



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO**

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA

TESIS

**Análisis de la relación entre el conocimiento
del personal de enfermería y su autoeficacia
sobre el manejo de RCP
en un evento de paro cardio respiratorio**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA**

PRESENTA

Trejo Salinas Karla Verónica

ASESOR

Dr. Asdrúbal López Chau

SEPTIEMBRE 2018



Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Zumpango

Zumpango, Estado de México, a 14 de Mayo de 2018.

**LIC. ENF. KARLA VERONICA TREJO SALINAS
PRESENTE**

Por este conducto, la Coordinación de Maestría en Enfermería del Centro Universitario UAEM Zumpango informa a usted, que los profesores designados como Tutor Académico y Tutores Adjuntos de su trabajo para obtención de Grado denominado: **"Análisis de la relación entre el conocimiento del personal de Enfermería y su autoeficacia en el manejo de RCP en un evento de paro cardio-respiratorio"**, han autorizado la liberación de su trabajo.

Tutor Académico
NOMBRE

Dr. Asdrúbal López Chau.

DE ACUERDO  APROBADO 

Tutores Adjuntos
NOMBRE

Dra. en C.S. Ma De Lourdes Vargas Santillán
M. S. P. Claudia Rodríguez García

DE ACUERDO  APROBADO 
 

Sin otro particular por el momento y esperando pueda concluir con su proceso de obtención de Grado, quedo de usted.

**ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO**

"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad autónoma del Estado de México"



DRA. EN C.S. MA DE LOURDES VARGAS SANTILLÁN
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
EN EL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



C.c.p. Coordinación de Investigación y Estudios avanzados del CU UAEM Zumpango.
C.c.p. Departamento de titulación.
C.c.p. Archivo.



Km. 3.5 Camino Viejo a Jilotzingo,
Valle Hermoso, Zumpango, Méx.
C.P. 55600, Tel: 59 19 17 41 40 Ext. 111, 591 917 41 38
mlvargas@uaemex.mx
maestriaenfermeriauaemzumpango@gmail.com





Universidad Autónoma del Estado de México


Centro Universitario UAEM Zumpango
Coordinación de Maestría en Enfermería

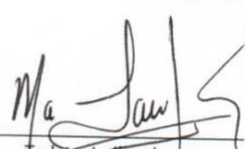
Fecha: 24 de Mayo 2018.


DICTAMEN DE VOTOS APROBATORIOS

Los docentes que integran el **COMITÉ DE TUTORES** de la Licenciada: **KARLA VERÓNICA TREJO SALINAS**, egresada del programa de Maestría en Enfermería con Énfasis en Terapia Intensiva de la generación **2016 - 2017**, quien realizó el trabajo de grado titulado: "**Análisis de la relación entre el conocimiento del personal de Enfermería y su autoeficacia en el manejo de RCP en un evento de paro cardio-respiratorio**", bajo la Tutoría Académica del **Dr. Asdrúbal López Chau**, ha sido dirigido, revisado y discutido, por lo que se ha considerado **DICTAMINARLO COMO APROBADO**, ya que reúne los requisitos que exige el Artículo 75 del Reglamento de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"


Tutor Académico
Dr. Asdrúbal López Chau


Tutor Adjunto
Dra. En C. S. Ma de Lourdes Vargas Santillán


Tutor Adjunto
M. S. P. Claudia Rodríguez García



CU Z

Dedicatorias

A mis padres, por ser mi ejemplo de fortaleza para no rendirme, por ser mi apoyo siempre y por enseñarme a que siempre puedo cumplir mis sueños y alcanzar mis metas.

A mi hermana, por siempre estar a mi lado apoyándome y dándome las palabras que siempre he necesitado para seguir, eres mi persona, y mi mayor motor para nunca rendirme.

A Cesar Ocampo García, por ser mi compañero de inicio a fin de esta aventura, por no dejarme nunca en el camino, por aguantar mis regaños, por esos fines de semana llenos de cansancio, sueño, hambre, y gordura que cursamos estos dos años, no fue sencillo, pero lo logramos, reto y meta cumplida, un honor haberlo compartido contigo.

A mis amigos, por dejarme seguir en sus vidas después de estos años en los que no he tenido el tiempo suficiente para estar al pendiente, muchas gracias por seguir en mi vida, los quiero muchísimo.

Agradecimientos

A mi asesor, el Dr. Asdrúbal López Chau, gracias a él esta meta se culminó, a pesar de no ser del área de la salud, nunca me abandonó y siempre supo guiarme, haciendo uso de todas sus fortalezas, gracias por la paciencia, el esfuerzo extra requerido, por su inteligencia, pero sobre todo por su tiempo, que es el que no vuelve, y que valoro mucho. Sólo tengo los mejores deseos para alguien tan apasionado a lo que hace.

A mis revisoras, Dra. María de Lourdes Vargas Santillán y la Maestra Claudia Rodríguez García, por brindarme su tiempo, paciencia y apoyo en todo momento, gracias por esas atenciones que tuvieron ante este trabajo para culminar lo mejor posible.

Abstract

The relationship between CPR and self-efficacy has been little studied in the specialized literature. In this research, a quantitative study was conducted involving 60 members of the nursing staff of a third-level hospital in Mexico City. The application of the two validated instruments was through an electronic platform, so the participants were able to answer using mobile device. A total of eight variables related to the level of knowledge and self-efficacy in RCP were contrasted using the exact test of Fisher and applying the computational method of search exhaustive. It was found that there is significant statistical dependence between knowledge and self-efficacy in CPR.

Resumen

La relación entre RCP y autoeficacia ha sido poco estudiada en la literatura especializada. En esta investigación se realizó un estudio cuantitativo en el que participaron 60 integrantes del personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. La aplicación de los dos instrumentos validados fue mediante una plataforma electrónica, por lo que los participantes pudieron contestar usando dispositivo móvil. Un total de ocho variables relacionadas con el nivel de conocimiento y la autoeficacia en RCP se contrastaron usando la prueba exacta de Fisher y aplicando el método computacional de búsqueda exhaustiva. Se encontró que sí existe dependencia estadística significativa entre el conocimiento y la autoeficacia en RCP.

CONTENIDO

Abstract.....	5
Resumen	6
CAPÍTULO I	11
Introducción	11
Planteamiento del problema	11
Pregunta de investigación.....	12
Justificación	12
Objetivos	13
General.....	13
Específicos.....	13
Hipótesis.....	14
Operacionalización de variables.....	14
Alcance del trabajo	15
CAPÍTULO II DISEÑO METODOLÓGICO	16
Tipo de estudio.....	16
Tipo de Investigación.....	16
Correlacional	16
Tipo de diseño	16
Transversal	16
Universo de trabajo.....	16
Población.....	16
Muestra	16
Tipo de muestreo	16
Tiempo:	16
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	16
Criterios de inclusión	16
Criterios de exclusión.....	16
Criterios de eliminación	17
Procedimiento y Análisis del instrumento utilizado.....	17
Implicaciones éticas.....	18
Análisis estadístico.....	18

CAPÍTULO III MARCO TEÓRICO	19
Conocimiento	19
Autoeficacia.....	20
Autoeficacia y estrés.....	21
Soporte cardiovascular básico.....	22
Estado del arte	25
CAPÍTULO V.....	30
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	30
Análisis descriptivo	30
Análisis inferencial.....	39
Discusión	46
CONCLUSIONES Y TRABAJOS A FUTURO.....	49
REFERENCIAS	51
ANEXOS	55

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.Operacionalización de variables	14
Tabla 2. Tabla de contingencia autoeficacia en emergencia vs conocimiento en RCP, mejor caso.	40
Tabla 3. Tabla de contingencia autoeficacia en emergencia vs conocimientos en RCP, peor caso	41
Tabla 4.Tabla de contingencia respuesta ante situación de estrés vs conocimiento en RCP, mejor caso.	42
Tabla 5. Tabla de contingencia respuesta ante situación de estrés vs conocimiento en RCP, peor caso.	42
Tabla 6. tabla de contingencia experiencia previa en RCP vs conocimiento en RCP, mejor caso.	43
Tabla 7.tabla de contingencia experiencia previa en RCP vs conocimiento en RCP, peor caso.	44
Tabla 8. Tabla de contingencia de autoeficacia vs conocimiento en RCP, mejor caso.	45
Tabla 9.Tabla de contingencia de autoeficacia vs conocimiento en RCP, peor caso.	45

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Nivel académico del personal.....	31
Gráfica 2. Antigüedad en años del personal de enfermería	32
Gráfica 3. Certificación en reanimación cardiopulmonar	32
Gráfica 4. Tiempo que ha pasado desde su última certificación	33
Gráfica 5. Resultado del test de conocimientos.....	33
Gráfica 6. Autoeficacia ante una emergencia.	34
Gráfica 7. Respuesta ante situación que genera estrés.	34
Gráfica 8. Personal que ha presentado una situación de emergencia.	35
Gráfica 9. Comparación del promedio de autoeficacia y conocimientos.	36
Gráfica 10. Promedio de la respuesta ante situación de estrés contra aprobación del test de conocimientos.	37
Gráfica 11. Promedio del personal que ha presentado una situación de emergencia contra el resultado del test de conocimientos.	38

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. algoritmo de reanimación cardiopulmonar básica.	24
Figura 2. cadena de supervivencia en loa paros cardiacos intrahospitalarios y extrahospitalarios.....	25
Figura 3. Recomendaciones, que hacer y no en la RCP	25

CAPÍTULO I

Introducción

El presente trabajo de investigación se presenta con la finalidad de realizar un estudio y análisis de la relación entre los conocimientos y autoeficacia que el personal de enfermería presenta ante un evento de paro cardio respiratorio.

Cabe destacar que, dentro de algunas cifras mundiales importantes, según la declaración del consejo de la AHA, registra que existen más de 135 millones de fallecimientos por enfermedades cardiovasculares, que según estadísticas estas van en aumento. A nivel mundial entre 2% y el 11% presentan parada cardio respiratoria fuera de un hospital. En Estados Unidos más de 500,000 niños y adultos sufren de un paro cardio respiratorio y más del 15% sobreviven (Berdowski, Berg, Tijssen, & Koster, 2010). Estas cifras nos refieren que es un problema de salud pública que cobra más vidas, aun mayor que el cáncer.

Planteamiento del problema

Epidemiológicamente los paros cardiorrespiratorios se consideran un problema de gravedad, ya que el 93% de estos, causan la muerte, o daños neurológicos.

A pesar de saberlo en nuestro país las cifras no son muy satisfactorias, según datos de la guía de práctica clínica (Secretaria de Salud, 2013), en nuestro país del total del personal de salud encuestado en la sala de urgencias sobre el conocimiento de RCP, 95.6% refirió conocer los procedimientos de reanimación, 87.1% dijo haber tomado un curso sobre reanimación, y tan solo el 21.2% se encuentra certificado por la AHA como proveedor de reanimación con un rango de 1 a 7 años de la fecha de su última certificación (Secretaria de Salud, 2013).

Todas las técnicas que se realizan para revertir el paro cardíaco no sirven de nada si no se tiene conocimiento de ellas, por lo cual, enfermería debe implicarse, tanto para estar al día de los conocimientos sobre RCP, como para expandir estos conocimientos a la mayor cantidad de población posible.

A juicio de Bandura (1986), la autoeficacia en un campo concreto implica una capacidad generativa en la que es necesario integrar sub-competencias cognitivas, sociales y conductuales en actuaciones encaminadas a alcanzar determinados propósitos.

En el estudio “ Autoeficacia y Conductas de salud” (Olivari Medina & Urra Medina, 2007), la autoeficacia puede aumentar o reducir la motivación, algunos investigadores han conceptualizado un sentido general de autoeficacia que se refiere a un sentido amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes.

En (Roh & Issenberg, 2014) se menciona que la autoeficacia en resucitación se define como un juicio de capacidad percibida para organizar una ejecución del proceso del cuidado durante la misma.

