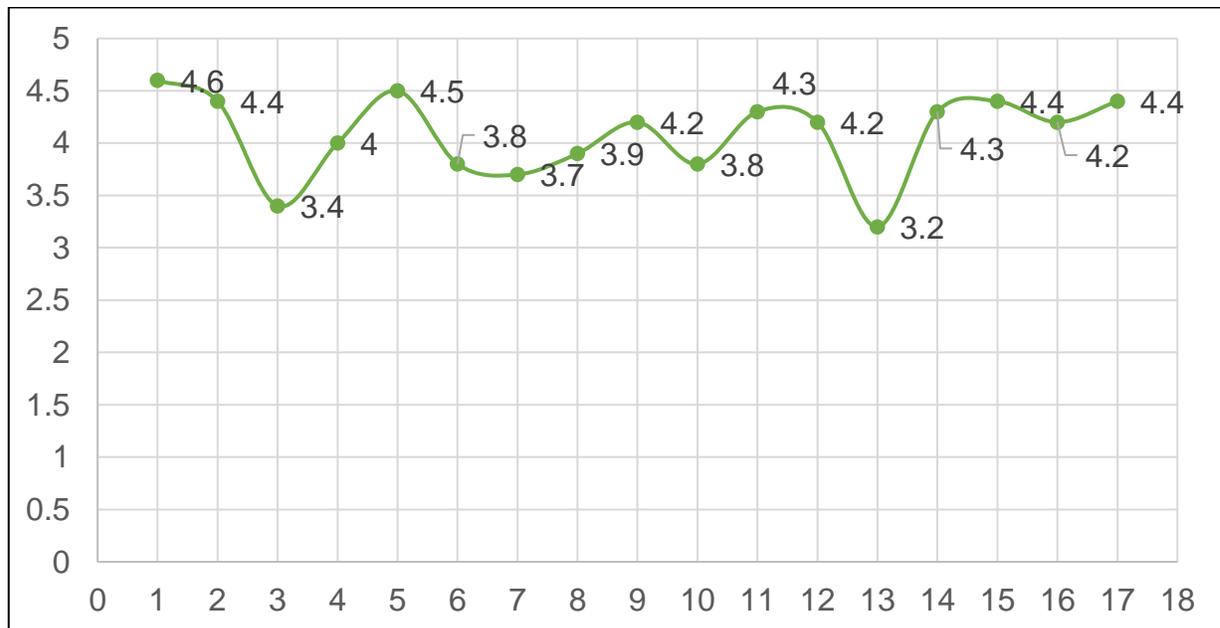
Esta sección se dividió en dos dimensiones: De la organización al profesional y del profesional a la organización. La primera indaga en lo que la organización brinda para que el profesional se capacite, lo que existe y se puede evaluar; La segunda busca respuestas acerca de lo que el profesional percibe que le da su organización, sus lideres, así como su núcleo interno de trabajo.

No se debe confundir con los factores laborales, ya que los ítems buscan indagar si la actividad productiva o de trabajo del profesional es una barrera para capacitarse, mientras que los organizacionales ya incluyen al profesional dentro de su organización.

La media de respuestas fue de 4.0 (Gráfico 9), obteniendo 10 ítems aprobados por sumatoria de respuestas aprobatorias y 7 por someter a reestructuración (Tabla 11).

Gráfico 9

Media de Factores Organizacionales



Fuente: Elaboración propia

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

Tabla 11 .

Descripción de las calificaciones obtenidas por ítem de los factores organizacionales.

No	Categoría	Ítem	Escala Likert										Total (Escala 4 y 5)	(%)	Aprobado
			Totalmente en desacuerdo		Medianamente en desacuerdo		Ni en desacuerdo ni en acuerdo		Medianamente de acuerdo		Totalmente de acuerdo				
			Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%			
1	De la organización al profesional	La unidad hospitalaria debe contar con la infraestructura necesaria para llevar a cabo cursos de capacitación continua.	1	4	0	0	1	4	2	8	21	84	23	92	Si
2		Las encuestas de los cursos que al profesional le gustaría tener, se realizan por lo menos anualmente.	1	4	2	8	2	8	1	4	19	76	20	80	Si
3		En mi unidad hay gaceta o medios de información que pongan al día de los acontecimientos relevantes en salud y en capacitaciones de actualización.	4	16	3	12	5	20	3	12	10	40	13	52	No
4		Existe un instrumento de evaluación de necesidades de capacitación en mi área laboral.	3	12	1	4	3	12	3	12	15	60	18	72	No
5		Hay opciones distintas a la presencial para capacitarse en la unidad laboral.	0	0	1	4	2	8	4	16	18	72	22	88	Si

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

6		Posterior a una capacitación, hay un seguimiento del conocimiento o destreza aprendida.	3	12	1	4	6	24	2	8	13	52	15	60	No
7		Existen grupos internos de capacitación, formación o conocimientos en mi jornada laboral.	3	12	2	8	3	12	8	32	9	36	17	68	No
8		Mis jefes inmediatos (de piso y supervisores) incentivan a seguir capacitándose.	4	16	2	8	1	4	3	12	15	60	18	72	No
9		Hay discriminación por el tipo de contratación en el otorgamiento de becas o tiempo para capacitación.	2	8	1	4	2	8	3	12	17	68	20	80	Si
10	Del profesional a la organización	Me siento escuchado al expresar mis afinidades de aprendizaje.	3	12	1	4	4	16	7	28	10	40	17	68	No
11		Me siento recompensado de alguna manera por capacitarme.	2	8	1	4	2	8	2	8	18	72	20	80	Si
12		Hay capacitaciones dentro de mi jornada laboral.	2	8	0	0	3	12	6	24	14	56	20	80	Si
13		El no capacitarse, tiene sanciones.	6	24	3	12	3	12	4	16	9	36	13	52	No
14		Cantidad de cursos tomados anualmente.	2	8	0	0	3	12	2	8	18	72	20	80	Si
15		Cantidad de cursos tomados autofinanciados.	2	8	0	0	2	8	2	8	19	76	21	84	Si
16		Cantidad de cursos concedidos por tu unidad laboral.	2	8	1	4	2	8	3	12	17	68	20	80	Si
17	Cantidad de cursos tomados de manera externa.	2	8	0	0	2	8	3	12	18	72	21	84	Si	

Fuente: Elaboración propia

Nota: Fr es equivalente a frecuencia y % igual a porcentaje

La primer dimensión de los factores organizacionales denominada “De la organización al profesional” tuvo un total de 9 ítem, siendo 4 aprobatorios y 5 por reestructurar (Grafico 10). Las variables infraestructura hospitalaria, encuesta de gustos, opciones de capacitación y discriminación para becas de los ítems 1, 2, 5 y 9 respectivamente, obtuvieron los votos aprobatorios con más 80 a más porcentaje de aprobación y sin cambios en la estructura del enunciado, motivo por el cual se encontraron aprobados durante la primera ronda; Los ítems 3, 4, 6,7 y 8 de las variables medios de información necesarios, existencia de instrumentos de evaluación, seguimiento del conocimiento, grupos internos de capacitación e incentivos laborales respectivamente, tuvieron observaciones de claridad, extensión y comprensión del enunciado, por lo que se agregaron especificaciones en el mismo enunciado que ayudaran a comprender adecuadamente el ítem; Cabe destacar que en el ítem 4 de esta categoría se describió el enunciado “Existe un instrumento de evaluación de necesidades de capacitación en mi área laboral que deje expresar verdaderamente mis necesidades” del cual se obtuvieron 17 observaciones de jueces que laboran en 16 instituciones distintas, que no hay un instrumento en su unidad hospitalaria que les cuestione que les gustaría aprender y que les impide capacitarse, hecho por el cual se generó esta investigación.

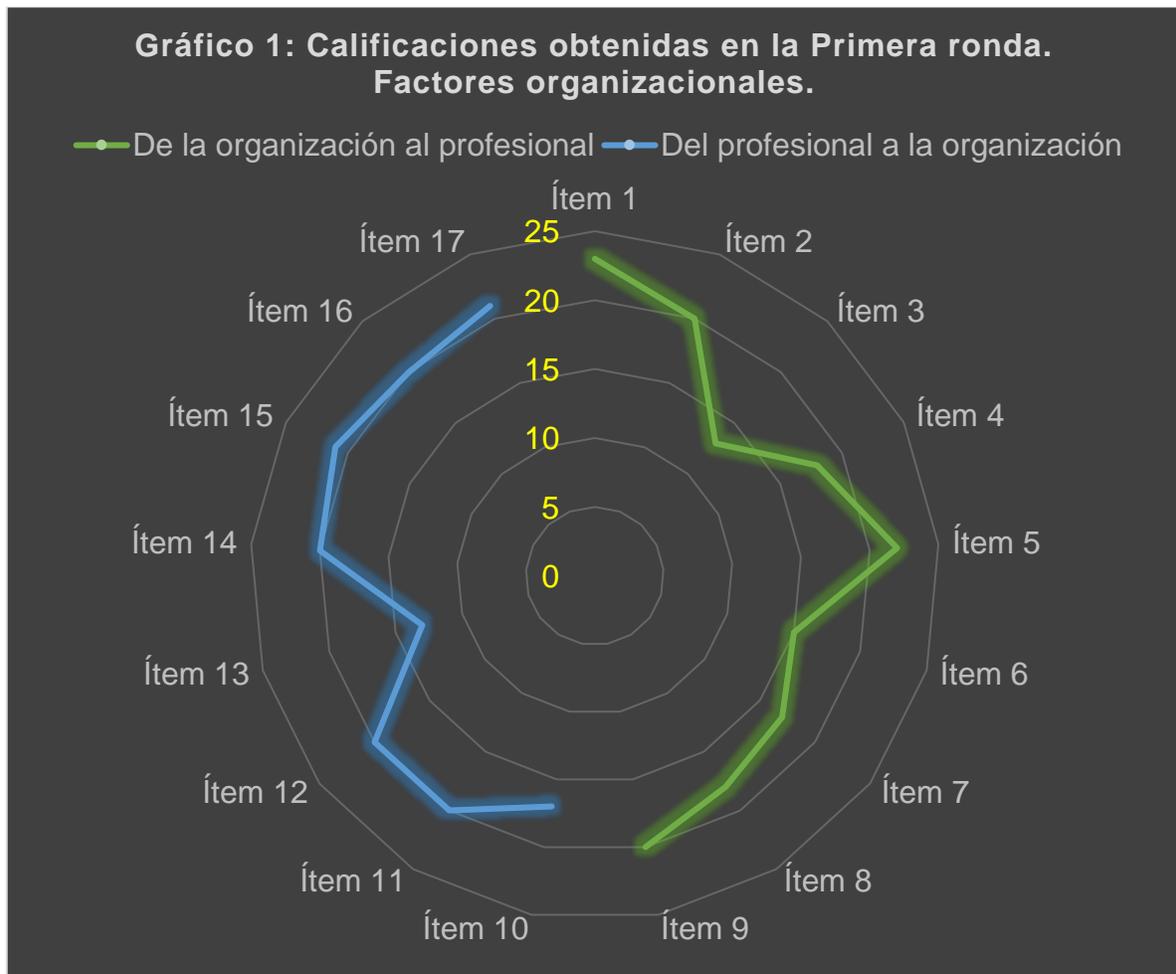
En la segunda dimensión o “Del profesional a la organización” tuvo un total de 8 ítems del 10 al 17 de los cuales 6 son aprobatorios y 2 reestructurados. El ítem 12 o capacitación interna fue aprobado con 20 puntos y sin cambios en su estructura; Los ítems 14, 15, 16 y 17 con las variables cursos anuales, cursos autofinanciados, cursos concedidos en la unidad y cursos tomados de manera externa respectivamente fueron aprobados con la modificación de especificar el número aproximado con el cual se mediría el ítem; El ítem 11 también contó con la aprobación del 80% de los jueces, sin embargo, tuvo 15 observaciones (Mas del 50% de los jueces) con modificaciones en el enunciado y por lo cual se decide reestructurar para evaluar nuevamente. Los ítems 10 o expresión de afinidades y 13 de la variable sanción legal, obtuvieron 68% y 52% de aprobación

respectivamente con observaciones en la claridad del enunciado, por el cual se reestructuran y envían nuevamente a evaluación.

Derivado de las aportaciones de los jueces y su experiencia, se anexa un nuevo ítem dentro de esta misma categoría el cual es: “Las capacitaciones que proporciona la organización se relacionan con la atención que brindas en tu unidad”, mismo que se envía en la segunda ronda para su evaluación.

Gráfico 10

Factores Organizacionales: Dimensión 1 y 2



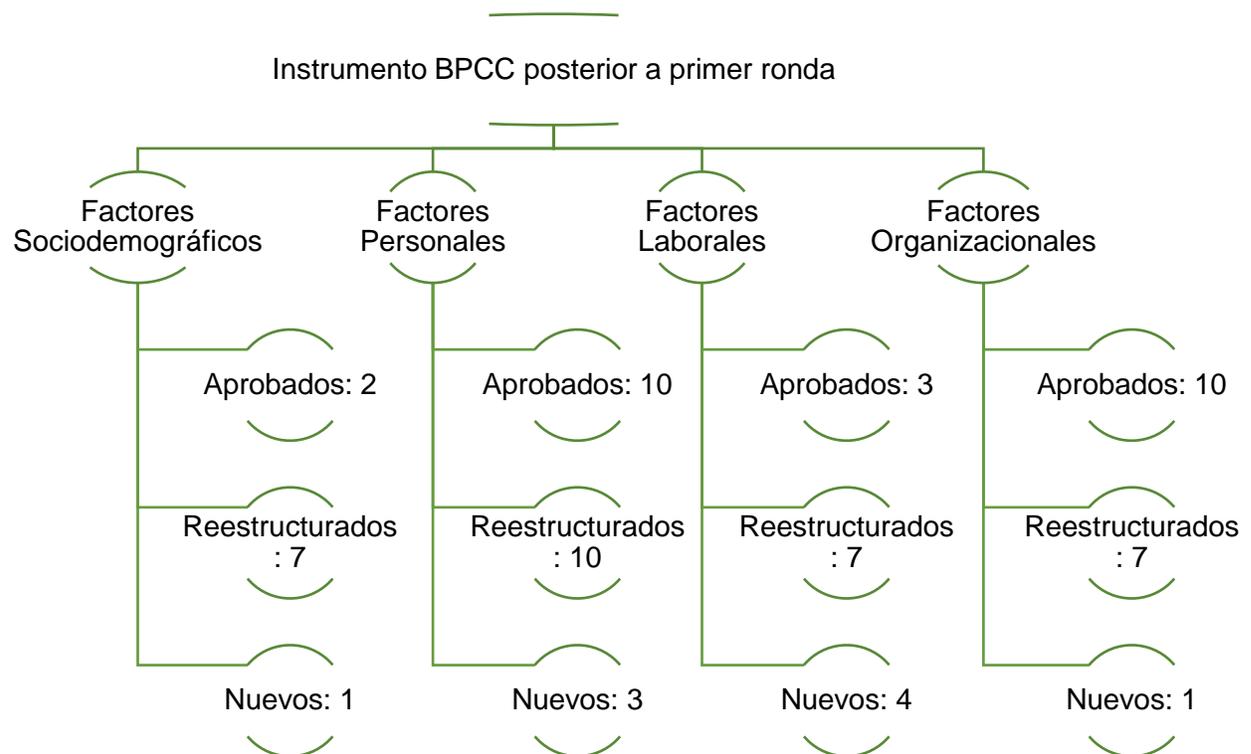
Fuente: Elaboración propia.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

El análisis de la primera ronda tuvo como resultado en general 25 ítems aprobados, 31 ítems reestructurados y 9 ítems nuevos; Para cada sección (Figura 13) el total aprobatorio, de reestructuración y nuevos fue distinto. Los 65 ítems resultantes de las observaciones se enviaron para una segunda evaluación o ronda.