En México, los autores de este trabajo han observado durante más de seis años de experiencia en campo clínico, que, aunque el personal de enfermería posea conocimientos sobre RCP, su desempeño a veces se ve sobrepasado debido a el ambiente que se genera durante una situación de emergencia ante un evento de paro cardio respiratorio. Debido a lo anterior, surge la siguiente:

Pregunta de investigación

¿Existe alguna relación entre el conocimiento del personal de enfermería y su autoeficacia en el manejo de Reanimación Cardio Pulmonar?

Justificación

Las paradas cardiorrespiratorias representan un problema sanitario y económico de gran magnitud, ya que se considera que entre un 0.4% y un 2% de los pacientes que ingresan y hasta un 30% de los fallecidos, precisan maniobras de reanimación cardiopulmonar; de las cuales la mitad se presenta fuera un área de cuidados críticos.

Se calcula que 1 de cada 5 pacientes tratados, sobrevivirá y podrá ser dado de alta. Por esto se requiere de aptitudes, actitudes, seguridad y autocontrol, que nos darán los conocimientos adquiridos y reforzados durante la práctica diaria.

Existe la evidencia de que entre menor sea el tiempo de reacción y atención ante un paro cardiorrespiratorio, evitara el daño, la mortalidad y las probables secuelas.

Existen muchos estudios internacionales de investigación sobre Reanimación cardiopulmonar, que evalúan o buscan la parte de conocimiento, pero hay muy pocos que enfocan la autoeficacia del enfermero ante esta situación, por eso se consideró de suma importancia esta investigación, ya que contribuye al área sobre el desempeño en una Reanimación Cardiopulmonar en México.

Objetivos

General

Evaluar si el conocimiento sobre el manejo de RCP se encuentra relacionado con la autoeficacia del personal de enfermería de medicina interna de un hospital de tercer nivel, ante un evento de paro cardio respiratorio.

Específicos

1. Evaluar los conocimientos del personal de enfermería en medicina interna de un hospital de tercer nivel de la Cd. de México sobre el manejo de RCP, mediante la aplicación de un test contestado de manera anónima, y de forma electrónica mediante teléfono inteligente.
2. Evaluar la autoeficacia del personal de enfermería ante un evento de paro cardiorrespiratorio, en medicina interna de un hospital de tercer nivel de la Cd. de México, mediante la aplicación de un test contestado de manera anónima, y de forma electrónica mediante teléfono inteligente.
3. Realizar un análisis descriptivo sobre el género, nivel académico, antigüedad laboral y la certificación en RCP del personal encuestado.
4. Realizar un análisis descriptivo sobre la proporción de la muestra que aprobó o no los test de conocimientos, y su autoeficacia ante un evento de paro cardio respiratorio.
5. Analizar la relación entre los conocimientos sobre manejo de RCP y la autoeficacia ante un evento de paro cardio respiratorio mediante la aplicación exhaustiva de la prueba exacta de Fisher.

Hipótesis

La autoeficacia del personal de enfermería ante un evento de paro cardio respiratorio está relacionada con el nivel de conocimientos sobre RCP.

Operacionalización de variables

Las variables en esta investigación son en total ocho, de ellas, cuatro son del tipo nominal, una cuantitativa discreta y el resto son ordinales. En Tabla 1 se presenta la operacionalización de las variables.

Tabla 1.Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLES	INDICADORES	ITEMS
Conocimiento	Nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar del personal de enfermería	Cualitativa nominal	Conocimientos de RCP	5,6,14,15,16,17,18,19 a 32
Experiencia laboral	El tiempo en años que ha laborado una persona en el instituto	Cuantitativa discreta	Número de años que ha prestado servicio a la institución	4
Nivel académico	Nivel máximo de estudios que ha alcanzado una persona	Cualitativa Ordinal	Enfermero/a auxiliar Enfermero/a profesional Licenciado en enfermería Posgrado en enfermería	3
Datos personales	Información relativa al individuo que lo identifica	Cualitativa Nominal	Edad, sexo	1,2
Capacitación	Conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal que labora en una empresa.	Cualitativa Nominal	Capacitación recibida, Lugar de capacitación	7,8,9,10,12,13
Actualización	Acción de “ponerse al día” a través de un proceso	Cualitativa Nominal	Periodo de años que recibió su última certificación	11
Autoeficacia	El sentido que tiene una persona de sus propias capacidades para realizar cualquier actividad	Cualitativa Ordinal	Escala de 1 a 4 donde 1= totalmente desacuerdo, 2= desacuerdo, 3= acuerdo, 4= totalmente de acuerdo	Q2,Q3

Capacidad personal	Destreza, habilidad y la idoneidad que permite a una persona completar con éxito una tarea	Cualitativa Ordinal	Escala de 1 a 4, donde 1 = no me siento capaz, 2= me siento poco capaz, 3= me siento capaz, 4 =me siento muy capaz	Q1

Alcance del trabajo

En la Tabla 1 se presentan las variables a estudiar la relación entre ellas, y con ello conocer deficiencias, aptitudes y actitudes, así como la capacidad que el personal considera tiene acerca de la reanimación cardiopulmonar, y su eficiencia en la misma, aunque la muestra no es tan grande, se considera que podría sumar a la poca investigación y datos que existen en el hospital acerca de esto, para la posible proposición de un programa de educación continua como un trabajo futuro.

CAPÍTULO II DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Tipo de Investigación: Cuantitativa, ya que se presentan resultados en forma numérica a través de pruebas estadísticas.

Correlacional: ya que se necesita conocer la relación entre las variables, se realiza un análisis de la relación entre el conocimiento del personal de enfermería en RCP y la autoeficacia del mismo en un paro cardio respiratorio, y la aplicación de las maniobras de reanimación.

Tipo de diseño

Transversal: se realizará una sola recolección de datos, mediante un instrumento en una plataforma electrónica.

Universo de trabajo: Hospital Regional 1° de Octubre

Población: Personal de enfermería adscrita al servicio de medicina interna y UCI

Muestra: se aplicó a 60 individuos del área de enfermería que cumplieron con los criterios de inclusión.

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia, ya que no se toma en consideración el total del personal de enfermería del hospital, por conveniencia debido a la accesibilidad que se tiene al personal por formar parte de esta institución.

Tiempo: La encuesta fue aplicada en el periodo de enero 2016 a diciembre de 2017.

Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

Criterios de inclusión

Personal adscrito al servicio de medicina interna, unidad de cuidados intensivos Adulto.

Personal que desee participar en el estudio.

Personal adscrito a medicina interna, unidad de cuidados intensivos adulto de turno diurno, vespertino, nocturno A, nocturno B.

Criterios de exclusión

Personal de enfermería que no desee participar en el estudio.

Criterios de eliminación

Personal que no termina de contestar el cuestionario.

Procedimiento y Análisis del instrumento utilizado

Se aplicaron dos tests al personal de enfermería, ambos se implementaron a través de la plataforma Survey Planet, que permite enviar las respuestas a través de dispositivos móviles (teléfonos inteligentes y tabletas).

El primer test se divide en dos secciones la primera que incluyen datos personales, en la segunda sección se realizan preguntas sobre actualización y certificación y finalmente preguntas sobre conocimiento según la última actualización por la AHA 2015 sobre RCP. Este test fue aprobado en un proyecto de tesis “Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de Enfermería”, publicado en 2014 en Guatemala(Díaz Aguilar et al., 2014)

El segundo test se trata de tres secciones la primera se enfoca en la capacidad que el personal considera al actuar y reaccionar ante un evento de paro cardiorrespiratorio, la segunda sección se evalúan algunas situaciones frente a un evento cardio respiratorio con base al nivel de acuerdo o desacuerdo del personal, enfatizando en la seguridad de sí mismos ante esta situación y finalmente la tercera sección enfatiza si representan o no, mayor autoeficacia al haber participado en una situación de paro cardio respiratorio. El test fue validado por (Navalpoto Pascual Susana; Torre Puente, 2017) en una investigación en España, para su adaptación y uso, se contactó una de las autoras, la cual dio autorización para modificar el instrumento y aplicarlo, con la finalidad de hacerlo más corto, ya que eran demasiados ítems.

Ambos test junto con el protocolo de investigación se presentaron ante la jefatura de enseñanza de enfermería, que a su vez lo presento con la jefatura de enseñanza del Hospital, donde fueron aceptados para ser aplicados dentro del mismo.

Se realizó una presentación con el grupo de enfermería en cuestión, enfatizando los objetivos a cumplir, se decidió brindar un consentimiento informado (Anexo 3), y brindarles anonimato en el momento de aplicación, ya que como se trata de un test de conocimientos y autoeficacia, evitaríamos el que se sintieran evidenciados.

Implicaciones éticas

Los encuestados resolvieron contestar la encuesta de manera voluntaria, se les explicó el objetivo de la investigación y que sus respuestas serían anónimas. No se discriminó a ningún participante.

La investigación no implica algún riesgo para los participantes, ni tampoco una exposición de sus datos personales, ni de cualquier otro dato que pudiera servir para identificarlos en el estudio.

Análisis estadístico

Se obtuvieron resultados de los datos a través de la plataforma Survey Planet, los cuales fueron capturados al programa de Excel, donde se filtraron algunos datos de las variables relevantes, y se graficaron resultados para el análisis descriptivo de este trabajo. Finalmente, a través del programa R y la interfaz R Studio se realizaron pruebas de Fisher para aceptar o rechazar hipótesis propuestas en cada relación de variables.

Con algunas variables analizadas son de tipo numérico, se usó la técnica computacional de búsqueda exhaustiva para determinar los valores en los cuales existe una significancia estadística de acuerdo a la prueba exacta de Fisher. En esta técnica se enumeran todas las posibles soluciones a un problema, y se elige la mejor de entre todas. Una ventaja es de este enfoque es que se garantiza una solución óptima global; sin embargo, el costo computacional es casi siempre alto. Este enfoque se implementó en un script para la interfaz R Studio.

CAPÍTULO III MARCO TEÓRICO

Conocimiento

La Real Academia Española define la palabra conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, es decir es un proceso a través del cual un individuo se hace consciente de su realidad y en este se presenta un conjunto de representaciones sobre de las cuales no existe duda de su veracidad. (Marín, Rosas, Conocimiento, Paradigma, & Grado, 2006)

Una de las formas de conocimiento más amplias y antiguas es el “Sentido Común” o conocimiento empírico el cual se basa en el conjunto de saberes que surgen de la vida cotidiana a partir del contacto y la experimentación con la realidad que lo rodea. (Marín et al., 2006) . una segunda forma de conocimiento es el discurso mítico-religioso, en el cual se atribuyen a entidades supra-humanas la producción del conjunto de fenómenos físicos que constituyen la realidad natural, el gran problema de este tipo de conocimiento comienza cuando la modernidad y el pensamiento secular e individualista comienzan a cuestionarlo apelando exclusivamente a la razón.

Es así como nace el conocimiento científico el cual es sistemático y riguroso que busca explicar fenómenos naturales y sociales a partir del uso de la razón (Marín et al., 2006)

La enfermería como ciencia humana, se trata de una disciplina que está dirigida a la práctica, pero desarrollada en la relación de los cuidados entre enfermeros y usuarios, en perspectiva de salud.

El conocimiento enfermero es un conjunto de diversos tipos de conocimiento (empírico, descriptivo y verificable) que se forman en la actuación y así se van modificando hasta crear nuevos procesos y así nuevos conocimientos. (Marín et al., 2006)

Enfermería como profesión que otorga cuidados, se requiere profesionales que se capaces de brindar atención de las respuestas humanas de forma integral, es por esto que se considera de importancia que involucre aspectos psicosociales de teorías cognitivas y psicológicas.

La relación de la teoría con la práctica de enfermería está conectada al proporcionar marcos conceptuales para el desarrollo de intervenciones de enfermería que optimicen el logro de cambios conductuales (Olivari Medina & Urra Medina, 2007).

Autoeficacia

Bandura, en 1977, fue el primer autor que habló acerca de un constructo al que dio por nombre autoeficacia, precediendo de la teoría social cognitiva, en esta la motivación humana y la conducta son regulados por el pensamiento. Estas conductas están reguladas por expectativas las cuales, algunas dependen de la situación ya que son producidas por eventos externos, algunas otras son expectativas de resultado que se cree que el resultado dependerá de cierta conducta y finalmente las expectativas de autoeficacia percibida donde el resultado deseado dependerá de las expectativas que tenga la persona de realizar una u otra cosa (Olivari Medina & Urra Medina, 2007).

Bandura describe en sus investigaciones que la autoeficacia influye en cómo la gente actúa y piensa, por lo tanto, con respecto a este concepto la autoeficacia puede hacernos sentir desconfianza que a su vez influirá en la forma en la que la persona piensa y esto determinará las acciones para lograr el resultado final, esto le facilitará a la persona procesar información con mayor o menor facilidad, mejorará el desempeño y los posibles logros.

Por otra parte, Pajares analiza que la autoeficacia son las *“creencias que tiene la persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar caminos para la acción requeridos en situaciones esperadas o basadas en niveles de rendimiento”* (Pajares, 2005).

En resumen, se puede decir que la autoeficacia es una condición determinada por la creencia personal a cerca de nuestras habilidades, aptitudes y destrezas, que tenemos para realizar una u otra cosa, Bandura y algunos otros autores reafirman que muchos de nuestros resultados en ciertas situaciones, a mayor autoeficacia percibida mejores resultados obtendremos al desarrollarnos.

Según la teoría e investigaciones, la autoeficacia influye como la gente actúa, siente y piensa, con respecto a esto la autoeficacia no hace sentir ansiedad o desamparo, que a su vez influirá en la forma de pensamiento, si es optimista o pesimista, lo que determinará los cursos de acción para lograr sus metas, así mismo una alta creencia de autoeficacia, nos

permitirá y facilitará el procesamiento de información, desempeño cognitivo, logro académico, etc.

Sin embargo, una alta expectativa y percepción de autoeficacia no siempre garantiza un resultado favorable, ya que existen algunos componentes que ayudaran a lograr el objetivo, como la aptitud o conocimiento para realizar dicha actividad, ya que si no se cuentan con ello nunca se logrará el objetivo final como es un buen resultado de esta. En algunos otros casos es inverso, el conocimiento y la habilidad o aptitud se encuentra presente y les permitiría realizar la actividad con éxito, pero su bajo grado de autoeficacia no les permitiría lograr el resultado favorable.

Es por de suma importancia que tomemos en cuenta esta situación, ya que debe existir coherencia en cada una de las partes en donde se debe contar con el conocimiento y las habilidades pero también le dará un plus el tener un grado de autoeficacia alto.

Autoeficacia y estrés

Las reacciones al estrés están basadas en la percepción de afrontamiento auto eficaz a ellas, que por la amenaza y demandas exteriores que experimente el individuo.

Así se ha observado en la investigación que un bajo nivel de eficacia percibida en el control de estresores psicológicos está acompañado por elevados niveles de estrés objetivo, activación autonómica y secreción de catecolaminas plasmáticas (Olivari Medina & Urrea Medina, 2007).

Así con diversas investigaciones se ha llegado a la conclusión de que las personas con una mayor percepción de autoeficacia tienen una mejor adaptación biológica, psicológica y social, en algunos otros estudios se menciona que hay un afán por organizaciones productoras, por determinar la autoeficacia emprendedora, esto para mejorar su productividad con el mejoramiento de la percepción de los trabajadores sobre sus propias capacidades y habilidades.

Algunos estudios acerca del estrés laboral indican que cuando existe exceso de este, se notan repercusiones en el estado de salud, sin embargo, existe una formación tomada de un modelo sociocognitivo, el cual plantea que las personas con mayor grado de autoeficacia,

que les permitan mantener la situación bajo control, muy difícilmente tienen repercusiones negativas ante el estrés.

Soporte cardiovascular básico

Según la AHA (por sus siglas en inglés, American Heart Association), el paro cardiaco es una alteración eléctrica del corazón que produce un ritmo cardiaco irregular, e interrumpe el flujo de sangre al cerebro, los pulmones y otros órganos (“RCP y primeros auxilios,” 2014).

El paro cardio respiratorio es el evento que corresponde a la suspensión súbita e inesperada de la actividad mecánica efectiva del corazón. (Catalina, Catherine, & Ricardo, 2014)

Las maniobras de reanimación cardio pulmonar básicas y avanzadas, son técnicas estandarizadas que se utilizan con el fin es restaurar la circulación del flujo sanguíneo al cerebro, pulmones y otros órganos, ya que el corazón tras una parada o arritmia no puede hacerlo, para garantizar una adecuada oxigenación tisular de los órganos y con ello preservar la vida, y/o disminuir las secuelas causadas por el daño y la hipoxia.

Existen diferentes asociaciones implicadas en estas maniobras, que a través del consenso se realizan las actualizaciones cada cierto tiempo.

En 1993 se crea el Comité Internacional de enlace sobre Reanimación (ILCOR) y actualmente incluye representantes de la Asociación Americana del Corazón (AHA), el Consejo Europeo de Resucitación, la Fundación Corazón y Ictus de Canadá, el Comité Australiano y Neozelandés de resucitación, el consejo de resucitación de África Austral, Fundación Interamericana del Corazón y el consejo de Resucitación de Asia.(Hazinski et al., 2015).

Según recomendaciones de la AHA del 2015, estas maniobras consisten principalmente en compresiones torácicas continuas las cuales con la técnica adecuada revertirán el paro cardio respiratorio.

Dentro de estas recomendaciones se encuentran las siguientes:

- Compresiones torácicas con una frecuencia de 100 a 120 por minuto.
- Comprimir a una profundidad mínima de 5 cm.

- Permitir una descompresión torácica completa después de cada compresión.
- Reducir al mínimo las pausas de las compresiones.
- Ventilar adecuadamente (2 ventilaciones después de 30 compresiones, realizando cada ventilación durante un segundo y asegurándose de que produce una elevación torácica).
- Así como la actualización de la cadena de supervivencia que sigue haciendo énfasis en las compresiones torácicas donde:
 - Reconocimiento y activación del sistema de emergencias
 - RCP de calidad inmediata
 - Desfibrilación rápida
 - Servicio de emergencias médicas avanzado
 - Soporte vital avanzado y cuidados post paro.

Para que todas las actualizaciones se lleven a cabo correctamente se necesita de la formación del personal, esto con el fin de garantizar que se adquieran las habilidades y conocimientos adecuados para que el personal logre actuar correctamente ante un evento de paro cardio respiratorio y mejorar el pronóstico de los pacientes. La formación tiene que ser individualizada según las necesidades de cada institución o grupo de personas para la capacitación y actualización. Es importante considerar que los conocimientos y habilidades en soporte vital básico y avanzado se deterioran en un lapso no mayor a seis meses. Por lo cual se considera de suma importancia la actualización de forma continua del personal de salud.

Algoritmo de paro cardíaco en adultos para profesionales de la salud que proporcionan SVB/BLS: actualización de 2015

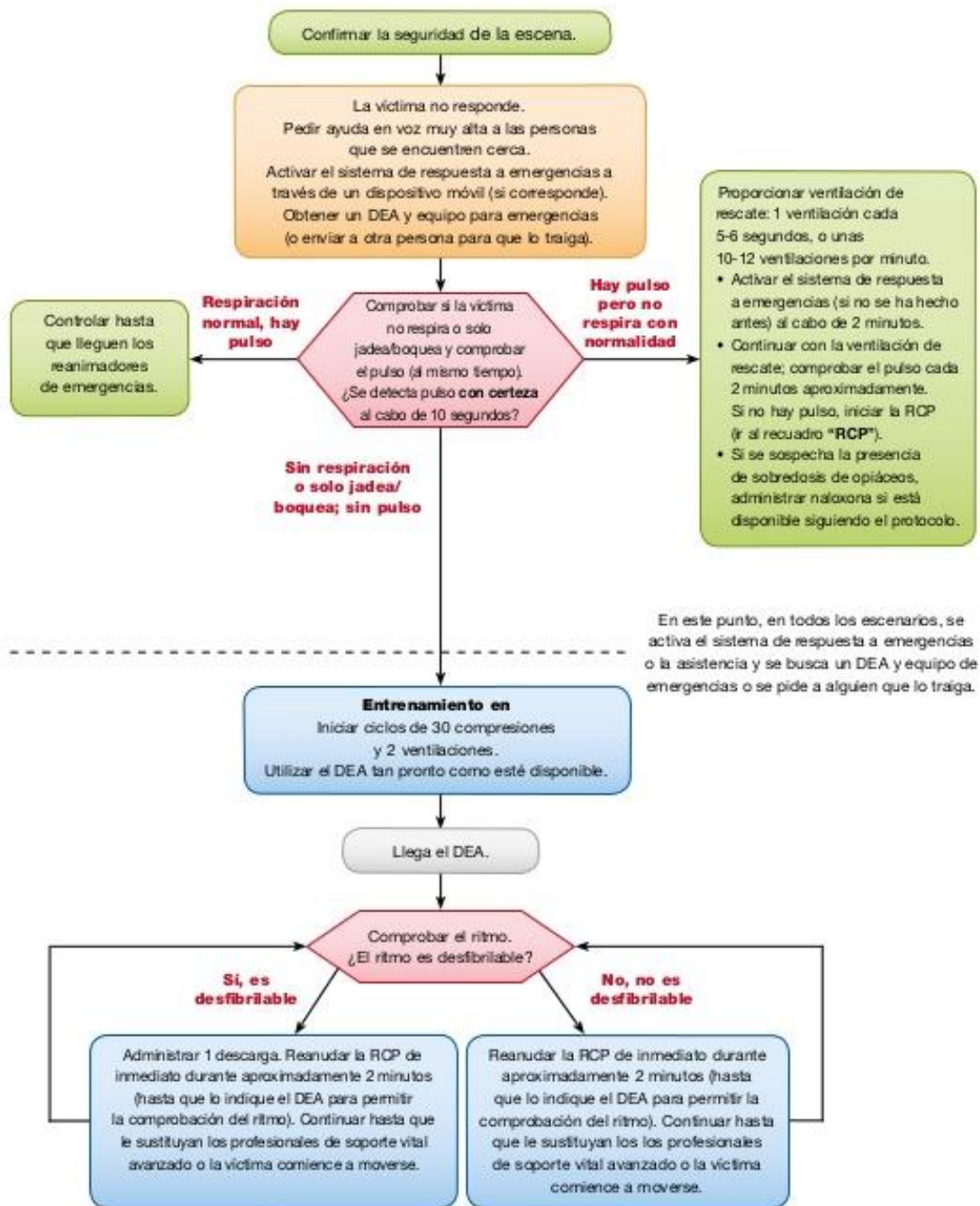


Figura 1. Algoritmo de reanimación cardiopulmonar básica (AHA, 2015).

Cadenas de supervivencia en los paros cardíacos intrahospitalarios y los paros cardíacos extrahospitalarios



Figura 2. cadena de supervivencia en los paros cardíacos intrahospitalarios y extrahospitalarios (AHA, 2015).

Los reanimadores deben	Los reanimadores NO deben
Realizar compresiones torácicas con una frecuencia de 100 a 120 cpm	Comprimir con una frecuencia menor de 100 cpm o mayor de 120 cpm
Comprimir a una profundidad mínima de 5 cm (2 pulgadas)	Comprimir a una profundidad inferior a 5 cm (2 pulgadas) o superior a 6 cm (2.4 pulgadas)
Permitir una descompresión torácica completa después de cada compresión	Apoyarse en el pecho entre compresiones
Reducir al mínimo las pausas de las compresiones	Interrumpir las compresiones durante más de 10 segundos
Ventilar adecuadamente (2 ventilaciones después de 30 compresiones, realizando cada ventilación durante 1 segundo y asegurándose de que produce elevación torácica)	Proporcionar demasiada ventilación (es decir, demasiadas ventilaciones o ventilaciones excesivamente fuertes)

Figura 3. Recomendaciones, que hacer y no en la RCP (AHA, 2015).