Figura 13

Esquema de análisis de las respuestas en la primer ronda por Técnica Delphi



Fuente: Elaboración propia

Segunda ronda

La segunda ronda inicio el 12 de Junio de 2021 y termino el 13 de Agosto de 2021, contando con la participación de 25 expertos los cuales entregaron en tiempo y forma el material enviado.

Tabla 12

Alfa de Cronbach de la Segunda ronda por Técnica Delphi

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.927	65

Elaboración: IBM SPSS Statics

El análisis de fiabilidad interna de la segunda sesión (Tabla 12) mediante un Alfa de Cronbach realizada a los 65 elementos resultantes de las modificaciones derivadas de las observaciones de los jueces a cada ítem, fue un dato satisfactorio para esta fase. Se observa una disminución en comparativo con la anterior Alfa de Cronbach correspondiente a la primer ronda, situación dada por la eliminación de ítems repetidos o con semejanza. Su desviación estándar fue de 0.33 y Varianza de 0.10, correspondiente a una menor variabilidad en las calificaciones del panel de expertos.

Tabla 13

Media de respuestas ítems de la Segunda ronda por Técnica Delphi

	Media	Mínimo	Máximo	N de elementos
Medias de los elementos	4.3	3.3	4.9	65

Elaboración: IBM SPSS Statics

La media de respuestas de los 65 elementos que se incluyen en esta ronda es de 4.3, por arriba del percentil 50 o media de 2.5, dato que indica que la mayoría de los ítems obtuvo respuesta entre 4 o “Medianamente de acuerdo” y 5 o “Totalmente de acuerdo (Grafico 11)”. La media de repuestas por dimensión (Factores sociodemográficos, personales, laborales y organizacionales) tuvo un incremento en comparación con la primera ronda; Para los Factores sociodemográficos su media general fue de 4.1, con una mínima de 3.3 y máxima de 4.6; para los Factores personales la media general fue de 4.4, con una mínima de 4 y máxima de 4.9; La media para los factores laborales fue de 4.3 con una mínima de 3.3 y máxima de 4.8; y para los factores organizacionales su media fue de 4.5 con una mínima de 4 y máxima de 4.8.

Los 65 ítems se distribuyeron de la siguiente manera:

- Factores Sociodemográficos: 10 de los cuales 2 ya contaban con una aprobación dentro de la primer ronda.
- Factores Personales: 23 de los cuales 10 tuvieron respuestas aprobatorias entre 4 y 5 durante la primer revisión
- Factores Laborales: 14 de los cuales 3 fueron aprobados en la primer evaluación
- Factores Organizacionales: 18 de los cuales ya habían 10 aprobados anteriormente

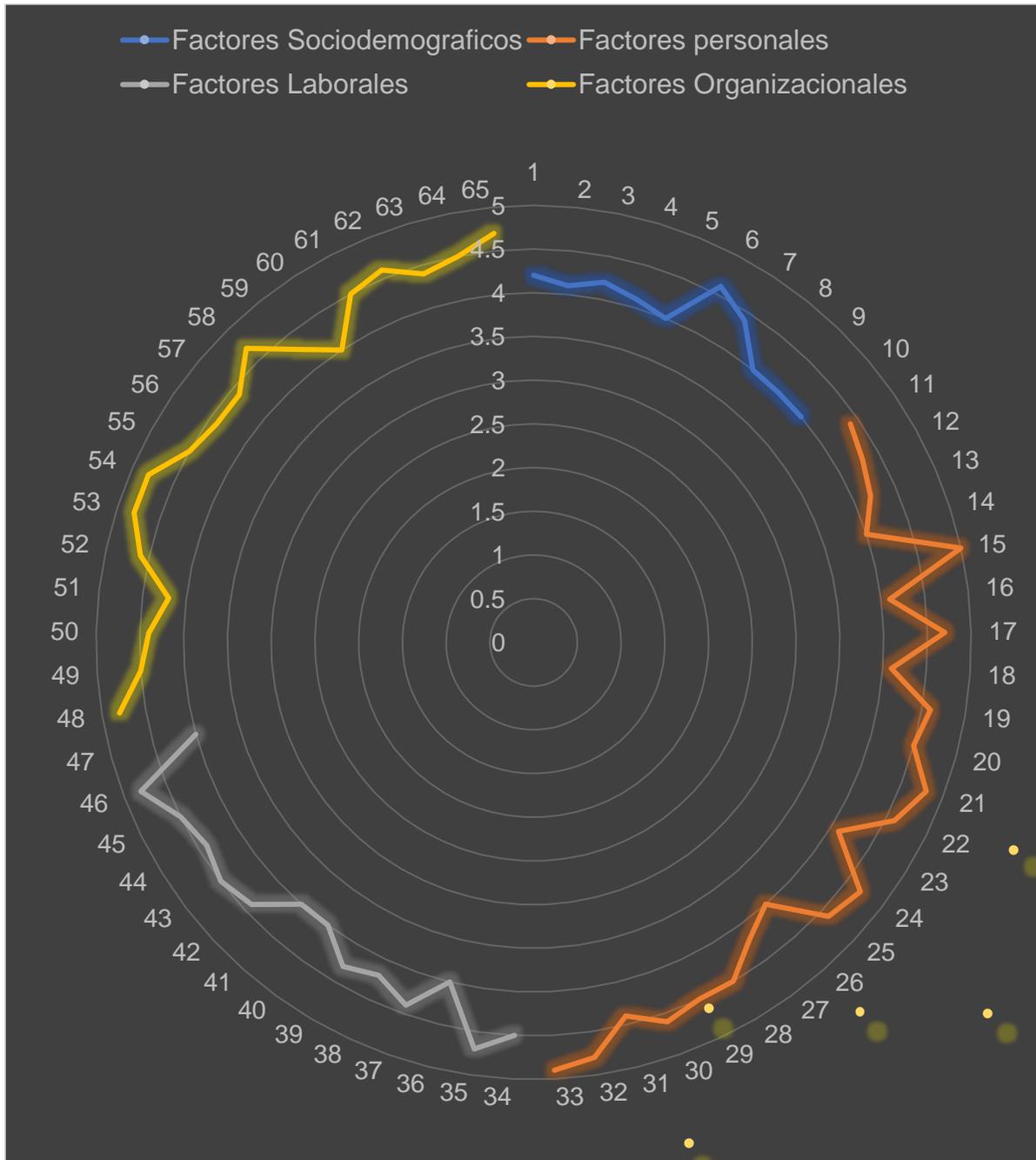
Los aprobados en la primer ronda, fueron enviados junto a los reestructurados y los de nueva generación a una segunda evaluación, haciendo mención de los jueces de su respuesta anterior en cuanto a los aprobados y su reafirmación en la segunda evaluación; En cuanto a los reestructurados, se les realizaron las modificaciones de sintaxis, consistencia, claridad y ser comprensibles.

En el caso de los 9 ítems nuevos enviados a evaluar (1 en sociodemográficos, 3 en personales, 4 en laborales y 1 en organizacionales), 3 fueron ubicaciones de otras dimensiones para tener correspondencia con la dimensión y 6 propuestos por los jueces a razón de obtener mayor información en la búsqueda de barreras para que el profesional de enfermería se capacite.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

Gráfico 11

Media por ítem de los 65 presentes en la segunda ronda.



Fuente: Elaboración propia

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

Factores Sociodemográficos

Durante la segunda ronda se enviaron 10 ítems a evaluar (Tabla 14), aprobando de acuerdo a porcentaje y numero de respuestas entre 4 y 5 (Mediana y Totalmente de acuerdo), nueve de los 10 ítems totales de los factores (Grafico 15).

Tabla 14

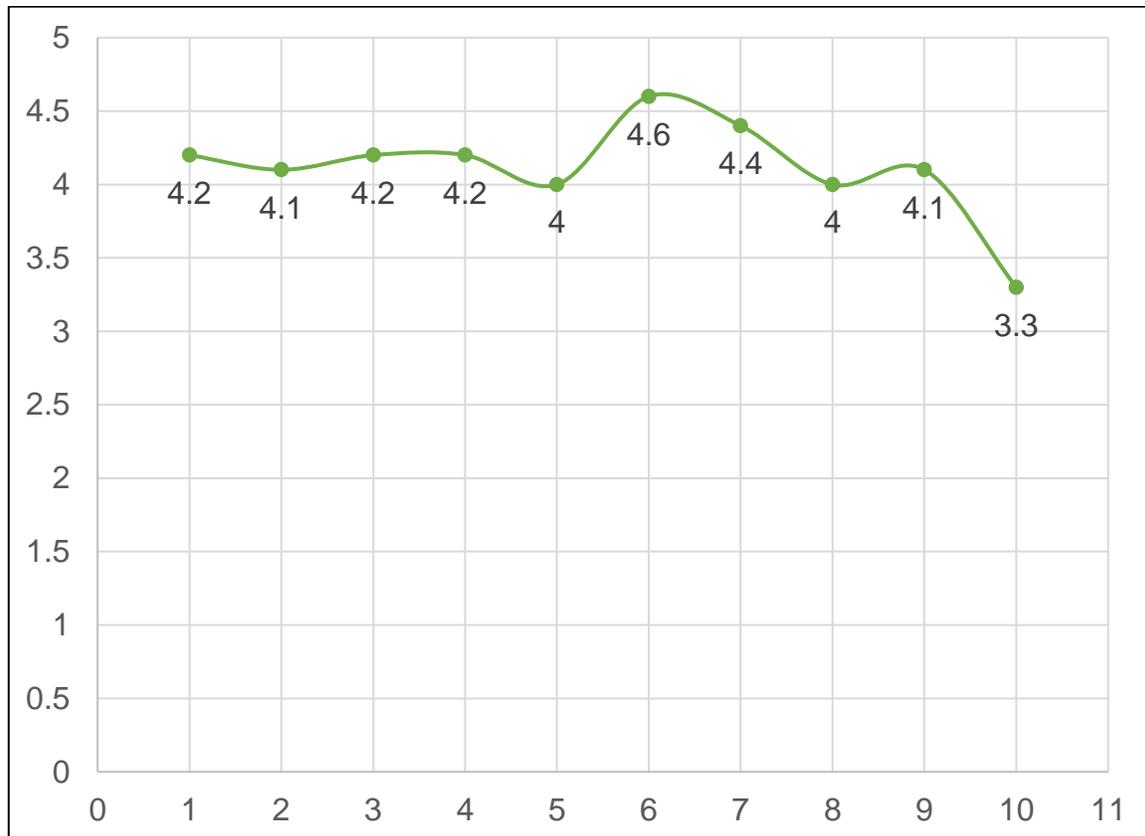
Ítems evaluados en Factores Sociodemográficos

No.	Ítem
1	La edad es un factor que influye para capacitarse continuamente.
2	Las actividades usuales de género (mujer u hombre) influyen en que se capacite continuamente.
3	El estado civil es un condicionante para la capacitación como profesional.
4	Los ingresos económicos del profesional son suficientes para capacitarse.
5	El número de personas dependientes del profesional afecta negativamente en su capacitación continua.
6	El tipo de capacitación continua (presencial, semipresencial, a distancia o en línea) influye en la decisión de capacitarse.
7	El tiempo de recorrido del hogar al centro de capacitación (Corta de 0 a 1 hora, Media de 1 a 2 horas o Larga de 2 a 3 horas), influye en que el profesional se capacite continuamente.
8	El tipo de población de su área laboral (rural o urbana) influye para capacitarse.
9	El tipo de población donde se habita (rural o urbana) es un factor importante para capacitarse continuamente.
10	Tu género (Hombre o mujer) hacer que tengas mayor atracción hacia algún tema de capacitación (Ejemplo: Mujeres a temas de ginecología y hombres a temas de urgencias).

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 12

Representación de medias, Factores Sociodemográficos (Segunda ronda)



Fuente: Elaboración propia

Las principales observaciones descritas por los jueces sucedieron en los siguientes ítems:

- Ítem 5: Especificar para que se destinan los ingresos
- Ítem 6: No objetivo; reestructurar; agregar dependiente económica del profesional (directa o indirecta)
- Ítem 9: Reestructura; sugerencia de cambio a factores personales
- Ítem 11: Corrección de enunciado
- Ítem 12: Reestructurar; ítem confuso
- Ítem 13: Falta de redacción; discriminación de género; reestructurar

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

Las correcciones que se consideraron pertinentes se realizaron, como lo fue en el ítem 9, 11 y 12. En el caso del ítem 5 y 6 donde se pedía especificar el destino de los ingresos económicos (ítem 5) y definir los dependientes económicos (6) se optó por no modificar ya que pudiese haber una variabilidad extensa de respuestas y se prefirió dejarlo redactado de manera general. En cuanto a la observación de un solo juez acerca del ítem 13 en base al género, se procedió a dar redacción al ítem pero no eliminar; también se le envió a el juez en particular la nota agregada de la definición de genero por la RAE y el objetivo del enunciado para el fin de esta investigación.

Posterior a las modificaciones realizadas, los ítems incluidos en los Factores Sociodemográficos enviados para evaluar en la tercer ronda fueron (Tabla 15):

Tabla 15

Factores sociodemográficos enviados a evaluar en la tercer ronda de Técnica Delphi

1	La edad es un factor que influye para capacitarse continuamente.	22/25
2	Las actividades usuales de género (mujer u hombre) influyen en que se capacite continuamente.	20/25
3	El estado civil es un condicionante para la capacitación como profesional.	21/25
4	Los ingresos económicos del profesional son suficientes para capacitarse.	22/25
5	El número de personas dependientes del profesional influye en su capacitación continua.	Por aprobar
6	El tipo de capacitación continua (presencial, semipresencial, a distancia o en línea) influye en la decisión de capacitarse.	24/25
7	El tiempo de recorrido del hogar al centro de capacitación (Corta de 0 a 1 hora, Media de 1 a 2 horas o Larga de 2 a 3 horas), influye en que el profesional se capacite continuamente.	21/25

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

8	El tipo de población de su área laboral (rural o urbana) influye para capacitarse.	Por aprobar
9	El tipo de población donde vive (rural o urbana) es un factor influyente para capacitarse continuamente.	Por aprobar
10	El enfoque de género (Hombre o mujer) podría influenciar hacia algún tema de capacitación (Ejemplo: Mujeres a temas de ginecología y hombres a temas de urgencias).	Por aprobar

Fuente: Elaboración propia

Factores Personales

Para los factores Personales (Tabla 16), se enviaron 23 ítems a evaluar, siendo destacable que las medias aumentaron en los ítems reestructurados, obteniendo una moda de más de 4 en todos los ítems (Grafico 13).

Tabla 16

Ítems evaluados en Factores Personales

No.	Ítem
1	Padecer alguna discapacidad motora (física), sensorial (visual y auditiva), intelectual, psíquica (mental) o de lenguaje, podría hacer difícil la tarea de capacitarse.
2	Padecer alguna enfermedad crónica-degenerativa limita la capacitación profesional.
3	La fatiga ocasionada por actividades diarias (rutinarias y laborales) impide la continuidad de la capacitación continúa.
4	La inactividad en que la mayoría de los cursos se desarrollan (postura sedente) en conjunto con las horas de capacitación, impide continuar la actualización.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

5	Me siento recompensado luego de tomar una capacitación continua.
6	Se puede considerar a la capacitación continua como una obligación.
7	Cuando se considera saber poco en un tema, se busca obtener conocimiento mediante la capacitación.
8	Asistir a un curso concurrido o el hecho de participar en él, te genera estrés o ansiedad.
9	Una crítica en base a su conocimiento o desempeño es una oportunidad de mejora.
10	Me siento alegre y en confianza en las capacitaciones.
11	La vocación por ser enfermera es inspiración para capacitarme continuamente.
12	Que tan empoderado esta enfermería ante la sociedad (Mucho, Parcialmente, Poco o Nada).
13	El reconocimiento que le das a tu profesión es el mismo que tiene la sociedad de enfermería.
14	Es un compromiso hacia la población, el capacitarte continuamente.
15	Considero tener buena memoria.
16	Comprendo adecuadamente datos estadísticos.
17	Tengo una planeación de mis tiempos y actividades cuando sé que tomare una capacitación.
18	Los términos que utilizan mis colegas durante los cursos de actualización, los comprendo fácilmente.
19	Me es fácil plasmar por escrito una información adquirida en un curso, para después revisarla.
20	La forma en que asimilo la información (Percepción, deducción, atención, práctica o reflexión) es un factor para elegir la modalidad de capacitación.
21	Saber un segundo idioma facilita la capacitación continua.