Estado del arte

En un estudio realizado en Sudáfrica acerca de importancia de la capacitación de RCP en el personal de enfermería y médicos, menciona que las enfermeras con frecuencia tendrán que suministrar servicios de CPR. Por lo tanto, la vida de muchos pacientes y bienestar podría depender de los conocimientos de las enfermeras y sus habilidades en RCP. En los resultados se dice que no existe una capacitación adecuada del personal médico, cuando se presenta un evento de este tipo, no se cuenta con material suficiente y el espacio es inadecuado, por lo que favorece al aumento de las secuelas post PCR o la muerte (Rajeswaran & Ehlers, 2013).

En Filipinas (Mäkinen, Castrén, Nurmi, & Niemi-Murola, 2016) se estudia la desfibrilación temprana de los pacientes en un evento de PCR, se realizan algunas preguntas como por ejemplo ¿cuáles son las razones por las que no se realiza este procedimiento, entre las respuestas de los encuestados se encuentran algunas como: “porque no me siento listo”, “porque temo dañar al paciente”, “porque no conozco el trazo electrocardiográfico”, entre otras, llegan a la conclusión de que se debe tomar cartas en el asunto desde la formación del personal de salud, principalmente de enfermería por ser el primero en encontrarse con el paciente; así como evaluar el aprendizaje frente a estas técnicas, para desarrollar habilidades que les permitan realizar acciones favorables en una situación de PCR.

El nivel de conocimientos del personal de enfermería según (Peláez Sánchez, 2016) a través de una encuesta anónima y voluntaria, del 77% del personal que aceptó participar el 71% tenía formación sobre reanimación cardiopulmonar durante su experiencia laboral, pero solo el 20% esa formación es menor a dos años, a pesar de ellos el 79.6 % contestó acertadamente a los ítems sobre conocimientos en RCP. En este estudio se determinó el interés del personal por recibir formación sobre RCP, evaluada a través de una escala del 0 al 10, en la que obtuvieron una media de 9.58 lo que muestra que la mayoría de sus encuestados le interesaba recibir esta formación. El 80% de los encuestados son mujeres, se encontró una media de experiencia laboral de 12.93 años; durante la formación universitaria el 43% de los encuestados no recibió capacitación sobre RCP, a pesar de esto el 71% de los encuestados refirió haber recibido formación sobre RCP durante su experiencia laboral; el 93.2% de éstos han presenciado una situación de amenaza vital durante su vida laboral de los cuales solo el 73.8% activa el sistema de emergencias.

En el país de Perú se realizó un estudio amplio en el personal de salud en 25 hospitales (Aranzábal-Alegría et al., 2017), los cuales como criterios de inclusión es que debían trabajar de manera permanente en el hospital y querer participar voluntariamente en el proyecto, su objetivo fue valorar el nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar, a través de una encuesta validada de 20 preguntas con opción múltiple, donde del total de la muestra que fue de 1.075, el 51.6% fueron mujeres con una media de 30 años, en cuanto a los conocimientos el 59% obtuvieron malos resultados, 63% de la muestra fueron enfermeras quienes obtuvieron las mejores notas, seguidas de los médicos con un 51%, más abajo se encontraron los internos y finalmente los residentes. Encontraron que la existe relación entre

el conocimiento y encontrarse en un servicio de emergencias con un $p < 0.001$, y haber llevado anteriormente un curso de RCP con un valor de $p < 0.027$.

Un estudio de tipo cualitativo y descriptivo (Torres, 2017), pretenden conocer el nivel de conocimientos del personal de enfermería que laboran en el servicio de urgencias del hospital “un canto a la vida”, el total de población es de 97 profesionales de donde tomaron una muestra probabilística de 78 enfermeros de los cuales se tomaran en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, el cuestionario consta de dos partes una donde se enfocaron en los datos sociodemográficos de los profesionales y las segunda en los conocimientos sobre RCP, ellos encontraron que en su muestra el 87.5% son mujeres, la mayoría de los encuestados están en rango de edad de 43 a 47 años, y el 75% tiene formación de pregrado con una experiencia laboral de 1ª 5 años el 68.5%, el 56.4% cuenta con capacitación en tiempo de 4 a 6 meses, en la segunda parte se encontró que el 93.7% de los encuestados reconoce y activa el sistema de emergencias correctamente, el mismo porcentaje conoce la profundidad y frecuencia de las compresiones torácicas y 75% conoce los ritmos que son desfibrilables, el 85% aplica correctamente la secuencia de ventilación-compresión, por lo tanto conocen la secuencia de SVAC/ACLS. Con estos resultados finalmente concluyen que la mayoría de los profesionales incluidos en la muestra poseen conocimientos actualizados para brindar una adecuada reanimación cardiopulmonar.

Haciendo una referencia en México, (Jesús, Cetina, Natanael, Rodríguez, & Basto, 2017), donde se realizó un estudio donde se evaluó la calidad de las aplicación de maniobras de Resucitación, a través de modelos de simulación se evaluaron a 18 residentes del Hospital General Agustín O´Horán en Yucatán. Como criterio de inclusión, ninguno de los evaluados tiene capacitación formal sobre RCP. Con esta evaluación a través del simulador se encontró que el 94% de los residentes encuestados busca respuesta, el mismo porcentaje brinda compresiones torácicas en posición correcta; el 83% inicia maniobras de reanimación de inmediato y solo el 61% de ellos reconoce el trazo ECG. Finalmente concluyeron que ninguno de los residentes evaluados brinda RCP de calidad, y menos de la cuarta parte a pesar de identificar el ritmo en el ECG dio un manejo adecuado.

Otro artículo publicado en la revista de especialidades medico quirúrgicas, en el ISSSTE(Balcázar-Rincón et al., 2015), realizaron un estudio descriptivo y transversal,

midieron los conocimientos del personal de salud en un servicio de urgencias en donde tomaron una muestra de 122 médicos y enfermeras, mediante un cuestionario de 20 preguntas basadas en las recomendaciones de AHA. Se consideró aprobatorio al personal con 60 puntos o más. Los resultados a través de un análisis descriptivo demostraron que el 60.7% de su muestra fueron mujeres, con una media muestral de 36.07 años, donde el 47.7% del personal tenía una antigüedad laboral de entre 5 y 10 años. El 71.3% del personal encuestado mencionó no sentirse apto para brindar reanimación cardiopulmonar y el 89.34% en la evaluación de conocimientos en las técnicas de reanimación cardiopulmonar, obtuvo resultados insatisfactorios. Finalmente hicieron pruebas de hipótesis con X^2 , entre las variables nivel académico, especialidad y aptitud y el conocimiento. En la primera los médicos fueron los que más conocimientos demostraron, la mejor especialidad fue la de urgencias médicas, y finalmente el no sentirse apto para brindar reanimación v cardiopulmonar se ve reflejado en los conocimientos, todos con un valor de $p=0.000$.

En otras áreas también se han realizado estudios sobre la relación entre autoeficacia y conocimiento. Por ejemplo, en (Omelas, Blanco, Viciano, & Rodríguez, 2015) se estudió el perfil de autoeficacia académica en estudiantes universitarios de dos áreas, ingeniería y ciencias sociales, para resolver problemas de comunicación de tipo científico. En dicho estudio se encontró que no existe una diferencia entre los dos grupos estudiantes.

La importancia de la autoeficacia regulatoria en el medio académico ha sido analizada en (Zimmerman, Kitsantas, & Campillo, 2005), en este estudio se propuso una nueva escala para evaluar las creencias en el aprendizaje de los alumnos, en donde se pudo notar que la autoeficacia regulatoria es un mediador entre el compromiso que los estudiantes presentan ante sus tareas escolares y el rendimiento académico, a mayor creencia de autoeficacia los alumnos mejoran su interés y por lo tanto su rendimiento académico. En esta misma línea, (García-Fernández et al., 2016) estudiaron la capacidad de percibir la autoeficacia y las atribuciones académicas que esta percepción les brinda a los estudiantes, ellos encontraron una relación entre las variables autoeficacia y atribuciones académicas, la mayor autoeficacia predictiva se da en situaciones de éxito y viceversa.

En (Isabel, Rísquez, Sánchez, & Godoy, 2010), un artículo en donde se habla acerca de la relación entre algunas variables como la personalidad resistente y la autoeficacia

mediante un estudio retrospectivo de corte transversal, estudiaron al personal de enfermería que se encontraban en el servicio de urgencias y cuidados intensivos, en donde entraron que estas variables se encuentran estadísticamente relacionadas de forma positiva, lo que puede ser un factor protector ante la aparición de síntomas de malestar psíquico en el personal.

CAPÍTULO V

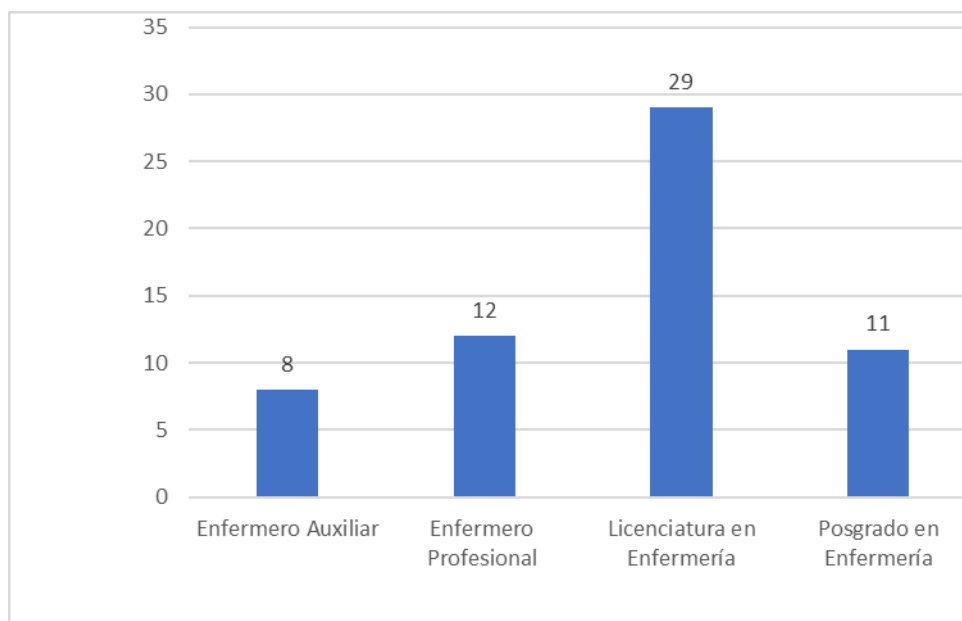
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

En este capítulo se presentan los resultados del análisis de los datos recolectados con el instrumento que se aplicó usando la plataforma Survey Planet. El tamaño de la muestra fue de 60 encuestados, que cumplieron con los criterios de inclusión. No se eliminó ninguna de las respuestas, ya que todos concluyeron satisfactoriamente el cuestionario aplicado. El primero de los análisis presentados es el descriptivo, que muestra las características generales de la muestra. Posteriormente, en el análisis inferencial, se exhiben los resultados de las pruebas de independencia estadística entre las variables siguientes: respuesta al estrés, autoeficacia ante la emergencia, conocimientos sobre RCP y experiencia previa ante emergencia.

Análisis descriptivo

Dentro del análisis descriptivo de esta investigación se incluyen algunos de los porcentajes más relevantes que surgieron dentro de la recolección de datos, los instrumentos fueron aplicados a 60 enfermeras y enfermeros adscritos al servicio de medicina interna y unidad de cuidados intensivos adultos que cuentan con los criterios de inclusión para la presente investigación; de los cuales el mayor porcentaje con un total de 47 mujeres (78.3%), y el resto que fue 13 (21.6%) son hombres. La edad promedio del total es de 35.3, mientras que la moda fue de 35 años, con una desviación estándar de 5.99.

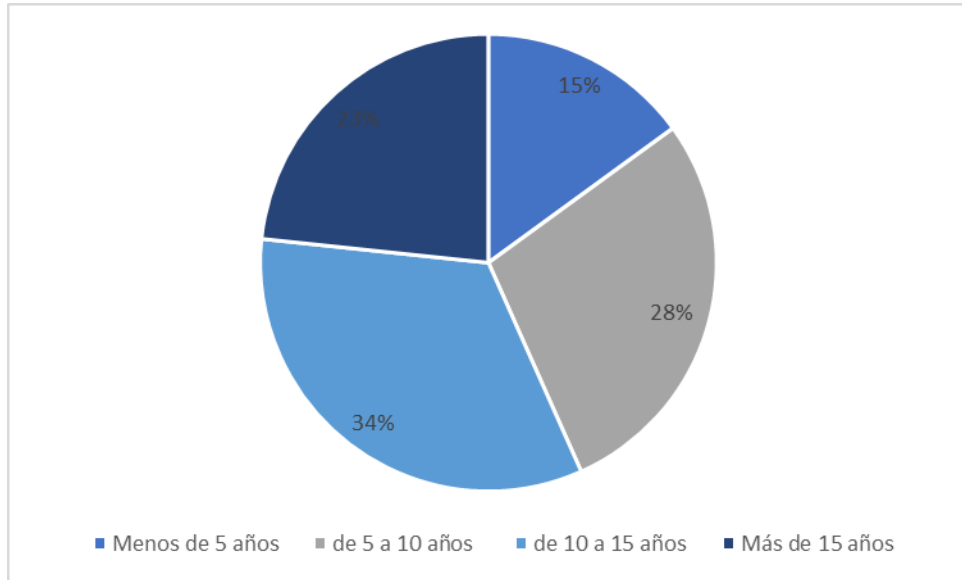
En la Gráfica 1 se muestran los porcentajes de profesionales de enfermería, donde podemos observar que, del total, aproximadamente un 60 % cuentan con la licenciatura o posgrado en enfermería, lo que nos dice que dentro de la muestra se cuenta con personal capacitado y profesionalizado.



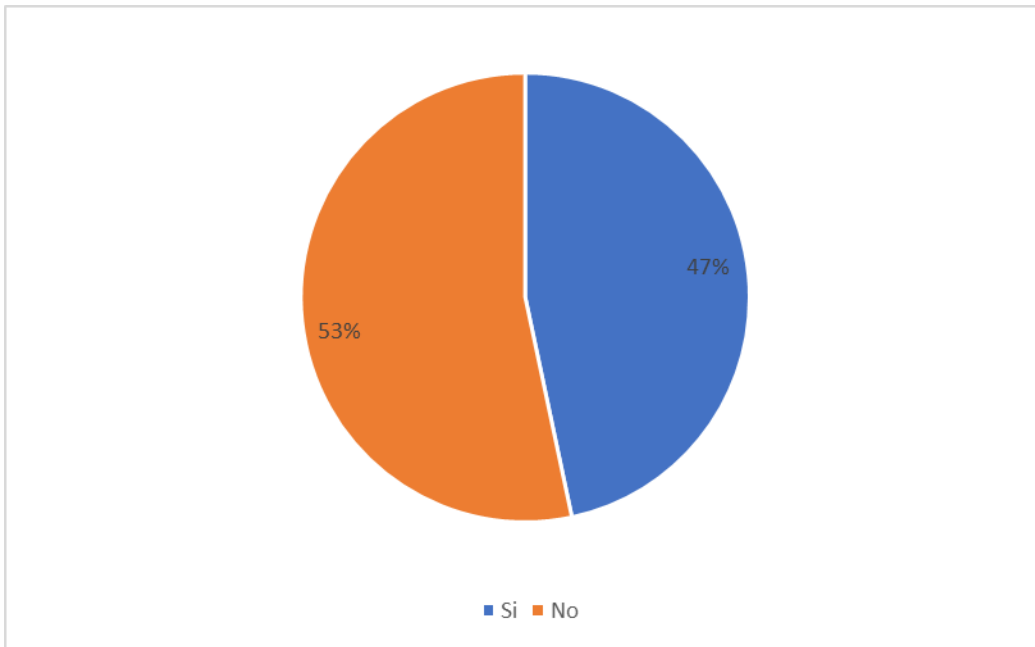
Gráfica 1. Nivel académico del personal encuestado

La Gráfica 2 representa la antigüedad laboral, donde puede observarse que la mayoría de la muestra (80%), son profesionales de enfermería que cuentan con más de 5 años de antigüedad y solo el 15% son personal con menos de 5 años de antigüedad.

Considerando las recomendaciones de la AHA, de 2015 que dice que para que los conocimientos se encuentren actualizados se debe de tener una certificación por lo menos cada dos años y tener una capacitación continua. Se preguntó a los enfermeros si están certificados o no, y su última fecha de esta certificación, se obtuvo que del total solo el 47% esta certificado en RCP, mostrado en la Gráfica 3; de este personal que dijo que cuenta con certificación el 46% no cuenta con la actualización que AHA considera pertinente para mantenerse actualizado, ver Gráfica 4.



Gráfica 2. Antigüedad en años del personal de enfermería

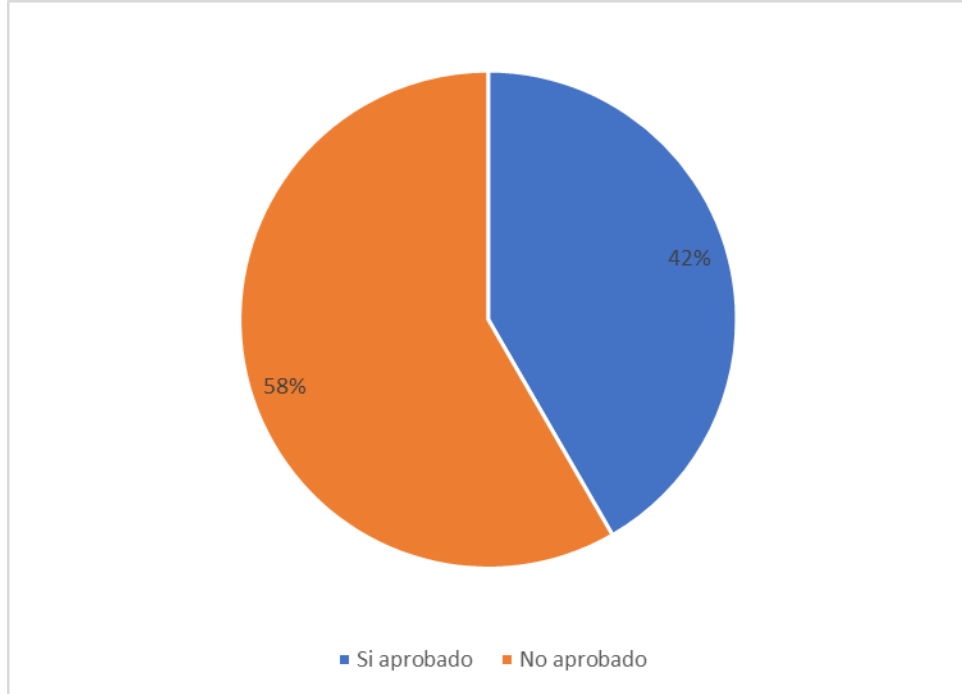


Gráfica 3. Certificación en reanimación cardiopulmonar



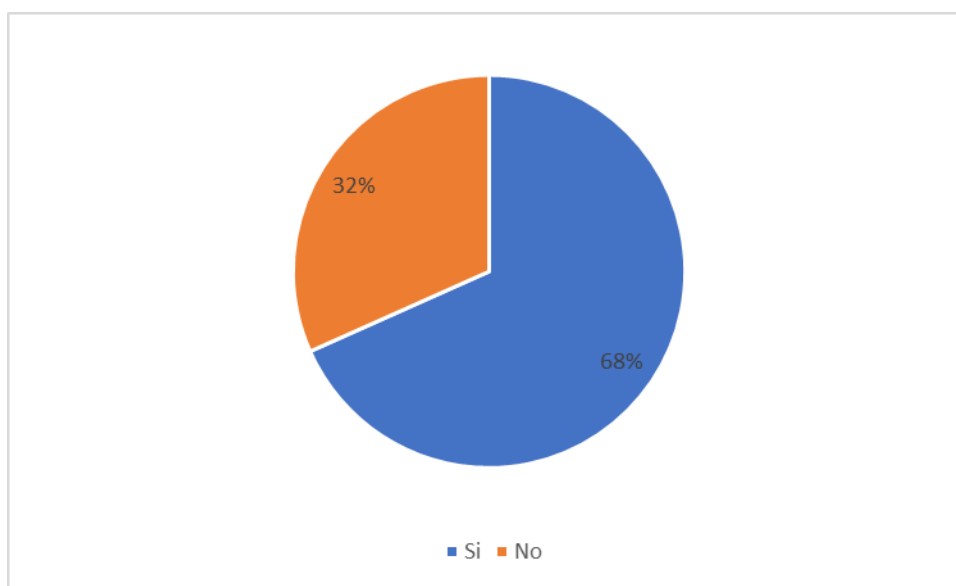
Gráfica 4. Tiempo que ha pasado desde su última certificación

Aunado al bajo nivel de certificaciones y tiempo de su última certificación, se considera el motivo principal para que solo el 42 % de la muestra que resolvió el test aprobara, se consideró aprobado a los profesionales que tuvieron el 70% (10) o más preguntas correctas, lo cual se muestra en Gráfica 5.

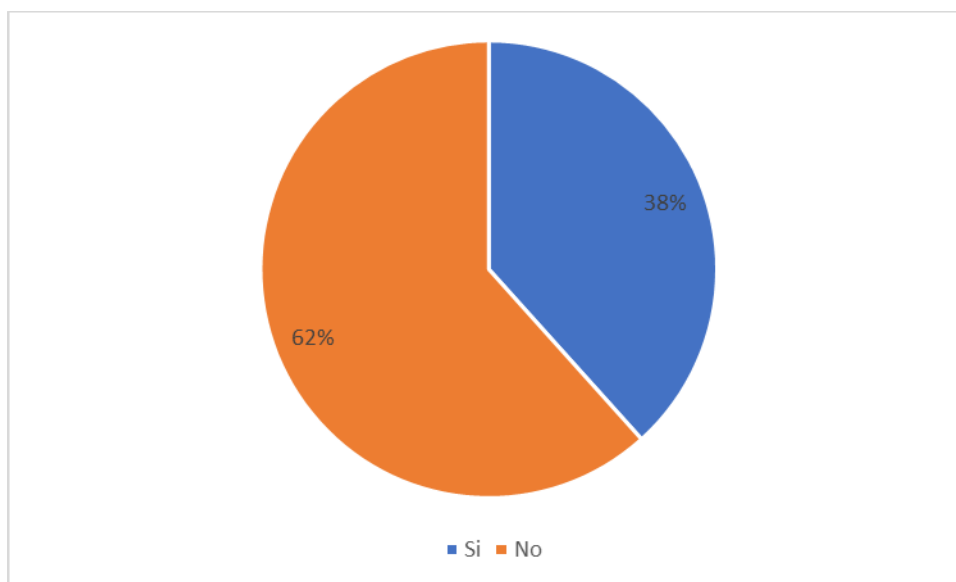


Gráfica 5. Resultado del test de conocimientos.

Se abordarán ahora algunos resultados obtenidos del test de autoeficacia. Se puede observar que en la primera sección del test, mostrada en Gráfica 6 **Error! Reference source not found.**, el mayor porcentaje (60%) del personal se siente con la capacidad de realizar actividades adecuadas ante una situación de emergencia como lo es un paro cardiorrespiratorio. A diferencia de la segunda sección del test, que refleja la respuesta ante una situación de estrés, donde sólo el 40% se sienten seguros y capaces de afrontar una situación de estrés, esto último se muestra en la Gráfica 7.