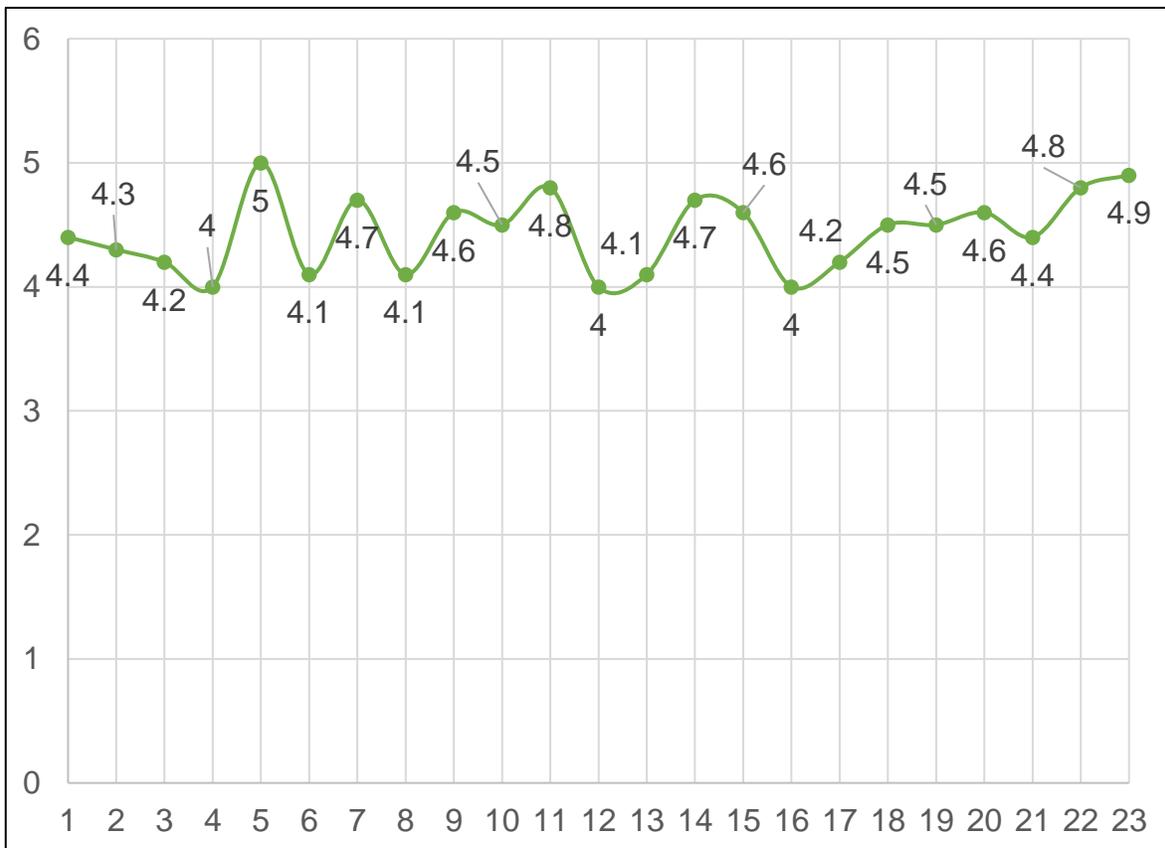
VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

22	Tener habilidades y conocimientos en equipo de cómputo y plataformas digitales, influye en la elección del tipo de modalidad de capacitación (presencial, semipresencial, a distancia y en línea).
23	La capacitación continua aumenta mis conocimientos, habilidades y destrezas.

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 13

Representación de medias, Factores Personales (Segunda ronda)



Fuente: Elaboración propia

Aunque los ítems obtuvieron en esta segunda ronda su aprobación por calificación y respectivo porcentaje, se identificaron observaciones que se consideraron precisas para mejor claridad en el instrumento. La relevante en la Técnica Delphi para estos factores y sus respectivas dimensiones, fue:

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

- Dimensión biológicos: En el ítem 4 correspondiente a “La inactividad en que la mayoría de los cursos se desarrollan (postura sedente) en conjunto con las horas de capacitación, factor para continuar la actualización”, se identificaron situaciones en cuanto a redacción, modificación del ítem para mejor claridad, así como encontrarse escrito en afirmativo y no neutral.
- Dimensión Psicológicos: En el ítem 8 o correspondencia con “Asistir a un curso concurrido o el hecho de participar en él, podría generar estrés o ansiedad”, tuvo observaciones en cuanto a cambio de palabras para mejor comprensión.
- Dimensión Sociales: El ítem 12 o “Que tan influyente es el empoderamiento que tiene enfermería ante la sociedad” también tuvo sugerencia a modificación en cuanto a comprensión del enunciado.
- Dimensión Habilidades Cognitivas: Este apartado no tuvo ningún ítem por modificar

Las modificaciones se realizaron para enviar a la tercer ronda por Técnica Delphi. Cabe destacar que el ítem 9, 13 y 22, tuvieron observaciones en cuanto a que la escala Likert no daba respuesta al contenido del ítem, sin embargo hubo que destacar que la escala enviada al grupo de expertos era para medir su acuerdo respecto al enunciado y no su respuesta a la esencia del ítem.

De los 23 ítems, 20 fueron aprobados (Tabla 17) y sin modificaciones; tres ítems se reestructuraron y se enviaron para una tercer evaluación.

Tabla 17

Factores personales enviados a evaluar en la tercer ronda de Técnica Delphi

Biológicos	1	Padecer alguna discapacidad motora (física), sensorial (visual y auditiva), intelectual, psíquica (mental) o de lenguaje, podría hacer difícil la tarea de capacitarse.	22/25
	2	Padecer alguna enfermedad crónica-degenerativa limita la capacitación profesional.	21/25

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

	3	La fatiga ocasionada por actividades diarias (rutinarias y laborales) impide la continuidad de la capacitación continua.	20/25
	4	La inactividad en que la mayoría de los cursos se desarrollan (postura sedente) en conjunto con las horas de capacitación, factor para continuar la actualización.	Por aprobar
Psicológicos	5	Me siento recompensado luego de tomar una capacitación continua.	25/25
	6	Se puede considerar a la capacitación continua como una obligación.	20/25
	7	Cuando se considera saber poco en un tema, se busca obtener conocimiento mediante la capacitación.	22/25
	8	Asistir a un curso concurrido o el hecho de participar en él, podría generar estrés o ansiedad.	Por aprobar
	9	Una crítica en base a su conocimiento o desempeño es una oportunidad de mejora.	23/25
	10	Me siento alegre y en confianza en las capacitaciones.	22/25
Sociales	11	La vocación por ser enfermera es inspiración para capacitarme continuamente.	25/25
	12	Que tan influyente es el empoderamiento que tiene enfermería ante la sociedad	Por aprobar
	13	El reconocimiento que le das a tu profesión es el mismo que tiene la sociedad de enfermería.	20/25
	14	Es un compromiso hacia la población, el capacitarte continuamente.	23/25
Habilidades	15	Considero tener buena memoria.	24/25
	16	Comprendo adecuadamente datos estadísticos.	20/25
	17	Tengo una planeación de mis tiempos y actividades cuando sé que tomare una capacitación.	21/25

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

18	Los términos que utilizan mis colegas durante los cursos de actualización, los comprendo fácilmente.	23/25
19	Me es fácil plasmar por escrito una información adquirida en un curso, para después revisarla.	23/25
20	La forma en que asimilo la información (Percepción, deducción, atención, practica o reflexión) es un factor para elegir la modalidad de capacitación.	24/25
21	Saber un segundo idioma facilita la capacitación continua.	21/25
22	Tener habilidades y conocimientos en equipo de cómputo y plataformas digitales, influye en la elección del tipo de modalidad de capacitación (presencial, semipresencial, a distancia y en línea).	25/25
23	La capacitación continua aumenta mis conocimientos, habilidades y destrezas.	25/25

Fuente: Elaboración propia

Factores Laborales

La sección incluyó 14 ítems (Tabla 18), su media de respuestas oscilo por arriba de 4 puntos en 11 de los ítems, dejando fuera de rango a 3 enunciados con calificaciones de 3.3 para el ítem 7, 3.7 para el ítem 8 y 3.8 para el numero 14 (Grafico 14).

Tabla 18

Ítems evaluados en Factores Laborales

No.	Ítem
1	De acuerdo al nivel de atención en el que se labora, se requiere mayor o menor capacitación continua.

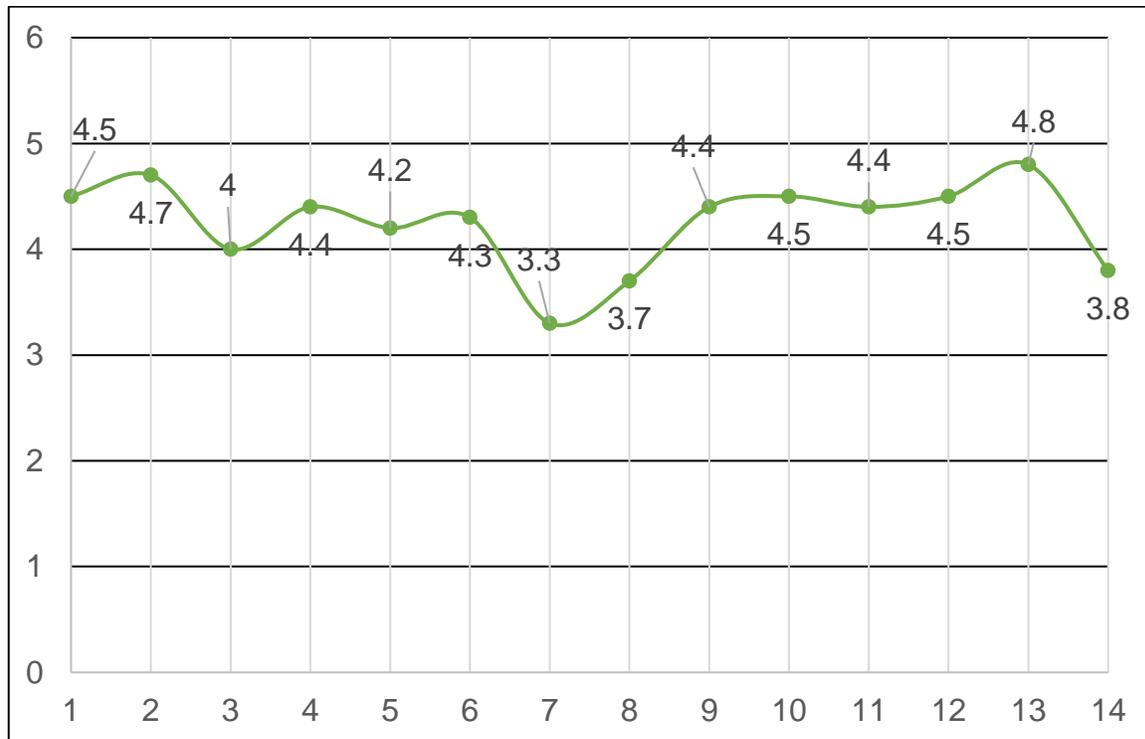
VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

2	El aumento de la experiencia laboral ocasiona que se considere capacitarse en mayor cantidad.
3	Tu tipo de contratación (basificado o eventual) influye en que se capacite continuamente.
4	El turno en el que labora influye para actualizarse.
5	El tiempo libre durante la jornada laboral, debe utilizarse para capacitarse.
6	La función desempeñada en el área laboral (personal operativo, jefe de piso, supervisión, enseñanza, calidad, jefatura o dirección) influye en capacitarse en mayor cantidad.
7	Tener un nivel académico superior, aísla del resto de los compañeros.
8	Se eleva el poder sobre los demás, cuando el nivel educativo aumenta.
9	La calidad de la comunicación con el equipo de trabajo, influyen en capacitarse continuamente.
10	La asignación de las funciones laborales debe ser de acuerdo al nivel académico que se sustenta.
11	La frecuencia anual de cambios de servicios es oportuna para tener una actualización previa de conocimientos.
12	Su actividad laboral profesional le permite tener el tiempo suficiente para capacitarse.
13	Trabajar con un equipo que se capacite continuamente, te inspira a capacitarte.
14	Hay una falta de empatía por parte de los compañeros de trabajo cuando mi nivel académico es menor.

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 14

Representación de medias, Factores Laborales (Segunda ronda)



Fuente: Elaboración propia

La revisión de las evaluaciones obtenidas en la segunda ronda para los factores laborales, arrojó las siguientes observaciones:

- Ítem 2: A mayor experiencia, mayor capacitación, cambio de enunciado.
- Ítem 5: No es claro el enunciado; redacción; ítem controversial
- Ítem 7: Restructurar, falta una coma; claridad; aseveración de la situación
- Ítem 8: Percepción de juicios de valor o predisponente a respuesta determinada; se puede mal interpretar la palabra poder; Sugerencia de incluir dos ítems más en cuanto a liderazgo y estatus en el grupo laboral

En el caso del ítem 2 las dos observaciones en cuanto a redacción se corroboraron y no se realizó ningún cambio; En el caso del ítem 5 correspondiente a tiempo libre en jornada laboral y 7 de nivel académico versus aislamiento social,

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

se realizaron los cambios pertinentes para la comprensión del resultados y mejores resultados. En el caso del ítem 8 relacionado al poder en enfermería, las respuestas fueron diferentes ya que en algunos casos lo consideraban adecuado por ser parte del empoderamiento del gremio de enfermería, mientras que en otras situaciones fue considerado como un abuso y, para fines de la investigación, se busca saber con dicho ítem si el camino a la expertis fomenta un juicio crítico en el cuidado y el profesional se sienta más seguro en la ejecución de su praxis.

Las observaciones se ajustaron al instrumentos y se enviaron los 14 ítems (Tabla 19) para su nueva evaluación. En cuanto a la sugerencia de la creación de nuevos ítems (mencionado en el enunciado 8), la información solicitada ya está inmersa dentro de los factores organizacionales.

Tabla 19

Factores laborales enviados a evaluar en la tercer ronda de Técnica Delphi

1	De acuerdo al nivel de atención en el que se labora, se requiere mayor o menor capacitación continua.	22/25
2	El aumento de la experiencia laboral ocasiona que se considere capacitarse en mayor cantidad.	25/25
3	Tu tipo de contratación (basificado o eventual) influye en que se capacite continuamente.	20/25
4	El turno en el que labora influye para actualizarse.	23/25
5	Durante la jornada laboral hay tiempo libre para capacitarse.	Por aprobar
6	La función desempeñada en el área laboral (personal operativo, jefe de piso, supervisión, enseñanza, calidad, jefatura o dirección) influye en capacitarse en mayor cantidad.	21/25
7	Tener un nivel académico superior, puede ser sinónimo de aislamiento de los demás compañeros de enfermería.	Por aprobar

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

8	Puede elevarse el poder sobre los demás, cuando el nivel educativo aumenta.	Por aprobar
9	La calidad de la comunicación con el equipo de trabajo, influyen en capacitarse continuamente.	22/25
10	La asignación de las funciones laborales debe ser de acuerdo al nivel académico que se sustenta.	23/25
11	La frecuencia anual de cambios de servicios es oportuna para tener una actualización previa de conocimientos.	22/25
12	Su actividad laboral profesional le permite tener el tiempo suficiente para capacitarse.	23/25
13	Trabajar con un equipo que se capacite continuamente, te inspira a capacitarte.	24/25
14	Empatía o no por parte de los compañeros de trabajo cuando el nivel académico es menor al suyo.	Por aprobar

Fuente: Elaboración propia

Factores Organizacionales

Para este caso, se mostró un incremento de media (Grafico 15) en todos sus ítems, siendo 18 (Tabla 20) los que tuvieron igual o mayor puntuación de 4, que es equivalente a Medianamente de acuerdo.

Aunque la totalidad de los ítems fueron aprobados por puntuación, se procedió a revisar las observaciones realizadas por el panel de expertos, encontrando que el ítem 13 con la temática de “sanciones legales” no quedaba completamente claro y se procedió a modificar mínimamente en búsqueda de su mejor comprensión.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

Tabla 20

Ítems evaluados en Factores Organizacionales

No.	Ítem
De la organización al personal	1 La unidad hospitalaria debe contar con la infraestructura necesaria para llevar a cabo cursos de capacitación continua.
	2 Las encuestas de los cursos que al profesional le gustaría tener, se realizan por lo menos anualmente.
	3 Mi centro de trabajo cuenta con medios de información (Gacetas, páginas web, folletos, promocionales o grupos de comunicación) que nos mantienen al día de los acontecimientos relevantes en salud y en capacitaciones de actualización.
	4 Existe un instrumento de evaluación de necesidades de capacitación en mi área laboral que deje expresar verdaderamente mis necesidades.
	5 Hay opciones distintas a la presencial para capacitarse en la unidad laboral.
	6 Es de importancia que posterior a una capacitación, exista un seguimiento del conocimiento o destreza aprendida.
	7 Tener grupos internos de capacitación, formación o conocimientos en mi jornada laboral, aumentaría el interés por capacitarse.
	8 Mis jefes inmediatos (de piso y supervisores) deberían incentivar a seguir capacitándose en base al desempeño del profesional.
	9 Hay discriminación por el tipo de contratación en el otorgamiento de becas o tiempo para capacitación.

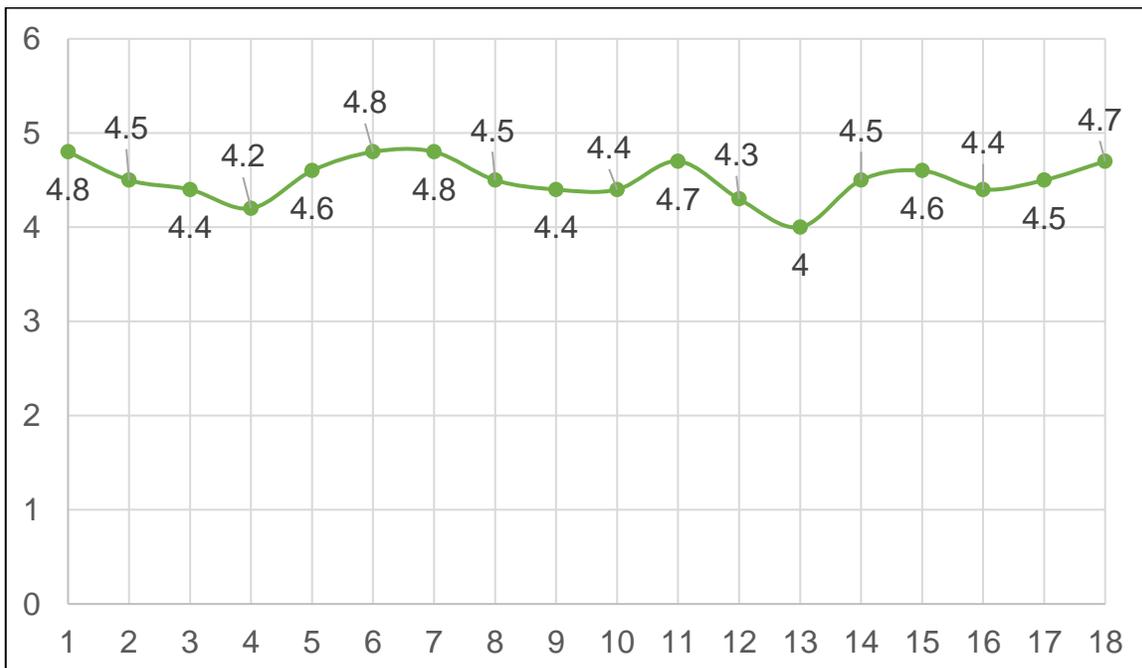
VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

	10	Las capacitaciones que proporciona la organización se relacionan con la atención que brindad en tu unidad.
Del personal a la organización	11	Mis necesidades de conocimientos están consideradas en la planeación de capacitación continua de mi unidad.
	12	Me siento recompensado profesionalmente por capacitarme.
	13	Hay capacitaciones dentro de mi jornada laboral.
	14	El no capacitarse, podría tener sanciones legales.
	15	Cantidad de cursos tomados anualmente (0-3, 4-7, 8 a más).
	16	Cantidad de cursos tomados autofinanciados (0-3, 4-7, 8 a más).
	17	Cantidad de cursos concedidos por tu unidad laboral (0-3, 4-7, 8 a más).
	18	Cantidad de cursos tomados de manera externa (0-3, 4-7, 8 a más).

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 15

Representación de medias, Factores Organizacionales (Segunda ronda)



Fuente: Elaboración propia

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

En cuanto a los ítems 15 a 18 donde se pide una cantidad exacta de cursos, se clarifico que la escala Likert otorgada no fue en respuesta personal si no de la información que pudiese obtenerse de dicho ítem.

El ítem nuevo o “Las capacitaciones que proporciona la organización se relacionan con la atención que brindad en tu unidad” fue aprobado y ubicado en la dimensión “De la organización al personal” de los factores organizacionales.

Tabla 21

Factores organizacionales enviados a evaluar en la tercer ronda de Técnica Delphi

De la organización al personal	1	La unidad hospitalaria debe contar con la infraestructura necesaria para llevar a cabo cursos de capacitación continua.	24/25
	2	Las encuestas de los cursos que al profesional le gustaría tener, se realizan por lo menos anualmente.	21/25
	3	Mi centro de trabajo cuenta con medios de información (Gacetas, páginas web, folletos, promocionales o grupos de comunicación) que nos mantienen al día de los acontecimientos relevantes en salud y en capacitaciones de actualización.	23/25
	4	Existe un instrumento de evaluación de necesidades de capacitación en mi área laboral que deje expresar verdaderamente mis necesidades.	20/25
	5	Hay opciones distintas a la presencial para capacitarse en la unidad laboral.	23/25
	6	Es de importancia que posterior a una capacitación, exista un seguimiento del conocimiento o destreza aprendida.	25/25
	7	Tener grupos internos de capacitación, formación o conocimientos en mi jornada laboral, aumentaría el interés por capacitarse.	24/25

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

	8	Mis jefes inmediatos (de piso y supervisores) deberían incentivar a seguir capacitándose en base al desempeño del profesional.	22/25
	9	Hay discriminación por el tipo de contratación en el otorgamiento de becas o tiempo para capacitación.	21/25
Del profesional a la organización	10	Mis necesidades de conocimientos están consideradas en la planeación de capacitación continua de mi unidad.	22/25
	11	Me siento recompensado profesionalmente por capacitarme.	23/25
	12	Hay capacitaciones dentro de mi jornada laboral.	21/25
	13	El no capacitarse, podría tener sanciones legales.	Por aprobar
	14	Cantidad de cursos tomados anualmente (0-3, 4-7, 8 a más).	21/25
	15	Cantidad de cursos tomados autofinanciados (0-3, 4-7, 8 a más).	22/25
	16	Cantidad de cursos concedidos por tu unidad laboral (0-3, 4-7, 8 a más).	21/25
	17	Cantidad de cursos tomados de manera externa (0-3, 4-7, 8 a más).	22/25
	18	Las capacitaciones que proporciona la organización se relacionan con la atención que brindad en tu unidad.	24/25

Fuente: Elaboración propia

Se destaca el interés por la mayoría del panel de expertos, aportando con sus observaciones para perfeccionar el instrumento BPCC, así como su implicación profesional al sugerir la integración de nuevas ideas que ellos consideraron relevantes en su campo laboral.

Los ítems reestructurados y aprobados se enviaron a una tercer ronda de revisión, pidiendo su seguimiento de respuestas y observaciones.

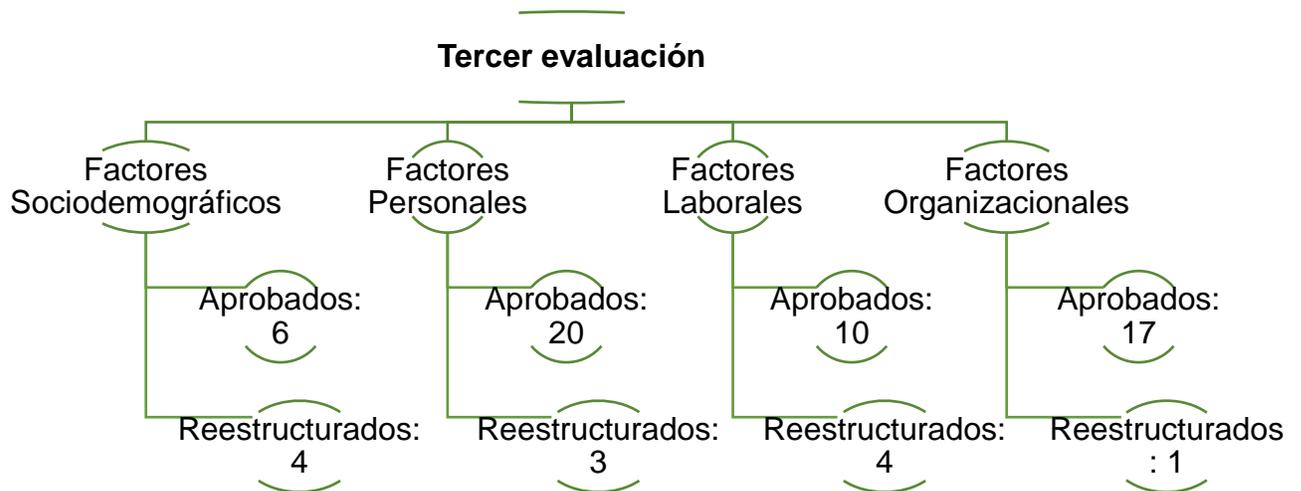
Tercera ronda

Durante la tercer ronda se enviaron nuevamente 65 ítems (Figura 14) de los cuales se hizo énfasis en la evaluación de los reestructurados y su corroboración de respuesta de los ya aprobados.

El Alfa de Cronbach obtenida fue de 0.90, con una desviación estándar de 0.29 y varianza de 0.08, correspondiente a que la totalidad de los ítems fueron aprobados con respuestas de 20 a más entre 4 y 5 correspondiente a Medianamente de acuerdo y Totalmente de acuerdo (Grafico 16).

Figura 14

Ítems evaluados en la tercer ronda por Técnica Delphi

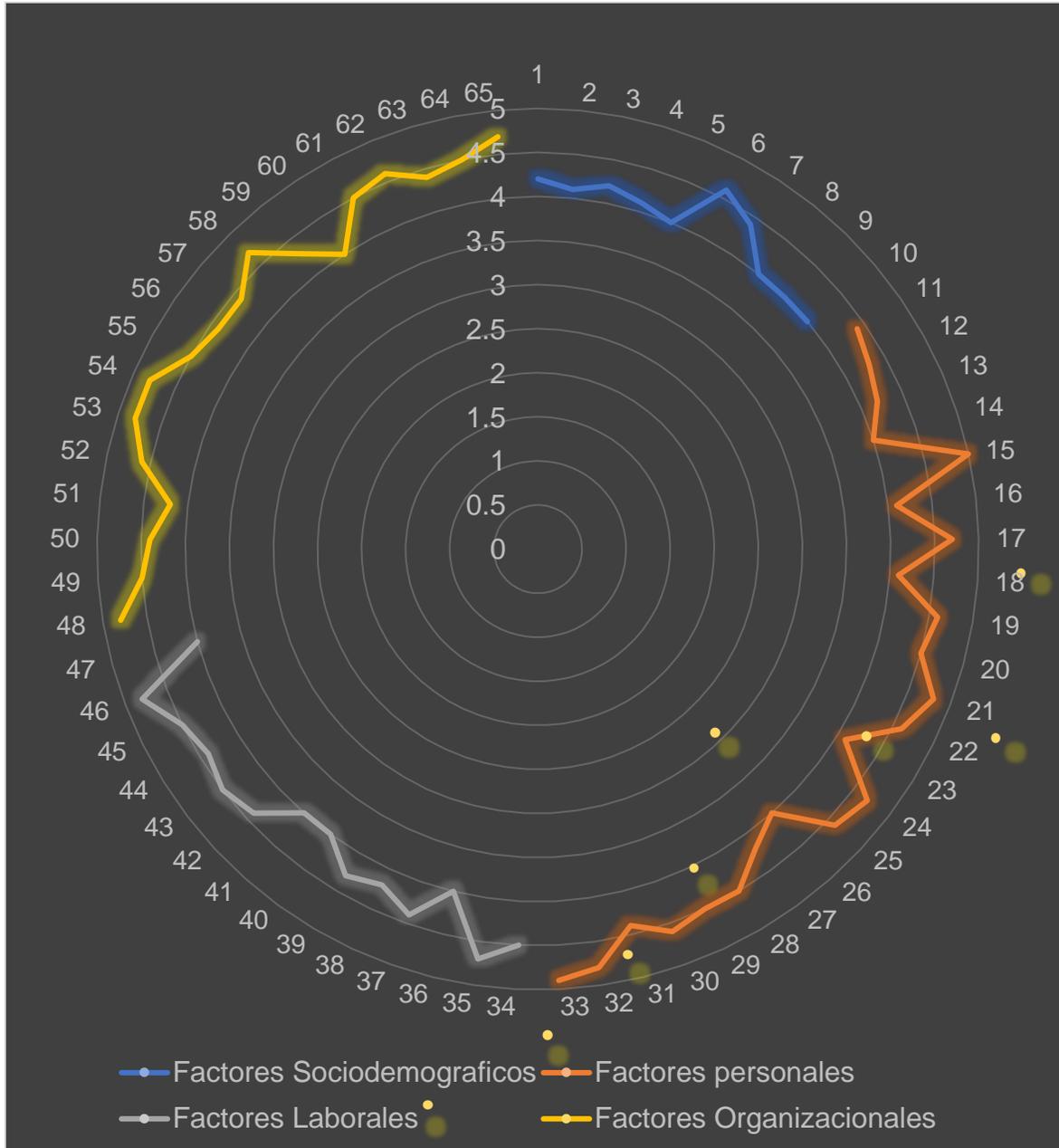


Fuente: Elaboración propia

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

Gráfico 16

Media por ítem de los 65 presentes en la segunda ronda.



Fuente: Elaboración propia

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

En esta ronda los ítems totales se aprobaron sin requerir una cuarta ronda de revisión, motivo por el cual la validación de contenido se vio concluida en esta fase. Dicho esto, todos los ítems alcanzaron respuestas aprobatorias del 80% a 100%, estableciéndose en cada ronda el siguiente número de elementos:

- 10 ítems de Factores Sociodemográficos
- 23 ítems de Factores Personales
- 14 ítems de Factores Laborales
- 18 ítems de Factores Organizacionales

Con la tercer ronda terminada, se aplicó un Índice de validez de contenido, la cual consiste en dividir el total de jueces que dieron respuestas favorables de 4 y 5, entre el total de jueces que fueron 25 (Lynn, 1986; Polit y Beck, 2014; Polit, Beck y Owen, 2007); cabe destacar que este parámetro fue indispensable en la aprobación de los ítems y por ello se fue trabajando durante el desarrollo de las rondas de evaluación de la Técnica Delphi.

$$IVC = \frac{25}{25} = 1$$

Todos los ítems del instrumento BPCC tienen un IVC de 1, por lo tanto, el siguiente punto de validación de contenido que es el “Índice de validez de contenido a nivel de escala (S-CVI)” y que se obtiene de sumar el ICV de cada experto entre el total de expertos, es igual a 1.

Dicho lo anterior, es otro indicativo de viabilidad del Instrumento BPCC.