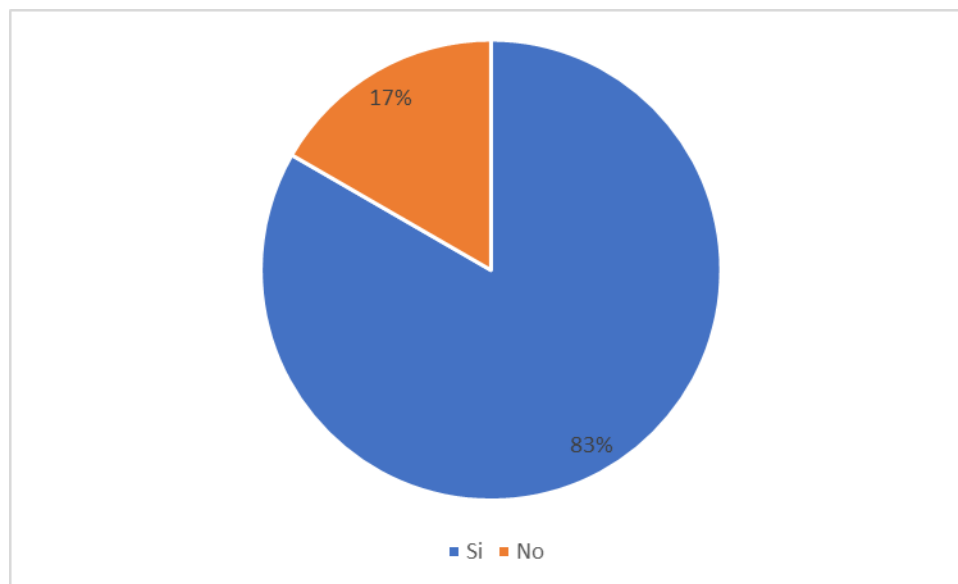


Gráfica 6. Autoeficacia ante una emergencia.



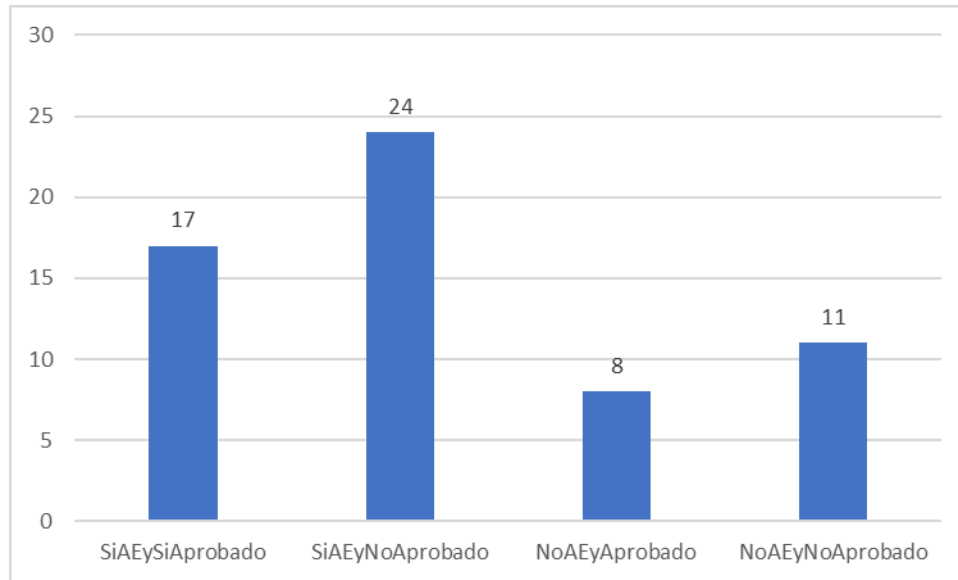
Gráfica 7. Respuesta ante situación que genera estrés.

Finalmente, en la tercera sección del instrumento utilizado, se cuestiona al personal que ha tenido alguna experiencia en una situación de emergencia (paro cardiorrespiratorio). El 83% (Gráfica 8) resultó sentirse con una mayor autoeficacia ante una emergencia la siguiente vez que se presentó una de ellas. Dos personas no han tenido experiencias reales en reanimación cardiopulmonar.



Gráfica 8. Personal que ha presentado una situación de emergencia.

Después de haber obtenido resultados de todas las variables se realizó una comparación de los promedios obtenidos de los resultados de ambos test. Primero se muestra la primera etapa del test de autoeficacia mencionado anteriormente, el resultado fue que, aunque el personal se sienta capaz de realizar una reanimación cardiopulmonar, no cuenta con los conocimientos suficientes para brindarla con eficacia, esto se observa en la Gráfica 9. En esta gráfica se puede observar los siguientes hechos. Un total de 17 personas sí presentaron autoeficacia ante un evento de paro cardio respiratorio, y al mismo tiempo aprobaron el test de conocimientos sobre RCP aplicado; 24 personas presentaron autoeficacia ante un evento de paro cardio respiratorio, pero no aprobaron el test de conocimientos sobre RCP, 8 personas no presentaron autoeficacia ante un evento de paro cardio respiratorio, pero aprobaron el test de conocimientos sobre RCP, y el ultimo resultado es de 11 personas que no presentaron autoeficacia ante un evento de paro cardio respiratorio, y tampoco aprobaron el test de conocimientos sobre RCP.



Gráfica 9. Comparación del promedio de autoeficacia y conocimientos.

NOTA: El significado de las etiquetas horizontales de la Gráfica 9 es el siguiente.

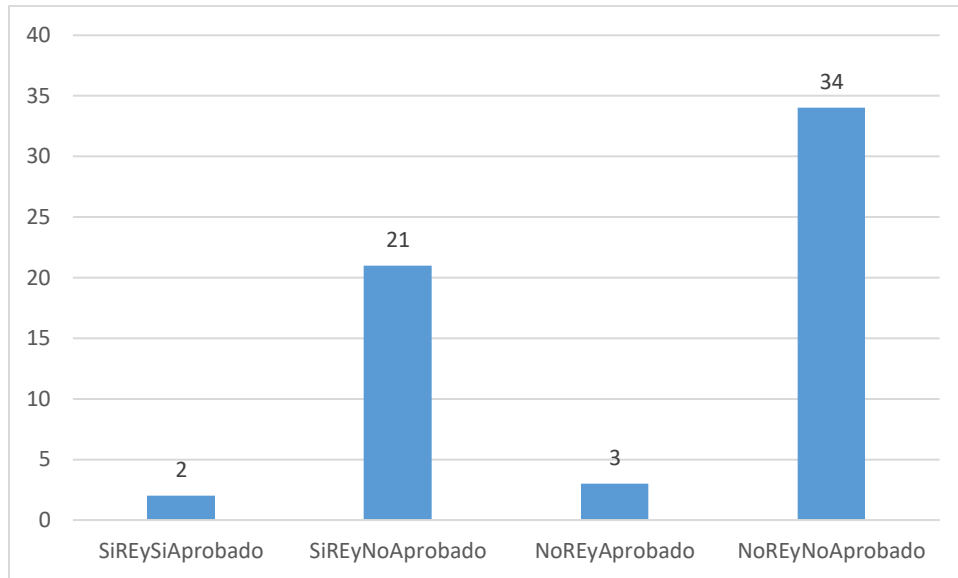
SiAEyAprobado: Sí presenta autoeficacia en situaciones de estrés y aprobó el test de conocimientos.

SiAEyNoAprobado: si presenta autoeficacia en situaciones de estrés y no aprobó el test de conocimientos.

NoAEyAprobado: no presenta autoeficacia en situaciones de estrés y si aprobó el test de conocimientos.

NoAEyNoAprobado: no presenta autoeficacia en situaciones de estrés y si aprobó el test de conocimientos.

En la segunda sección del instrumento que se cuestiona acerca de la respuesta al estrés. Se puede observar en la Gráfica 10 que la mayoría del personal que no aprobó el test de conocimientos no tiene buena respuesta ante estas situaciones (estrés provocado por RCP). La Gráfica 10 se explica de la misma manera que se realizó en la Gráfica 9.



Gráfica 10. Promedio de la respuesta ante situación de estrés contra aprobación del test de conocimientos.

NOTA: El significado de las etiquetas horizontales de la Gráfica 10 es el siguiente.

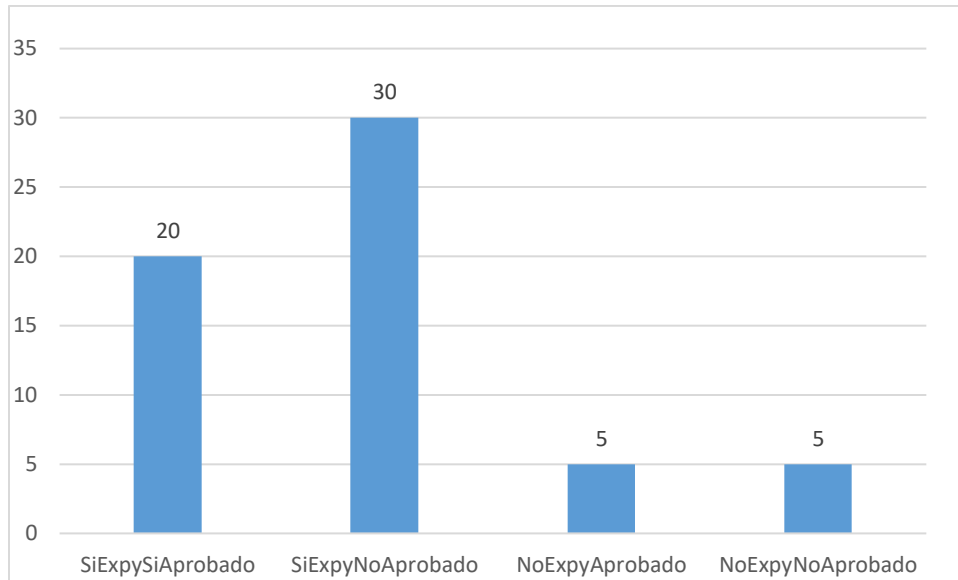
SiREyAprobado: Sí presenta respuesta al estrés y aprobó el test de conocimientos.

SiREyNoAprobado: si presenta respuesta al estrés y no aprobó el test de conocimientos.

NoREyAprobado: no presenta respuesta al estrés y si aprobó el test de conocimientos.

NoREyNoAprobado: no presenta respuesta al estrés y si aprobó el test de conocimientos.

Como resultado final, en la Gráfica 11, observamos que la experiencia ante situaciones de estrés le brinda al personal una mayor percepción de autoeficacia ante estas situaciones, pero su conocimiento no es bueno, ya que la mayoría de los enfermeros que tienen alta autoeficacia no aprobó el examen. La descripción de la Gráfica 11 se realiza de manera similar a la explicación presentada en la gráfica en la Gráfica 9.



Gráfica 11. Promedio del personal que ha presentado una situación de emergencia contra el resultado del test de conocimientos.

NOTA: El significado de las etiquetas horizontales de la Gráfica 11 es el siguiente.

SiExpyAprobado: Sí presenta experiencia en una situación estresante y aprobó el test de conocimientos.

SiExpyNoAprobado: si presenta experiencia en una situación estresante y no aprobó el test de conocimientos.

NoExpyAprobado: no presenta experiencia en una situación estresante y si aprobó el test de conocimientos.

NoExpyNoAprobado: no presenta experiencia en una situación estresante y

Análisis inferencial

Aplicando la metodología explicada en el Capítulo 2 de este documento, se realizó un análisis para encontrar valores que producen una significancia estadística entre pares de variables, conforme a la prueba exacta de Fisher. Los pares de variables analizados fueron los siguientes:

Prueba 1. Variables contrastadas: Autoeficacia en la emergencia y conocimiento sobre RCP.

Como se mencionó en el capítulo 2, en el test de autoeficacia se consideran tres variables, de la cual esta variable conforma la primera parte, donde la autoeficacia en la emergencia es medida con la capacidad que el personal considera tener al actuar o enfrentar una situación de emergencia; esto se considera de suma importancia, ya que podría ser decisivo en una reanimación cardiopulmonar para que sea o no exitosa. El algoritmo de reanimación cardiopulmonar es un algoritmo que debe seguirse paso por paso, para brindar una RCP exitosa por lo tanto se debe tener el conocimiento previo de este. Al contrastar ambas variables se pretendería que la significancia entre éstas exista, lo que podría garantizar un RCP exitoso.

Prueba 2. Variables contrastadas: Respuesta ante situación de estrés y conocimientos sobre RCP.