Evaluación del instrumento BPCC

La sumatoria de las respuestas obtenidas por los ítems de cada dimensión, serán las que muestren el factor con la barrera primordial.

Todos los ítems fueron ordenados a fin de que su calificación máxima fuera de 5 y mínimo de 1, utilizando para ello 4 tipos de escalas diferentes (Tabla 22) donde fueron ordenados los 65 ítems. La primer escala evaluó 40 ítems, la escala dos evaluó 16 ítems, la tercer escala evaluó 5 ítems y la escala 4 evaluó cuatro ítems. Para mayor confiabilidad del instrumento, los ítems fueron mezclados entre dimensiones para que sus respuestas no se basaran en base a un título de factor o similitud con sus ítems hermanos.

Tabla 22

Escalas utilizadas para evaluar el instrumento BPCC

Escala 1					Puntaje máximo
Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	5
5	4	3	2	1	
Escala 2					Puntaje máximo
Totalmente en desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	5
5	4	3	2	1	
Escala 3					Puntaje máximo
Siempre	Generalmente	Ocasionalmente	Nunca	No observado	5
5	4	3	2	1	
Escala 4					Puntaje máximo
Mas de 11	9 a 11	6 a 8	3 a 5	0 a 2	5
5	4	3	2	1	

Fuente: Elaboración propia

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

De tal modo que cada Factor tuvo de acuerdo al número de ítems, una calificación menor y una mayor (Tabla 23):

- Factores Sociodemográficos: En este conglomerado, el número de ítems incluidos fueron 10, por lo que su calificación mínima de la dimensión es de 10 o correspondiente a calificar todos los ítems con puntuación de uno; la calificación máxima es de 50 o equivalente a evaluar todos los ítems con 5 puntos. Entre puntuaciones de 10 a 50, se definieron normalidades en los que debería de responder un profesional, así como estimaciones bajas y altas que definieran el nivel en el que se encuentra el profesional en dicha dimensión.
- Factores Personales: En el caso de estos factores, los ítems son 23, siendo la misma cifra lo que representa el mínimo para este conjunto de ítems; la máxima es de 115 (23 ítem por la calificación máxima de 5); de igual manera se obtuvieron normalidades en base a su media, mínimo y máximo.
- Factores Laborales: Para estos factores, su mínima es de 14 puntos y máxima de 70 puntos, teniendo una normalidad alta entre 52 a 70 de calificación.
- Factores Organizacionales: En los factores de esta sección, su mínima es de 18 y máxima de 90 puntos, donde también se obtuvieron normalidades baja, mediana y alta en la cual en base al resultado se sitúa en una categoría.

Tabla 23

Escalas utilizadas para evaluar el instrumento BPCC

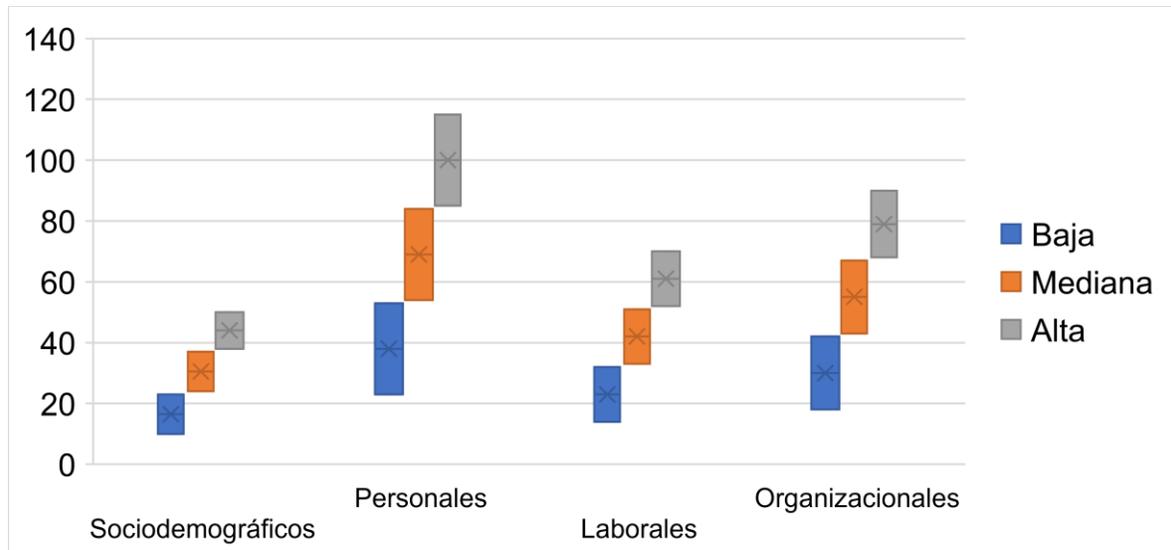
Calificaciones por persona						
	Min	Max	Alta	Mediana	Baja	Ítem
Sociodemográficos	10	50	38-50	24-37	10--23	10
Personales	23	115	85-115	54-84	23-53	23
Laborales	14	70	52-70	33-51	14-32	14
Organizacionales	18	90	68-90	43-67	18-42	18

Fuente: Elaboración propia

Las normalidades agrupadas por tipos de factores fueron (Grafico 17):

Gráfico 17

Normalidades de los Factores del instrumento BPCC



Fuente: Elaboración propia

Prueba piloto

Posterior a la Técnica Delphi y análisis de confiabilidad interna aplicada a las respuestas de los jueces, la cual fue de 0.90 en la tercer ronda, se procedió a realizar una prueba piloto en el mes de Enero de 2022.

Cabe destacar que esta prueba tuvo la finalidad de:

- Verificar que el constructo fuera comprensible al aplicarlo a un sujeto
- Identificar si había ítems que no respondieran adecuadamente a alguna de las situaciones abordadas en los factores del instrumento BPCC
- Evaluar la duración promedio de respuesta del encuestado
- Corroborar que las instrucciones sean comprensibles

El instrumento BPCC se aplicó de manera impresa a una muestra poblacional de 60 (30% de un total de 201 de acuerdo al Teorema de limite Central para muestras probabilísticas descrito por Hernández Sampieri, 2006) profesionales de Enfermería de los diferentes turnos del Hospital General Valentín Gómez Farias

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

(HGVGF) de segundo nivel de Atención, ubicado en Amecameca, Estado de México.

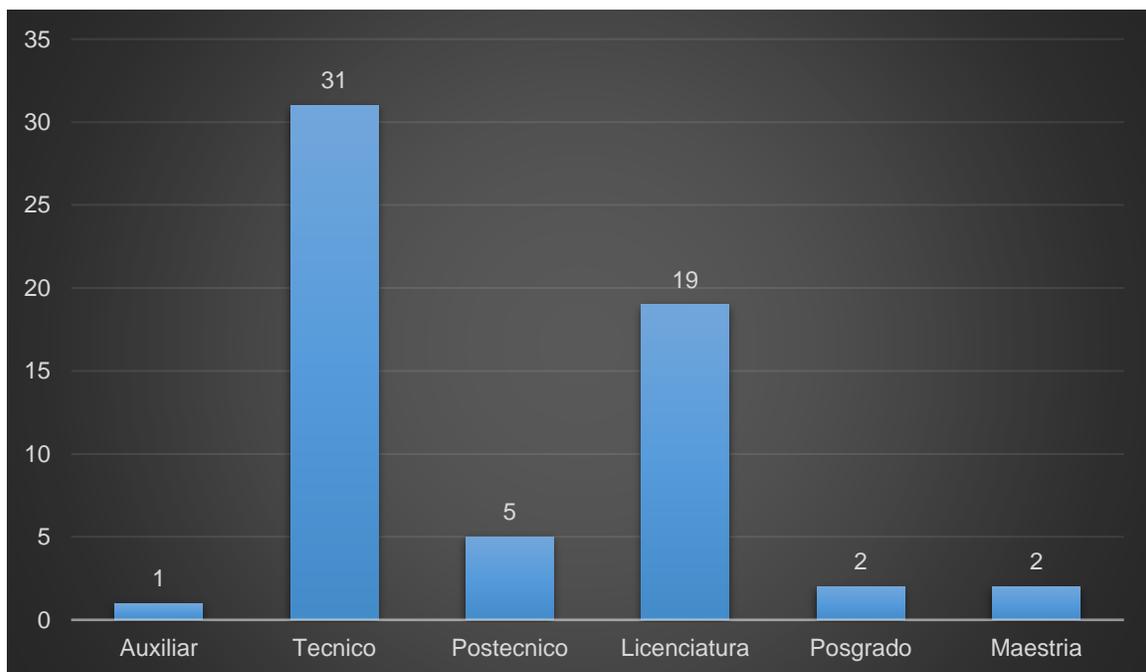
Teorema del Limite Central : $201 \times 0.30 = 60.3$

60 personas

El tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio y estratificado; Se estratificó por niveles de formación académica (Grafico 18) para obtener respuestas en cuanto a la identificación de barreras para capacitarse de acuerdo a este dato, calculando una representación dentro de los 60 profesionales a los que se les aplico el instrumento. Cabe destacar que posteriormente a identificar el numero a sujetos por encuestar, la elección se hizo de manera aleatoria, donde todos los profesionales elegidos aceptaron participar en la investigación.

Gráfico 18

Nivel de formación académica de los profesionales de Enfermería del HGVGF.



Fuente: Elaboración propia

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

A todos los participantes del estudio se les brindo previamente un consentimiento informado el cual expuso que su identidad estaría preservada en todo momento por la investigadora y su cuerpo académico, así como que los datos de sus respuestas podrían utilizarse para divulgación científica (Anexo 2). Posterior a este paso relevante, se procedió a enviar el instrumento BPCC y una carta de instrucciones de llenado del instrumento.

Para obtener la calificación general de esta muestra poblacional, la calificación individual se multiplico por 60 en concordancia con los sujetos a los que se les aplicó el instrumento BPCC (Tabla 24). Para esta población la sumatoria por dimensión fue la siguiente:

Tabla 24

Normalidades ajustadas a la muestra de 60 profesionales de enfermería

Calificaciones con 60 personas						
	Ítem	Min	Max	Alta	Mediana	Baja
Sociodemográficos	10	600	3000	2202-3000	1401-2201	600-1400
Personales	23	1380	6900	5062-6900	3221-5061	1380-3220
Laborales	14	840	4200	2801-4200	1961-2800	840-1960
Organizacionales	18	1080	5400	3961-5400	1081-3960	1080-2520

Fuente: Elaboración propia

Los participantes del estudio se mostraron interesados por el tema del cuestionario, mencionando que había datos que no pensaron que fueran una barrera para capacitarse pero al realizar una autoevaluación, si representó un factor personal negativo. Las instrucciones fueron adecuadas y la media de tiempo de duración aproximado de respuesta fue de 32 minutos.

Algunas observaciones destacables (3 participantes) fue que se prefiere utilizar escalas de respuesta dicotómicas o tipo Likert de 3 elementos (Por ejemplo: Bajo, medio y alto).

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

Los resultados fueron recolectados en tiempo y forma, encontrando lo siguiente:

- Factores Sociodemográficos: 2,125 equivalente a normalidad mediana
- Factores Personales: 5,187 equivalente a normalidad alta
- Factores Laborales: 3,064 equivalente a normalidad alta
- Factores Organizacionales: 3,788 equivalente a normalidad mediana

De acuerdo a lo anterior, los factores sociodemográficos y organizacionales obtuvieron normalidades medianas, es decir que los profesionales de Enfermería del Hospital General Valentín Gómez Farias presentan barreras de mediana complejidad para capacitarse dentro de los Factores Sociodemográficos y Organizacionales.

Nota: Los ítems en individual tienen una calificación mínima de uno y máxima de cinco, para esta población se multiplico por 60 para dar un veredicto en grupo; Para el análisis siguiente se tendrá en cuenta que cada ítem tendrá una mínima de 60 y máxima de 300.

Los Items con respuestas más bajas dentro de los Factores Sociodemográficos son:

Tabla 25

Items con menor calificación en Factores Sociodemográficos

No.	Ítem	Media de calificación	Calificación total por 60 sujetos
5	El número de personas dependientes del profesional afecta negativamente en su capacitación.	3.17	190
8	El tipo de población del área laboral (rural o urbana) influye para capacitarse.	2.82	169

Fuente: Elaboración propia

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

En el caso del ítem 5 (Tabla 25) su media oscilo en la respuesta “A veces”, mientras que en el ítem 8 su media fue de 2.82, oscilando entre “Casi nunca” y “A veces”; Esto dato quiere decir que no hay una correlación directa entre el número de familiares dependientes a su cargo y la capacitación continua, por otro lado también se expone que el vivir en una zona rural o urbana no representa un factor negativo para capacitarse. Los ítems con mayor calificación (Tabla 26) dentro de los Factores Sociodemográficos tuvieron una media de respuesta con “Medianamente de acuerdo”, resaltando que las funciones usuales de género y la afinidad hacia algunos temas de acuerdo al género, pueden representar una barrera para capacitarse.

Tabla 26

Ítems con mayor calificación en Factores Sociodemográficos

No.	Ítem	Media de calificación	Calificación total por 60 sujetos
2	Las actividades usuales de género (mujer u hombre) influyen en que se capacite continuamente.	3.92	235
10	Tu género (Hombre o mujer) hace que tengas mayor atracción hacia algún tema de capacitación (Ejemplo: Mujeres a temas de ginecología y hombres a temas de urgencias).	4.0	240

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los Factores Organizacionales que se subdividen en 2: De la organización al profesional y Del profesional a la organización; y que fueron los que representaron la segunda dimensión con calificación “Mediana”, los ítems con respuestas más bajas y altas (Grafico 19) de acuerdo a cada categoría fueron:

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

Tabla 27

Ítems con menor y mayor calificación en Factores Organizacionales

No.	Ítem	Media de calificación	Calificación total por 60 sujetos	
De la organización al profesional				
Mayor puntaje	48	La unidad hospitalaria debe contar con la infraestructura necesaria para llevar a cabo cursos de capacitación continua.	4.28	257
	53	Es de importancia que posterior a una capacitación, exista un seguimiento del conocimiento o destreza aprendida.	4.38	263
	54	Tener grupos internos de capacitación, formación o conocimientos en mi jornada laboral, aumentaría el interés por capacitarse.	4.28	257
	55	Mis jefes inmediatos (de piso y supervisores) deberían incentivar a seguir capacitándose en base al desempeño del profesional.	4.57	274
	56	Las capacitaciones que proporciona la organización se relacionan con la atención que brindan en tu unidad.	4.17	250
Menor puntaje	50	Mi centro de trabajo cuenta con medios de información (Gacetas, páginas web, folletos, promocionales o grupos de comunicación) que nos mantienen al día de los acontecimientos relevantes en salud y en capacitaciones de actualización.	3.18	191
	51	Existe un instrumento de evaluación de necesidades de capacitación en mi área laboral que deje expresar verdaderamente mis necesidades.	2.73	164
	57	Hay discriminación por el tipo de contratación en el otorgamiento de becas o tiempo para capacitación.	2.83	170
Del profesional a la Organización				
	60	Hay capacitaciones dentro de mi jornada laboral.	3.23	194

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

61	El no capacitarse, tiene sanciones legales.	2.90	174
64	Cantidad de cursos concedidos por tu unidad laboral (0-3, 4-7, 8 a más).	2.07	124
65	Cantidad de cursos tomados de manera externa (0-3, 4-7, 8 a más).	2.62	157

Fuente: Elaboración propia

De la primer dimensión o “De la organización al profesional”, se puede deducir en base a sus ítems con mayor puntaje que la unidad hospitalaria cuenta con infraestructura adecuada para realizar cursos de capacitación continua, sin embargo, se percibe una relevancia en que se evalúe un conocimiento después de aprenderlo y no solo el día del curso para así mantener el conocimiento continuo, así mismo de suma importancia que se encuentren líderes formadores de grupos internos en cada jornada laboral; Las capacitaciones que se brindan en la unidad son de relevancia en el cuidado de la población y que los jefes inmediatos deben de animar a su personal a continuar formándose. En esa misma categoría pero los ítems con respuestas más bajas, tenemos las variables de medios de información para difusión de cursos de capacitación continua, la inexistencia de un instrumento de evaluación de porque no se capacita el profesional de enfermería, así como que el otorgamiento de becas no es equitativo.

Dentro de la dimensión “Del profesional a la organización” los ítems que obtuvieron menores puntajes, englobados entre respuestas de 2 a 3, fueron las variables de capacitación dentro de la misma jornada laboral, los cursos concedidos por la organización son mínimos y los que se toman de manera externa no son en abundancia; Se describe el ítem que nos habla de sanciones legales por la no capacitación continua, donde la media de respuesta fue de 2 o “Casi nunca”, punto que nos puede también hablar del desconocimiento de la normatividad y política existente dentro del contexto de la salud y de enfermería, hecho que repercute directamente en el cuidado al no tener conciencia de los actos ejecutados.

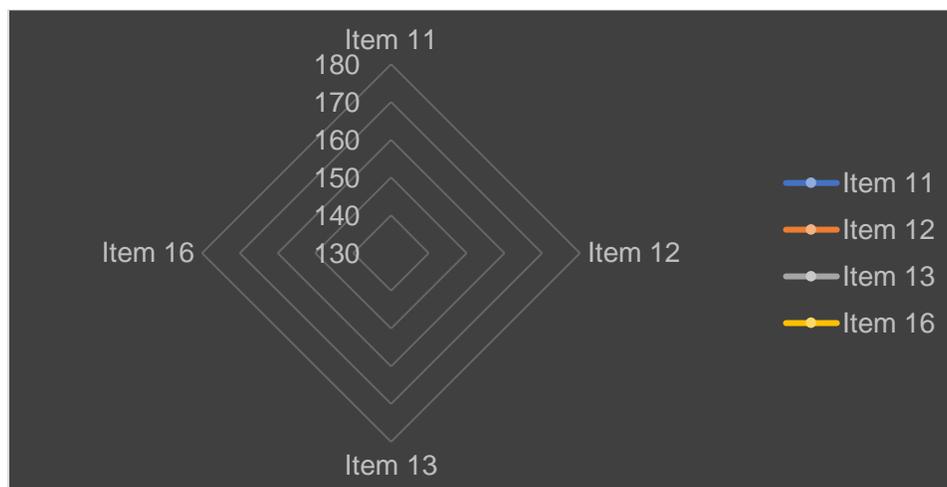
VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

En el caso de las dimensiones Personales y Laborales, su puntaje se situó en la normalidad alta, sin embargo se tienen ítems con respuestas bajas que es de importancia mencionar.

En el caso de los Factores Personales en el apartado de “Biológicos”, los ítems 11 correspondiente a “Padecer alguna discapacidad motora (física), sensorial (visual y auditiva), intelectual, psíquica (mental) o de lenguaje, podría hacer difícil la tarea de capacitarse”; 12 o “Padecer alguna enfermedad crónica-degenerativa limita la capacitación profesional”; y 13 o “La fatiga ocasionada por actividades diarias (rutinarias y laborales) impide la continuidad de la capacitación continua” tuvieron medias de 2.45, 2.48 y 2.88 respectivamente y equivalente a Casi nunca y A veces, cuestiones que no son en conjunto relevantes para ser una barrera para la capacitación continua pero si habría que analizarse de manera individual. Otro ítem con calificación menor pero en el apartado de “Psicológicos” es el 16 o “Se puede considerar a la capacitación continua como una obligación”, cuestión que nos habla que el profesional se capacita por autonomía en la mayoría de la población encuestada (Gráfico 19).

Gráfico 19

Medias de Items con menor calificación en los factores personales.



Elaboración propia

Para los Factores Laborales, los ítems con puntajes menores (Grafico 20) fueron los siguientes:

- Ítem 34 o “De acuerdo al nivel de atención en el que se labora, se requiere mayor o menor capacitación continua”: con una media de 2.92 y sumatoria en población de 175 puntos, los encuestados dijeron estar Medianamente de acuerdo (Escala 2), situación que no debería ser ya que cada nivel amerita un estudio profundo de los temas más inherentes a la población.
- Ítem 39 o “La función desempeñada en el área laboral (personal operativo, jefe de piso, supervisión, enseñanza, calidad, jefatura o dirección) influye en capacitarse en mayor cantidad”: Con una respuesta predominante de “Medianamente de acuerdo” y puntaje acumulado de 166, la población expreso que el tener un puesto jerárquico más elevado a nivel institucional es indicativo de tener más capacitación, sin embargo, el cuidado se desarrolla en las 4 áreas de desempeño de enfermería que son la asistencial, docente, gerencial y de investigación, hecho que debería hacer que cada profesional se interese en conocer más de su campo usual de trabajo.
- Ítem 47 o “Hay una falta de empatía por parte de los compañeros de trabajo cuando mi nivel académico es menor” expreso que los encuestados dijeron estar medianamente de acuerdo, es decir que consideran que no hay empatía entre compañeros cuando su nivel académico es menor.

De los datos relevantes de la población, la media de edad fue de 37,8 años, estado civil es de casados y de predominio el género femenino.

El alfa de Cronbach obtenida en la primer aplicación del instrumento BPCC fue de 0.849 de acuerdo al programa SPSS Versión 20, resultado que alcanza una Confiabilidad interna “Buena” (Se cataloga este valor entre 0.8 y 0.9).

Se realizo un análisis factorial exploratorio a los 65 elementos (Tabla 28) del instrumento, siendo los más relevantes el ítem 6 perteneciente a los Factores Sociodemográficos, el ítem 15 y 26 pertenecientes a los factores personales en las categorías de psicológicos y habilidades cognitivas; el ítem 43 y 46 de factores laborales, y finalmente el ítem 62 de factores organizacionales.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

Tabla 28

Análisis de componentes principales

No.	Nombre	ACP
1	La edad es un factor que influye para capacitarse continuamente.	.873
2	Las actividades usuales de género (mujer u hombre) influyen en que se capacite continuamente.	.823
3	El estado civil es un condicionante para la capacitación como profesional.	.721
4	Los ingresos económicos del profesional son suficientes para capacitarse.	.823
5	El número de personas dependientes del profesional afecta negativamente en su capacitación.	.827
6	El tipo de capacitación continua (presencial, semipresencial, a distancia o en línea) influye en la decisión de capacitarse.	.908
7	El tiempo de recorrido del hogar al centro de capacitación (Corta de 0 a 1 hora, Media de 1 a 2 horas o Larga de 2 a 3 horas), influye en que el profesional se capacite continuamente.	.799
8	El tipo de población del área laboral (rural o urbana) influye para capacitarse.	.805
9	El tipo de población donde se habita (rural o urbana) es un factor importante para capacitarse continuamente.	.848
10	Tu género (Hombre o mujer) hace que tengas mayor atracción hacia algún tema de capacitación (Ejemplo: Mujeres a temas de ginecología y hombres a temas de urgencias).	.806
11	Padecer alguna discapacidad motora (física), sensorial (visual y auditiva), intelectual, psíquica (mental) o de lenguaje, podría hacer difícil la tarea de capacitarse.	.826
12	Padecer alguna enfermedad crónica-degenerativa limita la capacitación profesional.	.891
13	La fatiga ocasionada por actividades diarias (rutinarias y laborales) impide la continuidad de la capacitación continua.	.853
14	La inactividad en que la mayoría de los cursos se desarrollan (postura sedente) en conjunto con las horas de capacitación, impide continuar la actualización.	.845
15	Me siento recompensado luego de tomar una capacitación continua.	.915
16	Se puede considerar a la capacitación continua como una obligación.	.703
17	Cuando se considera saber poco en un tema, se busca obtener conocimiento mediante la capacitación.	.869
18	Asistir a un curso concurrido o el hecho de participar en él, te genera estrés o ansiedad.	.821
19	Una crítica en base a su conocimiento o desempeño es una oportunidad de mejora.	.732
20	Me siento alegre y en confianza en las capacitaciones.	.839
21	La vocación por ser enfermera es inspiración para capacitarme continuamente.	.849
22	Que tan empoderado esta enfermería ante la sociedad (Mucho, Parcialmente, Poco o Nada).	.817

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

23	El reconocimiento que le das a tu profesión es el mismo que tiene la sociedad de enfermería.	.831
24	Es un compromiso hacia la población, el capacitarte continuamente.	.796
25	Considero tener buena memoria.	.883
26	Comprendo adecuadamente datos estadísticos.	.957
27	Tengo una planeación de mis tiempos y actividades cuando sé que tomare una capacitación.	.894
28	Los términos que utilizan mis colegas durante los cursos de actualización, los comprendo fácilmente.	.815
29	Me es fácil plasmar por escrito una información adquirida en un curso, para después revisarla.	.776
30	La forma en que asimilo la información (Percepción, deducción, atención, práctica o reflexión) es un factor para elegir la modalidad de capacitación.	.787
31	Saber un segundo idioma facilita la capacitación continua.	.713
32	Tener habilidades y conocimientos en equipo de cómputo y plataformas digitales, influye en la elección del tipo de modalidad de capacitación (presencial, semipresencial, a distancia y en línea).	.867
33	La capacitación continua aumenta mis conocimientos, habilidades y destrezas.	.728
34	De acuerdo al nivel de atención en el que se labora, se requiere mayor o menor capacitación continua.	.788
35	El aumento de la experiencia laboral ocasiona que se considere capacitarse en mayor cantidad.	.835
36	Tu tipo de contratación (basificado o eventual) influye en que se capacite continuamente.	.796
37	El turno en el que labora influye para actualizarse.	.764
38	El tiempo libre durante la jornada laboral, debe utilizarse para capacitarse.	.770
39	La función desempeñada en el área laboral (personal operativo, jefe de piso, supervisión, enseñanza, calidad, jefatura o dirección) influye en capacitarse en mayor cantidad.	.899
40	Tener un nivel académico superior, aísla del resto de los compañeros.	.847
41	Se eleva el poder sobre los demás, cuando el nivel educativo aumenta.	.785
42	La calidad de la comunicación con el equipo de trabajo, influyen en capacitarse continuamente.	.875
43	La asignación de las funciones laborales debe ser de acuerdo al nivel académico que se sustenta.	.915
44	La frecuencia anual de cambios de servicios es oportuna para tener una actualización previa de conocimientos.	.857
45	Su actividad laboral profesional le permite tener el tiempo suficiente para capacitarse.	.795

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

46	Trabajar con un equipo que se capacite continuamente, te inspira a capacitarte.	.908
47	Hay una falta de empatía por parte de los compañeros de trabajo cuando mi nivel académico es menor.	.861
48	La unidad hospitalaria debe contar con la infraestructura necesaria para llevar a cabo cursos de capacitación continua.	.757
49	Las encuestas de los cursos que al profesional le gustaría tener, se realizan por lo menos anualmente.	.771
50	Mi centro de trabajo cuenta con medios de información (Gacetas, páginas web, folletos, promocionales o grupos de comunicación) que nos mantienen al día de los acontecimientos relevantes en salud y en capacitaciones de actualización.	.657
51	Existe un instrumento de evaluación de necesidades de capacitación en mi área laboral que deje expresar verdaderamente mis necesidades.	.835
52	Hay opciones distintas a la presencial para capacitarse en la unidad laboral.	.791
53	Es de importancia que posterior a una capacitación, exista un seguimiento del conocimiento o destreza aprendida.	.797
54	Tener grupos internos de capacitación, formación o conocimientos en mi jornada laboral, aumentaría el interés por capacitarse.	.854
55	Mis jefes inmediatos (de piso y supervisores) deberían incentivar a seguir capacitándose en base al desempeño del profesional.	.825
56	Hay discriminación por el tipo de contratación en el otorgamiento de becas o tiempo para capacitación.	.820
57	Mis necesidades de conocimientos están consideradas en la planeación de capacitación continua de mi unidad	.844
58	Me siento recompensado profesionalmente por capacitarme.	.814
59	Hay capacitaciones dentro de mi jornada laboral.	.865
60	El no capacitarse, tiene sanciones legales.	.859
61	Cantidad de cursos tomados anualmente (0-3, 4-7, 8 a más).	.792
62	Cantidad de cursos tomados autofinanciados (0-3, 4-7, 8 a más).	.957
63	Cantidad de cursos concedidos por tu unidad laboral (0-3, 4-7, 8 a más).	.748
64	Cantidad de cursos tomados de manera externa (0-3, 4-7, 8 a más).	.779
65	Las capacitaciones que proporciona la organización se relacionan con la atención que brindas en tu unidad.	.837

Fuente: Programa SPSS Versión 20 (2022)

Por lo tanto:

- El tipo de capacitación influyen en la decisión de capacitarse
- La sensación de recompensa después de capacitarse es importante

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

- Comprender adecuadamente datos estadísticos es de suma relevancia
- El que se asignen las funciones laborales de acuerdo al nivel académico que se sustenta es primordial
- El contar con compañeros que también se capaciten continuamente es una inspiración para que el profesional se capacite
- Y son más los cursos que autofinancia el profesional a los otorgados por la institución

Cabe destacar que los componentes principales que arrojó el análisis factorial exploratorio fueron 21, y estos están abordados dentro de cada una de las áreas o factores ya descritos y concuerdan con el factor donde están ubicados.

Se realizó una correlación de Pearson (Tabla 29) donde se señala que dos asteriscos indican una correlación significativa a nivel 0.01 y un asterisco significa significancia a nivel 0.05. Entre los datos con correlaciones más altas fueron los de:

- ítem 2 Variable Actividades usuales de género: Correlacionado con estado civil,
- ítem 3 Variable Estado civil: Actividades usuales de género
- ítem 5 Variable Dependientes del profesional: Correlacionado con tipo de capacitación a elegir
- ítem 6 Variable Tipo de capacitación como influencia para capacitarse: Relacionado con número de dependientes económicos.
- ítem 8 Variable tipo de población del área de capacitación: Altamente correlacionado con el tipo de población donde se habita
- ítem 11 Variable Padecimiento de enfermedades: Relacionado con presentar fatiga en los cursos
- ítem 15 Variable Recompensa por capacitarse: Altamente correlacionado con la calidad de los cursos de capacitación y la existencia de capacitaciones en la jornada laboral

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA CAPACITACIÓN CONTÍNUA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MÉXICO 2022.

- ítem 16 Variable Capacitación como obligación: Correlacionado con que los jefes inmediatos deben incentivar a la capacitación
- ítem 24 Variable Compromiso social la capacitación: Correlacionado con Mis jefes inmediatos deben incentivar a capacitarse
- ítem 32 Variable Necesidad de habilidades en TICS: Correlacionado con que la capacitación continua aumenta los conocimientos
- ítem 35 Variable Experiencia por más capacitación: correlacionado con la búsqueda de capacitación cuando se requiere saber mas de un tema
- ítem 36 Variable Tipo de contratación: relacionado con actividades usuales de genero
- ítem 42 Variable Calidad de la capacitación: Correlacionado con la recompensa que se recibe al capacitarse
- ítem 46 Variable Inspiración a capacitarse por equipo de trabajo: Correlacionado con el compromiso social de capacitarse y la importancia de darle un seguimiento al conocimiento adquirido
- ítem 53 Variable Seguimiento del conocimiento: Relacionado con trabajar con un equipo inspirador de capacitación
- ítem 54 Variable Tener grupos internos de capacitación: Relacionado con tener capacitaciones distintas a la presencial
- ítem 55 Variable Jefes inmediatos como incentivos: relacionado con capacitarse cuando se desconoce un tema, compromiso social, que la capacitación aumenta los conocimientos, trabajar con un equipo inspirador y grupos internos de capacitación
- ítem 59 Variable: Capacitaciones internas en la jornada laboral: relacionado con sentirse recompensado pero también el sentir que se eleva el poder cuando se adquiere un mayor conocimiento
- ítem 62 Variable Cantidad de cursos autofinanciados: Estuvo Altamente Correlacionado con comprender adecuadamente datos estadísticos (1.000)

9. DISCUSIÓN

El conocimiento de los profesionales es una pieza clave para el desarrollo organizacional, hecho que es un soporte para brindar cuidado con calidad y seguridad y que a la vez es la meta perseguida por los profesionales de la salud, “Cuidado y Calidad”.