En la variable Respuesta ante situación de estrés, se consideran situaciones frente a un evento cardio respiratorio, enfatizando la seguridad de sí mismos ante esta situación, se considera importante porque depende de la reacción ante el estrés, brindaría la seguridad de tener o no la situación de un evento de paro cardio respiratorio bajo control. En el capítulo 3 se menciona dentro del marco teórico que se debe tener organización ante un evento de esta magnitud, entonces tener personal con estrés bajo control, nos proporcionaría la seguridad de que el equipo funcionaría adecuadamente ante este evento. El conocimiento previo permite brindar RCP de calidad según la AHA.

Prueba 3. Variables contrastadas: Experiencia previa en RCP y conocimientos en RCP.

Esta la variable Experiencia previa en RCP, enfatiza si una experiencia previa le brinda al personal un mayor grado de autoeficacia, contrastado con el conocimiento, podría proporcionar que la significancia de estas dos variables existiría una mejor respuesta ante un evento de paro cardio respiratorio.

Prueba 4. Variables contrastadas: promedio del test de autoeficacia en RCP y conocimientos en RCP.

En el promedio del test de autoeficacia, nos habla de la capacidad y la percepción que tiene el personal de ser autoeficaz ante un evento de paro cardiorespiratorio, lo que nos dice que a mayor nivel de autoeficacia mejor respuesta ante ello, aunado al nivel de conocimientos ya que es de suma importancia para la aplicación correcta de RCP.

Una vez explicados los pares de variables contrastados, se presentan los resultados de la aplicación de la prueba exacta de Fisher. Para cada prueba, se muestra el mejor caso (el menor valor de p) y el peor caso (el mayor valor de p), considerando que haya significancia con el criterio de valores de p menores a 0.05.

Mejor caso para la Prueba 1.

Tabla 2. Tabla de contingencia autoeficacia en emergencia vs conocimiento en RCP, mejor caso.

Conocimiento en RCP	Autoeficacia en emergencia		Total
	Promedio mayor a 3.09	Promedio menor a 3.09	
Mayor a 8 puntos	39	0	39
Menor a 8 puntos	1	20	21
Total	40	20	60

1	<p>H₀: la autoeficacia en emergencia no se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p> <p>H₁: la autoeficacia en emergencia se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p>
2	Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0.05$

3	Estadístico utilizado: Prueba exacta de Fisher
4	Valor de p: 5.001×10^{-15}
5	<p>Toma de decisiones: Se rechaza H_1 y se acepta H_0.</p> <p>Discusión: La dependencia entre estas variables es estadísticamente significativa. Lo que nos representa que, a mayor nivel de conocimientos en RCP, mayor percepción de autoeficacia.</p>

Peor caso para la Prueba 1.

Tabla 3. Tabla de contingencia autoeficacia en emergencia vs conocimientos en RCP, peor caso

Conocimiento en RCP	Autoeficacia en emergencia		Total
	Promedio mayor a 2.54	Promedio menor a 2.54	
Mayor a 10 puntos	25	0	25
Menor a 10 puntos	28	7	35
Total	53	7	60

1	<p>H₀: La autoeficacia en emergencia no se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p> <p>H₁: la autoeficacia en emergencia se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p>
2	Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0.05$
3	Estadístico utilizado: Prueba exacta de Fisher
4	Valor de p: 0.035
5	<p>Toma de decisiones: Se rechaza H_0 y se acepta H_1.</p> <p>Discusión: La dependencia entre estas variables es estadísticamente significativa. Lo que nos representa que, a mayor nivel de conocimientos en RCP, mayor percepción de autoeficacia.</p>

Mejor caso para la Prueba 2.

Tabla 4. Tabla de contingencia respuesta ante situación de estrés vs conocimiento en RCP, mejor caso.

Conocimiento en RCP	Respuesta ante situación de estrés		Total
	Promedio mayor a 2.9	Promedio menor a 2.9	
Mayor a 10 puntos	25	0	25
Menor a 10 puntos	1	34	35
Total	26	34	60

1	<p>H₀: La respuesta ante situación de estrés no se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p> <p>H₁: La respuesta ante situación de estrés se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p>
2	Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0.05$
3	Estadístico utilizado: Prueba exacta de Fisher
4	Valor de p: 5.008×10^{-16}
5	<p>Toma de decisiones: Se rechaza H₀ y se acepta H₁.</p> <p>Discusión: La dependencia entre estas variables es estadísticamente significativa. A pesar de esta significancia entre las variables, la relación entre ellas está por debajo del promedio del nivel de autoeficacia y por debajo de los puntos aprobatorios para el test de conocimientos, no podemos comprobar que el conocimiento influye en cómo la gente responde ante una situación de estrés, por lo que se deja una pauta abierta ante posteriores investigaciones, y poder encontrar el factor que influye como responde el personal de enfermería antes una situación estresante.</p>

Peor caso para la Prueba 2.

Tabla 5. Tabla de contingencia respuesta ante situación de estrés vs conocimiento en RCP, peor caso.

Conocimiento en RCP	Respuesta ante situación de estrés		Total
	Promedio mayor a 3.5	Promedio menor a 3.5	
Mayor a 10 puntos	8	31	39
Menor a 10 puntos	0	21	21
Total	8	52	60

1	<p>H₀: La respuesta ante situación de estrés no se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p> <p>H₁: La respuesta ante situación de estrés se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p>
2	Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0.05$
3	Estadístico utilizado: Prueba exacta de Fisher
4	Valor de p: 0.041
5	<p>Toma de decisiones: Se rechaza H₀ y se acepta H₁.</p> <p>Discusión: La dependencia entre estas variables es estadísticamente significativa. En este caso con la misma prueba y con un valor de p más alto, la agrupación de los datos nos habla que el personal con una mayor respuesta al estrés tiene una relación con su nivel de conocimientos ya que obtuvo un resultado favorable en ambos test.</p>

Mejor caso para la Prueba 3.

Tabla 6. tabla de contingencia experiencia previa en RCP vs conocimiento en RCP, mejor caso.

Conocimiento en RCP	Experiencia previa en RCP		Total
	Promedio mayor a 3.5	Promedio menor a 3.5	
Mayor a 10 puntos	25	0	25
Menor a 10 puntos	1	34	35
Total	26	34	60

1	<p>H₀: La experiencia previa en RCP, no se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p> <p>H₁: La experiencia previa en RCP se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p>
2	Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0.05$
3	Estadístico utilizado: Prueba exacta de Fisher
4	Valor de p: 5.008×10^{-16}
5	<p>Toma de decisiones: Se rechaza H₀ y se acepta H₁.</p> <p>Discusión: La dependencia entre estas variables es estadísticamente significativa. A pesar de la significancia entre las dos variables y que el valor de k es por encima del promedio, no quiere decir que hayan obtenido un número de puntos aceptable para confirmar que aprobaron el test, el cual se consideró por arriba de 10 puntos (el 70%).</p>

Peor caso para la Prueba 3.

Tabla 7. tabla de contingencia experiencia previa en RCP vs conocimiento en RCP, peor caso.

Conocimiento en RCP	Experiencia previa en RCP		Total
	Promedio mayor a 3.5	Promedio menor a 3.5	
Mayor a 10 puntos	31	25	56
Menor a 10 puntos	0	4	4
Total	31	29	60

1	<p>H₀: La experiencia previa en RCP, no se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p> <p>H₁: La experiencia previa en RCP se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p>
2	Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0.05$
3	Estadístico utilizado: Prueba exacta de Fisher
4	Valor de p: 0.049
5	Toma de decisiones: Se rechaza H ₀ y se acepta H ₁ .

	<p>Discusión: La dependencia entre estas variables es estadísticamente significativa. Lo que nos representa que, la experiencia previa en RCP y el conocimiento de éste, mejoran la actuación del personal en un evento de paro cardio respiratorio.</p>
--	---

Mejor caso para Prueba 4.

Tabla 8. Tabla de contingencia de autoeficacia vs conocimiento en RCP, mejor caso.

Conocimiento en RCP	Autoeficacia		Total
	Promedio mayor a 3.1	Promedio menor a 3.1	
Mayor a 9 puntos	32	1	33
Menor a 9 puntos	0	27	27
Total	32	28	60

1	<p>H₀: La autoeficacia en RCP, no se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p> <p>H₁: La autoeficacia en RCP se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p>
2	Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0.05$
3	Estadístico utilizado: Prueba exacta de Fisher
4	Valor de p: 3.181×10^{-16}
5	<p>Toma de decisiones: Se rechaza H₀ y se acepta H₁.</p> <p>Discusión: La dependencia entre estas variables es estadísticamente significativa. Por lo que podemos apreciar que la autoeficacia si depende del nivel de conocimientos que tengamos en RCP, por lo que podemos asegurar que al menos para esta muestra, la hipótesis de este trabajo queda confirmada.</p>

Peor caso para la Prueba 4.

Tabla 9. Tabla de contingencia de autoeficacia vs conocimiento en RCP, peor caso.

Conocimiento en RCP	Autoeficacia		Total
	Promedio mayor a 3.6	Promedio menor a 3.6	

Mayor a 13 puntos	1	0	1
Menor a 13 puntos	2	57	59
Total	3	57	60

1	<p>H₀: La autoeficacia en RCP, no se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p> <p>H₁: La autoeficacia en RCP se encuentra relacionada con el conocimiento que el personal de enfermería tenga sobre RCP.</p>
2	Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0.05$
3	Estadístico utilizado: Prueba exacta de Fisher
4	Valor de p: 0.05
5	<p>Toma de decisiones: Se rechaza H₀ y se acepta H₁.</p> <p>Discusión: La dependencia entre estas variables es estadísticamente significativa. A pesar de que la mayoría de los datos se agrupan en una casilla en donde el promedio de autoeficacia y el número de puntos es menor, el valor de k está por encima del promedio, por lo que podemos apreciar que la autoeficacia si depende del nivel de conocimientos que tengamos en RCP, por lo que podemos afirmar que el propósito de esta investigación que da estadísticamente comprobado.</p>

Discusión

La finalidad primordial de este trabajo de investigación fue demostrar que existe una relación entre los conocimientos del personal en la RCP y la autoeficacia de éstos en RCP. Se realizaron pruebas de Fisher para establecer relaciones las cuales ayudaron a aceptar la hipótesis de investigación.

En primer lugar tenemos que del total del personal de enfermería, menos del 50 % aprobó el examen de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar lo que no dice que tenemos deficiencia de estos conocimientos, o de las actualizaciones en reanimación cardiopulmonar, existen múltiples estudios que apoyan esta afirmación, por ejemplo, en (Balcázar-Rincón et al., 2015), descubrieron que, en un servicio de urgencias, el 89.3% del personal de salud que conformó la muestra (122), dentro del mismo estudio se preguntó al

personal si se sentía apto para aplicar maniobras de reanimación y el 71.3% respondió que no, y dentro del personal de salud, los médicos fueron los que mejor promedio obtuvieron, lo que nos dice que enfermería tiene resultados insatisfactorios en conocimientos y aptitudes.

Podemos decir que esto se refiere a la pobre capacitación que obtiene el personal de enfermería tanto en su formación, como en el ámbito laboral, en este estudio más del 50% de la muestra que respondió el test no se encuentra certificado, y de los que si lo están no todos tiene la actualización correspondiente.

Muestra de esto es lo que encontraron en un estudio (Lara Blanco & Rojas-Carrera, 2004), donde se realizó un capacitación del personal de enfermería durante 5 meses, hicieron una evaluación inicial donde la minoría aprobó, después de la capacitación alcanzaron hasta un 92% de aprobación, en cuanto habilidad al inicio solo el 5% obtuvo la aprobación, después de la capacitación alcanzaron un 95% que logró obtener los punto para calificarse como hábil, y en actitudes al inicio solo un 37% tenían actitudes positivas al final lo superaron hasta con un 58% del porcentaje inicial. Por lo que la investigación apunta a que si existiera una constante capacitación de calidad con el personal de enfermería podríamos mejorar los resultados al aplicar test de conocimientos.