Cuando el profesional no se capacita de forma continúa en los temas que son relevantes para su desempeño laboral, deja de ser una persona eficiente a ser un riesgo, ya que puede incurrir en errores fatales que repercuten en la persona a la que se le brinda la atención, en los compañeros de trabajo a los que se supervisan o en quienes gestiona si se trata de un líder.

La evaluación de los procesos comenzó en el ámbito de la Administración y la Economía cerca de 1760 durante la revolución industrial, y aunque fue una época con una esclavitud marcada, se comenzaron a reconocer los factores que influían en el desempeño correcto de la empresa. En Salud, inició con la comparación de la calidad de dos hospitales en Estados Unidos de América, pero de acuerdo a la lectura considero que tuvo un periodo de inicio más antiguo, ya que el crear nuevas técnicas para los cuidados requirió de una evaluación de la situación y la cual determino que no se realizaban adecuadamente los procedimientos, motivo por lo cual se generaron cambios.

Investigaciones e instrumentos han surgido respecto al tema de la capacitación continua bajo la premisa de descubrir porque es tan importante este ámbito en una organización. Sanjuan Aquiles en el 2008 utilizó uno de los instrumentos más implementados en Iberoamérica mediante el método CHAEA creado por Alonso y Gallego en 1992 para saber el estilo de aprendizaje de la persona, el autor expresa que aparte de saber que estilo de aprendizaje tiene el trabajador, es necesario que este se reconozca con ese estilo de aprendizaje ya que le será oportuno al elegir su tipo de capacitación; También menciona que dentro de la institución laboral deberían existir esquemas organizados que sirvan como

guía operacional de acuerdo a los distintos estilos de liderazgo detectados, así como los medios necesarios para el aprendizaje y el desempeño en un área operativa. Actualmente sabemos que la persona tiene régimen distinto para asimilar nueva información, sobre todo con la introducción de nuevas tecnologías de la información que no se pueden dejar de lado, sin embargo, en los servicios de salud se suele seguir con esquemas de capacitación convencionales donde solo suele impartirse una información por repetición o visual mediante el aula, siendo que algunos procedimientos requieren escenarios de simulación como en procedimientos complejos que ameriten un aprendizaje antes de realizarlo en la práctica con personas; es por ello que un capacitador o educador debe adaptarse a los medios con los que cuenta y hacer dinámicas diferentes para una misma información, de ese modo el aprendizaje llegara a varias personas y no solo a un sector limitado. La situación actual por la Pandemia de Covid – 19 en la que se desarrolló la investigación, mostro un gran avance en los escenarios de capacitación virtual donde muchos profesionales vieron la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos en base a sus capacidades, gustos y destrezas, pero para otro sector se presentó como una barrera al no existir una figura pedagógica o no tener habilidades en uso de equipo de cómputo, idioma distinto al natural y plataformas virtuales, mismas que de acuerdo a los resultados obtenidos se centró en aquellos profesionales en grupos de edad de 40 a 60 años, hombres y mujeres.

DeSilets (1995) en México, citado por Flores y Peña (1999), valida su escala de Razones de Participación o PRS, donde se profundiza en los factores motivacionales abarcando lo siguiente: 1 Desarrollo y Mejora profesional, 2 Servicio profesional, 3 Aprendizaje e interacción con colegas, 4 Beneficios personales y 5 Seguridad Laboral, Compromiso y reflexión Profesional; ha sido utilizada en conjunto con otros instrumentos de evaluación con los cuales potencializa su sensibilidad al tener un enfoque de estudio. Cabe destacar que solo abarca los factores motivacionales y deja fuera otros que pudieran ser la barrera para capacitarse, solo se enfoca en el profesional y no en el ámbito externo, incluso da por hecho junto a otros autores como Urbano y Jahns (1988) que factores

sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, etc. Son comunes en la población, siendo que en cada profesional influye de manera distinta, datos que para esta investigación se consideraron abordando una dimensión por separado y no solo como un dato de identificación.

Flores y Peña (1999) crean el instrumento PEC para evaluar los factores motivacionales, personales, profesionales y de educación continua que influyen en la capacitación del personal de enfermería, en él se menciona que el administrador es el que debe ofrecer oportunidades para que el profesional crezca y desarrolle sus capacidades intelectuales para así mejorar la eficacia organizacional y que el administrador debe asegurar una actitud positiva en lo educativo. Existe una relación directa entre asistencia a capacitación y la mejora de la práctica con disminución de la incidencia de eventos adversos, quasifallas o centinela. De acuerdo a los resultados, los factores motivacionales y personales fueron los de mayor predominio, sin embargo dentro de las mismas respuestas hay datos que pueden ser relevantes y que no se interrogan en el instrumento tales como situaciones laborales y organizacionales, incluso se deja entrever que la situación de la no capacitación es propia de la organización solamente; citando a Benner (Carrillo, 2013) que menciona que el profesional va creciendo profesionalmente hasta convertirse en un experto, el profesional de enfermería es el que debe tener hambre de conocimiento y ejecutar técnicas necesarias para espacio a su capacitación, no como un hecho de obligación. Dentro de la Técnica Delphi mediante la cual se realizó la validez de contenido del instrumento BPC los expertos aportaron ideas de acuerdo a su perspectiva laboral y unidades del trabajo dentro de la primer revisión, temas que se abordaron en el instrumento desarrollado en esta investigación y que tiene inmersa la parte cualitativa, la respuesta human y de necesidades.

En el 2000 Rocher y Teel, publicado por Araujo V et al Realizaron una metaevaluación de evaluaciones internas de unidades hospitalarias en Cataluña, España y con ello se dio oportunidad para la mejora, tanto para motivar al profesional a asistir a cursos, como para la mejora de la calidad de las

capacitaciones. No validaron un instrumento y aquellos que analizaron contenían dimensiones distintas por lo cual hay un sesgo de información.

Araujo, Lluch, Garriga, Gil y Puig utilizan la valoración correlativa de García Cue para investigar el grado de interés, motivación y barreras para investigar de las enfermeras de Cataluña, España. Dentro de las preguntas incluidas hubo mayoría de respuestas negativas en dos preguntas: ¿Los recursos que hay en mi hospital me motivan a capacitarme? Y ¿La tecnología presente concuerda con las capacitaciones que imparten?; Se determinó que la evaluación es una determinante específica para cumplir metas tanto del profesional como organizacionales. Hubo datos que se mencionan en las respuestas del estudio pero no se integran dentro de él, tales como que las enfermeras no leen, las actividades no se asignan de acuerdo al grado académico, que la antigüedad en el puesto influye en capacitarse, que el tipo de contratación es un determinante y que la familia, pacientes, profesión y crecimiento personal, son una motivación para capacitarse de manera continua.

En la investigación de que factores motivacionales influyen en el profesional de enfermería de manera negativa, Hernández y García en el 2007, realizaron en México una encuesta validada con un Alpha de Cronbach de 0.78 el cual se dividió en cuatro dimensiones: datos sociodemográficos, habilidades y destrezas, importancia de la asistencia a cursos de educación continua y afecto o sentimiento sobre la conducta asistencial. Dentro del desarrollo, menciona que una alta productividad está relacionada con empleados entrenados de manera correcta, mismo que desencadena una disminución de incidentes, mejora clima laboral, satisfacción en el trabajo y resultados satisfactorios. Los resultados del estudio demostraron que la baja remuneración económica, falta de tiempo, número de hijos, tareas desempeñadas en el hogar y la falta de difusión e información de los cursos, forman parte de los principales factores para no capacitarse. Este instrumento tuvo un gran impacto al considerar un mayor número de aspectos que repercuten de manera directa en el profesional, replicándose no solo en el ámbito de la salud. Gómez, publicado por Pérez T. en el 2008 aplica un cuestionario exprofeso para tipos de capacitación presencial y con lo cual demuestra, como parte de la estrategia

empresarial, que capacitar al personal es una forma de innovar y tener éxito en los resultados de la producción.

Pérez y Palacios en el 2014, utilizaron el Test de Feedback 360 creado por Ilies, Crisan, Salanca y Butilca en 2009, para medir el rendimiento y desarrollo de las competencias de las personas de una empresa manufacturera en Madrid, España. Tiene orientación a la persona y al líder, enfocándose en la capacitación presencial al medir clima laboral y su cultura como organización. Este estudio denota que la comunicación vertical no es efectiva en escenarios con personal creativo, y que el estilo de liderazgo del líder tiene mucha influencia en escenarios donde la practica incluye la enseñanza y aprendizaje, tales como en escenarios de salud.

Carrillo Punina en su artículo de medición de la cultura organizacional describe que el proceso de aprendizaje - educación que se lleva en las unidades hospitalarias va a repercutir en el logro de los objetivos de la misma organización, menciona diferentes instrumentos para su evaluación, entre ellos el de Mohammad Zadeh y Shaghaei que en el 2009 crean su Modelo de Cultura de calidad y modelo de ecuaciones estructurales que se direccionó a la alta dirección y gestión de calidad y medición. Estudios realizados con metodología basada en el modelo de Mohammad y Shaghaei encontraron que la cultura adhocrática es de las mayormente recomendadas, mientras que su contraria, es decir la burocrática, tuvo efectos negativos en el equipo de trabajo y repercutiendo en los resultados.

Según Soto P Keller en el 2013 introdujo ARCS o Modelo de diseño motivacional, el cual se centra en maximizar la efectividad de un modelo educador que brinde confianza y satisfacción al educando. Soto, Masalan y Barros⁽¹⁹⁾ realizaron una revisión sistémica que incluyó el modelo de Keller, donde la educación en salud fue su elemento central del cuidado de enfermería; El compendio de resultados describe que la teoría y práctica parecieran no tener una correlación, que la cultura jerárquica de predominio en los hospitales genera tensiones y obstaculiza la comunicación y que los valores que se enseñan en los hospitales se transmiten de forma errónea.

Por su parte Pérez T. publicó que Weaver, Salamonson y Koch en el 2013 implementaron una encuesta creativa e intrigante de pregunta abierta: “*Nursing on television: student perceptions of television’s role in public image, recruitment and education*”. Los resultados arrojaron que no había una paridad entre cómo se percibía el profesional a como lo hace la Sociedad. Dicha situación puede repercutir en que el profesional no sienta la necesidad de capacitarse al sentirse socialmente excluida e infravalorada.

Carrillo AP reconoce que Hernández, Méndez y Contreras en el 2014 presentaron su Modelo tipológico basado en Modelo de valores por competencia, dichos incluidos en el clima organizacional de la organización. Destaca 2 dimensiones principales de cultura: Flexibilidad - Discreción y Estabilidad-Control con los cuales describe que la cultura en salud requiere de ser flexible y discreta; y Focos Interno - Integración y Externo - Diferenciación donde la organización de salud que se diferencia de las de la zona demuestra tener una cultura organizacional adecuada, líderes efectivos y profesionales identificados.

Sanjuan AA reconoce que Quinn y Garvin en 2016 mediante su encuesta validada por triangulación estadística para medir el liderazgo organizacional, mencionan dentro de los datos obtenidos que hay dos factores primordiales para llevar al éxito a una organización y que son: Innovación y cultura organizacional; Un método innovador de las organizaciones en salud es la actualización de los empleados.

Regmi K y Jones en el 2020 mediante un cuestionario aplicado a enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos para evaluar la actualización a distancia o en línea, resaltó que hay factores facilitadores o impulsores de este tipo de modalidad de capacitación: facilitar, aprender en la práctica, enfocarse de manera sistemática, integrar el aprendizaje electrónico con los planes de estudios. Dentro de los resultados negativos, concluyen que hay una escasa motivación y deriva de sus expectativas y puede haber perdida de la atención, abandono por escasos conocimientos en herramientas tecnológicas. De manera frecuente y hasta antes del ingreso de la tecnología a todos los ámbitos, la capacitación siempre fue

presencial y la falta de apego con una figura educadora puede repercutir en el aprendizaje, mas no limitarlo.

Visto desde diferentes aspectos, el conocimiento formara parte imprescindible del quehacer profesional, enfermería debe tener conocimiento actual para poder atender la demanda de salud que presenta la sociedad tan diversa. La unidad hospitalaria vista desde el punto organizacional debe contar con personal capacitado que brinde frutos en la productividad, que sea de calidad.

Si bien los gerentes deben realizar su labor y aportar su profesionalismo para planear y dirigir capacitaciones a favor de la mejora continúa de su personal y producto, los profesionales de enfermería se debe tener la meta de estar actualizados en conocimientos para poder brindar un cuidado benéfico para los usuarios, para enriquecerse como profesional y para tener la certeza de no dañar al prójimo. De acuerdo a lo encontrado, existe el dilema sobre si la capacitación tiene una implicación legal o no, más bien se debería de percibir que la capacitación continua es una tarea de prevención para que como profesional no incurra en ese tipo de escenas. La capacitación en sí comienza desde que se nace y hay una instrucción de cómo realizar las actividades, de modo que, en una vida laboral, el actualizarse debe ser un modo de vida.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araujo Camacho V, Lluch Canut M.A, Garriga Comas N, Gil Bello R y Puig Llobet M. (2020) Interés, motivación y barreras para investigar en las enfermeras residentes de matrona de Cataluña. Nure Investigación No. 17.
2. Balderas Pedrero, M. (2015) Administración de los servicios de enfermería. México. McGraw-Hill 7ma edición
3. Bonta Ortiz M del R. (2016) Factores personales asociados a la educación continua en el profesional de enfermería de la Clínica Javier Prado. Lima, Perú. Tesis de grado.
4. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (Ultima reforma 2015) Ley Federal del Trabajo. México; Diario Oficial de la Nación.
5. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (Ultima reforma 2021) Ley General de Salud. México; Diario Oficial de la Nación.
6. Cámara de diputados del H. Congreso de la unión. (2018) Ley general de educación. México Diario oficial de la federación (última modificación)
7. Carillo Punina A,P. (2016) Medición de la cultura organizacional. Ecuador. Revista de Ciencias administrativas No. 8. <http://revistas.unlp.edu.ar/CADM>
8. Carreño Dueñas J.A. (2016) Consentimiento informado en investigación clínica: un proceso dinámico [Internet]. Pers. Bioet. Vol. 20 (2); pp 232-243. Disponible en: DOI: 10.5294/pebi.2016.20.2.8
9. Carrillo Algarra A.J, García Serrano L, Cárdenas Orjuela C.M, Diaz Sánchez I.R y Yabrudy Wilchis N. (2013) La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enfermería Global No. 32. Página 346- 362
10. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M. y Sanz Rubiales A. (2011) ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? España. Sistema Sanitario de Navarra Vol. 34 No. 1 Pág. 63-72

11. Cevallos Vera F.A. (2015) Control total de la calidad: el enfoque Japonés [Internet] (Consultado 22/05/2021) Disponible en: DOI: 10.13140/RG.2.1.1172.3689
12. Chang Chong M, Sellick K, Francis K, Lim Abdullah K. (2011) ¿What influences Malaysian nurses to participate in continuing professional education activities?. Malasya. (manuscrito no publicado)
13. Chiodelli N. y Do prado M.L. (2007) Educación continua en el trabajo: Nuevos desafíos para los profesionales de Enfermería. Investigación, Educación y Enfermería No. 25. Página: 100-105.
14. Chiou-Fen, L., Meei-Shiow, L. y Chun-Chih, C. (2010) *A comparison of problem-based learning and conventional teaching in nursing ethics education*. Taiwán. Universidad de Taipéi. Volumen: 17 issue: 3, page(s): 373-382 <https://doi.org/10.1177/0969733009355380>
15. Córdova Villalobos J.A. (2007) Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería. Diario oficial (primera sección).
16. Davini M.C, Nervi L. y Roschke M,A. (2002) La capacitación del personal de los servicios de salud en proyectos relacionaos con los procesos de reforma sectorial. Programa de desarrollo de recursos humanos. OMS/OPS Serie Observatorio de recursos humanos de salud No. 3
17. Dennison S., Freeman M., Giannotti N. y Ravi P. (2022) Benefits of Reporting and Analyzing nursing student's Near-Miss Medication incidents. Ontario, Canada; Rev. Nurse Educator Vol. 47 (4); pp 202-207
18. Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo (2012) El aprendizaje basado en problemas como técnica didáctica. Monterrey, México; Manuscrito no publicado.
19. Donato Gottems, L.B, Álvarez, A.M. y Santos de Almeida, L.M.W.(2014) La educación de enfermería: calidad, innovación y responsabilidad. Brasil. Revista Brasileña de Enfermería No. 4. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670401>

20. Errasti Ibarrodo B, Arantzamendi Solabarrieta M y Canga Armayor N. (2012) La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. Pamplona, España. Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 35. No. 2. Páginas: 269-283
21. Escobar Castellanos B. y Jara Concha P. (2019) Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje.
22. Fernández Cantón, S. (2018) Sistema de indicadores sobre la calidad en salud Proyectos actuales de medición en salud. Boletín CONAMED-OPS. Volumen 4 Número 21, 2018. www.gob.mx/conamed
23. Flores Peña Y. (1999) Factores que influyen en la capacitación del personal de enfermería en la educación continua. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.
24. García Cué, J.E, Santizo Rincón, J.A. y Alonso García, C.A. (2009) Instrumentos de medición de estilos de aprendizaje. España. Revista estilos de Aprendizaje No. 4.
25. García Perales R. (2018) Diseño y construcción de un instrumento de evaluación de la competencia matemática: aplicabilidad práctica de un juicio de expertos. Política pública y educación, Rio de Janeiro, Vol. 26 (99), pp. 347-372. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362018002601263>
26. Gimnasio académico (2004) ¿Por qué no todo se aprendí igual. Centro de recursos para el éxito estudiantil.
27. Glasper A. (2017) Nurse education and the development of the nursing associate role. Inglaterra. Discusión Universitaria.
28. González Carrillo E., Arras Vota A.M. y Moriel Corral B.L. (2012) La profesionalización en Enfermería: hacia una estrategia de cambio. México; Tecnociencia Chihuahua Vol. 6 (1)
29. González Hernando, C., Martín Villamor, P. , Carbonero Martín, M.A. y Lara Ortega, F. (2013) *Evaluación por competencias de los estudiantes de enfermería a través de aprendizaje basado en problemas*. Valladolid, España. Revista

- Enfermería Universitaria Elsevier México. Vol. 10 (4): Pagina 120-124
www.elsevier.es/
30. Harrison L., Ray Hernández A., Cianelli R., Rivera M.S. y Urrutia M. (2015) Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: una perspectiva latinoamericana. Cien. Y Enf. Vol. 11 (1); pp: 59-71
31. Hernández Muñoz A, García Aguiluz K, Ponce Gómez Gandhy, Bernal Becerril M.L y Rivas Espinosa J.G. (2007) Factores motivacionales en el personal de enfermería que influyen en la asistencia a cursos de educación continua. México. Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 15. Página 125-128.
32. Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, Pilar. (2006) Metodología de la investigación. Cuarta edición. Pag. 12-43
33. Hernández Velasco G., Ramos Arista B., Taboada-Aranza O. y Cadena-Estrada J.C. (2017) Factores que influyen en la participación en cursos de educación continua del personal de enfermería. CDMX, México. Enf. Neurol. Vol. (3); pp 176-182
34. Herrera Castellanos M. (2011) Formula para calculo de muestra finitas. Hospital Roosevelt. (Manuscrito no publicado).
35. Jiménez Collante A. y Villanueva Flores M. (2018) Los estilos de liderazgo y su influencia en la organización: Estudio de casos en el Campo de Gibraltar. Rev. AJOICA; Vol. 18 ISSN 1988-9011; pp:183-195
36. Lacolutti, M. y Sladogna, M. (2017) Metodología para el diseño de instrumentos de evaluación. Formación continua, Plan de Empleo Sustentable; Guatemala. Manuscrito no publicado
37. Llaurado Serra M, Güell Baró A, Castañera Duro, Sandalinas I, Argilaga E, Fortes del Valle M.L, Jiménez Herrera M.F, y Fuentes Pumarola C. (2016) Barreras motivacionales de los profesionales de enfermería para la utilización de la investigación en unidades de cuidado intensivos y en el servicio de emergencias médicas. España. Enfermería Intensiva No. 27 Páginas: 146-154.
www.elsevier.es/ei

38. López Gómez, E. (2018). El método Delphi en la investigación actual en educación: una revisión teórica y metodológica. *Educación* 21(1), pp: 17-40. Disponible en: doi: 10.5944/educXX1.15536
39. Mantilla Pastrana M,I. y Gutiérrez Agudelo M,C. (2013) *Procesos de evaluación del cuidado en la práctica de Enfermería*. Bogotá, Colombia. ELSEVIER Enfermería Universitaria Vol. 10 (2) Pág. 43-49
40. Marín Fernández A.C. y Velasco de Lloreda M.I. (2001) Historias de aprendizaje: una herramienta para el desarrollo organizacional. Cali, Colombia. *Rev. Est. Gerenc.* No. 81, pp: 13-20
41. Márquez Andrés S. (2011) formación continuada: Herramienta para la capacitación. Nilbao, España- *Revista Enfermería Global* No. 21.
42. Matas, A. (2018) Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. Málaga; *Rev. Elect. De Invest. Educ.* Vol. 20 (1); pp: 38-47. Disponible en: <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>
43. Meljem Moctezuma J, Pérez Castro y Vázquez J. y Soto Arreola M, O. (2013) Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica. *Revista CONAMED* No. 18 Artículo original. Página 6-16
44. Nance, D.C. (2018) El inicio de la enfermería en México: Conflictos de poder y género, 1896-1904 [Internet]. *Cultura de los Cuidado* Vol.22 (50); Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.50.08>
45. Nieva Villegas L,M., Soares Días V,S. y Rosales Pariona S. (2020) *Metodología de aprendizaje basado en tecnologías en el proceso de formación de enfermeros*. Huancavelica, Perú. *Latindex Revista científica de enfermería* Vol. 9 No. 2
46. OCDE (2010) Acuerdo de cooperación México-OCDE para mejorar la calidad de la educación de las escuelas mexicanas. Resúmenes ejecutivos. www.oecd.org/edu/calidadeducativa
47. Olivera Carrasco, H. (2018) Comisión permanente de Enfermería. Contribución de enfermería a la Cobertura universal. <http://www.cpe.salud.gob.mx/>

48. Orellana Yáñez, A. y Paravic Klin, T. (2007) *Enfermería basada en evidencia: Barreras y estrategias para su implementación*. Chile. Ciencia y Enfermería XIII (1). Página 17-24.
49. Palmero Zilveti, O., Vargas Lechuga, C., Ruezga Barba, A. y González Posada, J. (1992) Administración de los servicios de salud en Enfermería. México. Centro Interamericana de Estudios de Seguridad social, Vol. 558. Pag: 125-136/321-327/481-491/497-512
50. Pere Joan F. y Anguiano-Carrasco C. (2010) El análisis factorial como una técnica de investigación en psicología. Madrid, España; Papeles del Psicólogo Vol. 31 (1); pp: 18-33
51. Pérez Palacios T. (2014) Feedback 360: Técnica de evaluación del rendimiento y desarrollo de las competencias de las personas en una empresa. Madrid Universidad Pontificia.
52. Piña Jiménez, J. y Amador Aguilar, R. (2015) *La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico – pedagógicas para perfilar un modelo didáctico*. E.N.E.O. Enfermería Universitaria. México. Vol. 12 (3) Pagina 152-159. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rev.2015.04.007>
53. Programa de acción específico (2018) Estrategia Nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica. Programa sectorial de salud 2018.
54. Puntunet Bates M. y Domínguez Bautista A. (2015) La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería. México. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica Vol. 16, Núm. 3. Página: 115-117.
55. Quesada Castillo R. (2006) Evaluación del aprendizaje en la educación a distancia “en línea”. México; Rev. Educ. a Dist. M6 (Número especial) Disponible en: <http://www.um.es/ead/red/M6>
56. Regmi, K. y Jones, Linda. (2020). A systematic review of the factors enablers and barriers – affecting e-learning in health sciences education. Facultad de Salud y ciencias sociales de Bedfordshire, Luton. UK. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02007-6>

57. Rosa Pastuña, D. y Jara Concha, P. (2020) “Desafíos para la formación de enfermeras en salud global”. Revista: Enfermería Investiga. Cuba. <https://revistas.uta.edu.ec/revista/index.php/enfi>
58. Ross K, Barr J y Steven J. (2013) Mandatory continuing professional development requirements: what does this mean for Australian nurses. BMC Nursing. <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/9>
59. Rouleau, G., Gagnon, M.P., Côté, J., Payne-Gagnon, J., Hudson, E., Dubois, C.A. y Bouix Picasso, J.(2019) Effects of E-Learning in a Continuing Education Context on Nursing Care: Systematic Review of Systematic Qualitative, Quantitative, and Mixed-Studies Reviews. Quebec, Canada. Journal of medical internet research Vol. 21, iss. 10, e15118. <https://www.imir.org/2019/10/e15118>
60. Salvador Silberman M., Moreno Altamirano L., Hernández Montoya D., Martínez González A. y Díaz López H.I. (2014) Construcción y validación de un instrumento para medir la satisfacción de los pacientes del primer nivel de atención medica en la Ciudad de México. Gaceta Medica de México. Pag. 43-50.
61. Sandoval Casilimas, C A. (1996) Investigación cualitativa. Bogotá, Colombia. Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior ICFES.
62. Sanjuan Quiles, A. y Martínez Riera, J.A. (2008) Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza – aprendizaje para la interrelación de conocimientos y formación de clínica/comunitaria. España. Invest Educ Enferm. Vol. 26. Pag. : 150-159
63. Secretaria de Salud (09/2020) Recursos humanos en Enfermería: Nivel Educativo. México. Sistema de información Administrativa y de Recursos Humanos en Enfermería. http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/index.php?Id_URL=numeralia&T ipo=recursos& Id=3
64. Secretaria de Salud (2018) Estado de la Enfermera en México. Secretaria de Salud. Ciudad de México.
65. Secretaria de Salud (2019) Programa Sectorial de Salud 2019-2024. México. Pag. 28-42

66. Secretaria del trabajo y previsión social. (2013) Ley Federal del trabajo. México. Diario Oficial de la Federación.
67. Sistema nacional de salud (2013) NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
68. Soriano Rodríguez A.M. (2014) Diseño y validación de instrumentos de medición. El Salvador. Editorial Universidad Don Bosco. No. 13. Pág. 19-40
69. Squires J, Estabrooks C, Newburn Cook C y Gierl M. (2011) Validation of the conceptual research utilization scale: an application of the standards for educational and psychological testing in healthcare. Ottawa, Canada. BMC Health Services Research. <http://www.biomedcentral.com/1472-69633/11/107>. Pág. 2-14
70. Torres Barrera S y Zambrano Lizárraga E. (2010) Breve historia de la educación de la enfermería en México. La Paz, BCS México.
71. Uribe Meneses, A. (2012) Características del aprendizaje autónomo de los estudiantes del programa de enfermería de la Universidad de Pamplona. España. Revista Ciencia y Cuidado Año 9 N° 1 Julio ISSN: 1794-9831.
72. Valles, M S. (1999) técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. España. Editorial Síntesis.
73. Vélez Vélez, E. (2009) Investigación en Enfermería, fundamento de la disciplina. España. ELSEVIER. Revista de Administración Sanitaria Vol.7(2). Pag. 341-56
74. Zaidier Treviño, E. y Jasna Stiepovich. (2007) Indicadores de evaluación en la enseñanza-aprendizaje de enfermería. Universidad del Valle. Colombia. Volumen 38 No. 4. P. 89-97. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28309810>
75. Zamora Muñoz, S., Monroy Cazorla, L., Chávez Alvarez, C. y Saade Hazin, A. (2009) Análisis factorial: una técnica para evaluar la dimensionalidad de las pruebas. Cuaderno técnico 6. Ceneval; México.
76. Zavala Alonso M,E., Urbina Aguilar B,A. y Alvarado Gallegos E. (2017) Metaevaluación de la calidad de la atención de enfermería en un hospital público de San Luis Potosí, México. San Luis Potosí, México. Revista en Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 25. Pag. 85-93

11. ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento técnica Delphi

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO</p>	
<p><u>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TÉCNICA DELPHI</u></p>		
<p>Yo: _____ y sustentando el nivel académico de _____, acepto participar de manera voluntaria como experto calificador del proyecto de investigación titulado “Validación de un instrumento para evaluar las barreras que influyen en la capacitación continua del profesional de enfermería, México 2021”, que llevara a cabo la alumna <i>Carolina Liliana González Flores</i> como parte del trabajo terminal de grado para la Maestría en “Gestión en Enfermería” de la Universidad Autónoma del Estado de México.</p>		
<p>El envío será vía correo electrónico y mis respuestas serán registradas de manera anónima, siendo analizadas para aporte del instrumento y no en calificación mía; en medida de lo analizado serán reenviadas las correcciones a fin de lograr un consenso con el grupo de expertos.</p>		
<p>Es de mi conocimiento que:</p>		
<ul style="list-style-type: none">• Mi identidad será preservada por la investigadora y solo ella sabrá los datos necesarios requeridos para participar como experto, los cuales incluyen: Nombre completo, número de cedula profesional, nivel académico, número telefónico y correo electrónico.• Podré abandonar la investigación cuando lo desee, mediante una correspondencia en el mismo correo electrónico de la investigadora.• Los datos obtenidos podrán ser publicados en medios de divulgación científica y podré obtener información del avance del proyecto cuando lo requiera.• El protocolo de investigación cuenta con un registro ante la Universidad Autónoma del Estado de México, por lo cual no puedo divulgar ninguna información aquí mencionada hasta su término.		
<p>Número de Cédula: Número telefónico: Correo electrónico: </p>		
<p>Investigación realizada por: Alumna: L.E. Carolina Liliana González Flores Número celular: 5528944014 Correos de correspondencia: qs20liliana@hotmail.com clgf200894@gmail.com</p>		

Anexo 2 Consentimiento prueba piloto



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA PILOTO

Yo: _____ de ____ años de edad, sustentando el nivel académico de _____ - _____ y con _____ años de experiencia laboral, acepto participar de manera voluntaria en la prueba piloto de aplicación del instrumento BPCCE (Barreras para la Capacitación Continua de Enfermería) que forma parte del proyecto de investigación titulado "Validación de un instrumento para evaluar las barreras que influyen en la capacitación continua del profesional de enfermería, México 2022", que llevara a cabo la alumna *Carolina Liliana González Flores* como parte del trabajo terminal de grado para la Maestría en "Gestión en Enfermería" de la Universidad Autónoma del Estado de México.

El envío será vía correo electrónico y mis respuestas serán registradas de manera anónima, siendo analizadas para aporte del instrumento y no en calificación mía; en medida de lo analizado las respuestas serán publicadas en un artículo de revisión original al término del semestre A2022.

Es de mi conocimiento que:

- Mi identidad será preservada por la investigadora y solo ella sabrá los datos necesarios requeridos, los cuales incluyen: Nombre completo, número de cédula profesional, nivel académico, número telefónico y correo electrónico.
- Podré abandonar la investigación cuando lo desee, mediante una correspondencia en el mismo correo electrónico de la investigadora.
- El protocolo de investigación cuenta con un registro ante la Universidad Autónoma del Estado de México, por lo cual no puedo divulgar ninguna información aquí mencionada hasta su término.

Número de Cédula: _____

Número telefónico: _____

Correo electrónico: _____

Investigación realizada por:

Alumna: L.E. Carolina Liliana González Flores

Número celular: 5526944014

Correos de correspondencia: qs20liliana@hotmail.com

clgf200894@gmail.com