Como apoyo de nuestro trabajo demostrado podemos tomar cuenta el articulo (Soler, Fernández-Valera, & Meseguer, 2017), donde habla de la autoeficacia, se explica que ésta es un pilar fuerte en competencia humana, lo que explicaría que una persona con alta autoeficacia puede ayudar al afrontar estresores y que ellos no repercutan en la actividad que se realiza. Se trata de demostrar que la autoeficacia reacciona como mediador ante las demandas de trabajo y su percepción de salud, ella explica que mientras más alta sea su percepción de autoeficacia las personas responden mejor ante situaciones estresantes lo cual repercutirá en como tomen las personas las demandas de trabajo y por lo tanto repercuten menos en su salud. Cuando hablamos de RCP, se piensa en un algoritmo, una secuencia de pasos, conocimiento de estos, pero sobre todo habilidades; en estos estudios de autoeficacia que no hablan acerca de RCP, nos podemos dar cuenta que como dice (Calderón Mafud, José Luis; Laca Arocena, Francisco; Pando Moreno, 2017), que la autoeficacia puede ser una variable que ayude al personal a afrontar diversas situaciones que se presenten para obtener resultados positivos empleando sus habilidades y su seguridad en ellas para sentirse mejor

con ellos mismos. En la misma línea en otro estudio donde se trabajó con trabajadores italianos, a través de la utilización de algunas variantes demostraron que la autoeficacia es un factor protector que puede reducir el impacto de las condiciones de trabajo estresantes (Fida, Paciello, Tramontano, Barbaranelli, & Farnese, 2015).

CONCLUSIONES Y TRABAJOS FUTUROS

En esta investigación se analizó si existe alguna relación entre el conocimiento del personal de enfermería y su autoeficacia en el manejo de Reanimación Cardio Pulmonar, para ello, se aplicó un instrumento a una muestra de 60 enfermeros. Después de haber procesado los datos obtenidos, aplicando pruebas estadísticas para conocer la relación entre las variables y empleando el método de búsqueda exhaustiva para crear las tablas de contingencia, podemos afirmar que la hipótesis de nuestra investigación es aceptada, ya que se encontraron relaciones estadísticamente significativas. Podemos decir con asertividad que los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar, tienen influencia en el personal de enfermería en cuanto a su percepción de autoeficacia cuando brindan reanimación cardiopulmonar.

La comprobación de la hipótesis principal que se realizó esta investigación, nos da apertura a nuevas investigaciones, por ejemplo, podríamos comparar otras variables relacionadas con el RCP, y así encontrar otro dúo o trio de variables que nos permita dar una reanimación cardiopulmonar eficaz y eficiente, además de oportuna, se logre mejorar las estadísticas de mal pronóstico para las personas que sufren un paro cardio respiratorio.

Ya que dejamos claro que el conocimiento en reanimación cardiopulmonar, y la autoeficacia percibida cuando brindamos reanimación cardiopulmonar tienen una relación estadísticamente significativa; a continuación, nos enfocaremos a dar algunas recomendaciones de forma individual, para mejorar los resultados en futuros tests de conocimiento y autoeficacia, ante eventos de paro cardio respiratorio.

En cuanto al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar, considero de suma importancia la formación de un comité de reanimación cardiopulmonar, para generar nuevas acciones de capacitación y formación del personal de salud, y podamos actuar de forma oportuna ante un evento de paro cardio respiratorio intra y extra hospitalario, ya que como se menciona en nuestra investigación, se considera una responsabilidad profesional contar con los conocimientos actualizados que nos competen en salud.

Podemos decir que el personal de enfermería que contestó los test, habría que mejorar su respuesta ante una situación de estrés, ya que el personal se siente capaz de llevar a cabo

el logaritmo completo en reanimación cardiopulmonar, y se siente aún más capaz cuando ya ha tenido una experiencia previa, por lo que la recomendación cuando se habla de autoeficacia es amplia y variada, lo primero se recomienda hacer consiente al personal sobre el significado de la palabra autoeficacia, a través de esto podemos lograr que el personal ante la presencia de cambios o retos logre considerarlo una oportunidad, no una amenaza, lo segundo hacer algunos talleres dentro de los cuales se consideran de importancia por la relación que lleva con la autoeficacia como, inteligencia emocional, comunicación efectiva. Y finalmente se considera a la autoeficacia dependiendo de la percepción de cada persona tiene de sí misma sobre este concepto, organizar un programa de apoyo psicológico individualizado para el personal que cuente con baja autoeficacia.

Como ya se mencionó, cuando hablamos de temas tan importantes dentro de la profesión de enfermería, se abren muchas oportunidades de investigación, a pesar de algunos inconvenientes que se encontraron al realizar este trabajo, como la apatía del personal de enfermería para realizar un test (a pesar de ser anónimo), la profesión de enfermería tendría un crecimiento considerable si se apoyara más la investigación.

REFERENCIAS

- AHA. (2015). Aspectos destacados de la actualización AHA 2015. *Circulation*, 123, 34. Retrieved from http://www.cefav.cl/la-cadena-de-supervivencia/%0Ahttp://www.semicyuc.org/sites/default/files/la_cadena_de_supervivencia_de_la_semicyuc.pdf
- Aranzábal-Alegría, G., Verastegui-díaz, A., Qui, D. M., Vilchez-cornejo, J., Espejo, C. B., Arroyo, L. K., ... Mejia, R. (2017). Revista Colombiana de Anestesiología reanimación cardiopulmonar en hospitales del. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 5(2), 114–121.
- Balcázar-Rincón, L. E., Mendoza-Solís, L. A., Lourdes Ramírez-Alcántara, Y., Luis, E., Balcázar, R., Calzada, E., & Rabasa, S. (2015). Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias. *Rev Esp Méd Quir*, 20, 248–255. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152u.pdf>
- Berdowski, J., Berg, R. A., Tijssen, J. G. P., & Koster, R. W. (2010). Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*, 81(11), 1479–1487. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.08.006>
- Calderón Mafud, José Luis; Laca Arocena, Francisco; Pando Moreno, M. (2017). La autoeficacia como mediador entre el estrés laboral y el bienestar. *Revista de Psicología y Salud*, 27(1), 71–78. Retrieved from <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2438/4291>
- Catalina, L., Catherine, L. L., & Ricardo, M. J. (2014). La reanimación cerebro cardiopulmonar : estado del arte, 62(1), 149–155.
- Díaz Aguilar, P. K., Perez Polanco, D. M., Sosa Cerna, S. A., Salguero Salguero, A. G., Oliva Villeda, A. L., Sanchinel Navas, I. E., & Elieth, A. A. Y. (2014). *Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de enfermería*. Retrieved from http://cunori.edu.gt/descargas/RCP_BASICA_EN_PERSONAL_DE_ENFERMERIA.pdf

- Fida, R., Paciello, M., Tramontano, C., Barbaranelli, C., & Farnese, M. L. (2015). “Yes, I Can”: the protective role of personal self-efficacy in hindering counterproductive work behavior under stressful conditions. *Anxiety, Stress and Coping*, 28(5), 479–499.
<http://doi.org/10.1080/10615806.2014.969718>
- García-Fernández, J. M., Inglés-Saura, C. J., Vicent, M., González, C., Martín, N. L. S., & Pérez-Sánchez, A. M. (2016). Relación entre autoeficacia y autoatribuciones académicas en estudiantes chilenos. *Universitas Psychologica*, 15(1), 79–88.
<http://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.raaa>
- Hazinski, M. F., Nolan, J. P., Aickin, R., Bhanji, F., Billi, J. E., Callaway, C. W., ... Zideman, D. A. (2015). *Part 1 : Executive Summary 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations*. <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000270>
- Isabel, M., Rísquez, R., Sánchez, J., & Godoy, C. (2010). Personalidad resistente , autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias, 22, 600–605.
- Jesús, C., Cetina, O., Natanael, M., Rodríguez, D. L. S., & Basto, S. (2017). Calidad de reanimación cardiopulmonar avanzada efectuada por residentes de primer año en un hospital de segundo nivel. *Investigación En Educación Médica*, 6(21), 47–51.
<http://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.009>
- Lara Blanco, I., & Rojas-Carrera, S. I. (2004). Capacitación sobre reanimación cardiopulmonar básica a personal de enfermería por criterios de conocimiento, aptitud y actitud. *Rev Enferm IMSS*, 12(3), 147–151. Retrieved from
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim043e.pdf>
- Mäkinen, M., Castrén, M., Nurmi, J., & Niemi-Murola, L. (2016). Trainers’ Attitudes towards Cardiopulmonary Resuscitation, Current Care Guidelines, and Training. *Emergency Medicine International*, 2016. <http://doi.org/10.1155/2016/3701468>
- Marín, A. M., Rosas, F. R., Conocimiento, L. C. De, Paradigma, E., & Grado, T. De. (2006). Los Conceptos de Conocimiento , Epistemología y. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal Sistema de Información*

- Científica*, 25, 3–12. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/101/10102508.pdf>
- Navalpotro Pascual Susana; Torre Puente, J. C. (2017). Elaboración y validación de una escala de autoeficacia en reanimación cardiopulmonar para estudiantes en Ciencias de la Salud. *Metas Enferm.* Retrieved from <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81097/>
- Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia Y Conductas De Salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9–15. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>
- Omelas, M., Blanco, H., Viciano, J., & Rodríguez, J. M. (2015). Percepción de Autoeficacia en la Solución de Problemas y Comunicación Científica en Universitarios de Ingeniería y Ciencias Sociales. *Formación Universitaria*, 8(4), 93–100. <http://doi.org/10.4067/S0718-50062015000400011>
- Pajares, F. (2005). Self-Efficacy During Childhood and Adolescence and Implications for Teachers and Parents. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*, 339–367. [http://doi.org/10.1016/S0749-3797\(99\)00075-6](http://doi.org/10.1016/S0749-3797(99)00075-6)
- Peláez Sánchez, M. E. (2016). Conocimientos de los enfermeros del hospital del oriente de asturias (HOA) en reanimación cardiopulmonar. *RqR Enfermería Comunitaria*, ISSN-e 2254-8270, Vol. 4, N°. 3, 2016, Págs. 18-30, 4(3), 18–30.
- Rajeswaran, L., & Ehlers, V. J. (2013). Cardio-pulmonary resuscitation challenges in selected Botswana hospitals: Nurse managers' views. *Health SA Gesondheid*, 18(1). <http://doi.org/10.4102/hsag.v18i1.672>
- RCP y primeros auxilios. (2014), 2014.
- Roh, Y. S., & Issenberg, S. B. (2014). Association of cardiopulmonary resuscitation psychomotor skills with knowledge and self-efficacy in nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 674–679. <http://doi.org/10.1111/ijn.12212>
- Secretaria de Salud, M. (2013). *Guía de práctica clínica, manejo inicial del paro cardio respiratorio en pacientes mayores de 18 años.*
- Soler, M. I., Fernández-Valera, M. M., & Meseguer, M. (2017). El papel mediador de la Autoeficacia Profesional entre situaciones de Demandas de Rol y Salud

Autopercebida. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 10(3), 151–158.
<http://doi.org/10.5231/psy.writ.2017.1511>

Torres, M. S. R. (2017). *Nivel de conocimientos de las enfermeras del área de emergencia sobre resucitación cardiopulmonar de adultos en el hospital “Un canto a la vida.”* Universidad de las Américas. Retrieved from
<http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6795>

Zimmerman, B. J., Kitsantas, A., & Campillo, M. (2005). Evaluación de la Autoeficacia Regulatoria: Una Perspectiva Social Cognitiva Barry J. Zimmerman* 1 , Anastasia Kitsantas**, Magda Campillo. *Learning*, 5, 1–21. Retrieved from
<http://www.revistaevaluar.com.ar/51.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Test de conocimientos

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

MAESTRIA EN ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA

OBJETIVO: Evaluar los conocimientos de Reanimación Cardiopulmonar del personal de enfermería.

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas.

DATOS GENERALES

Edad:

Sexo:

Grado académico:

Enfermera/o Auxiliar

Enfermera/o general

Licenciatura en Enfermería

Posgrado en Enfermería

Experiencia laboral:

Menos de 5 años

De 5 a 10 años

Más de 10 años

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas. Marque con una equis (X) la respuesta que se adapte a su criterio. No deje ninguna pregunta sin contestar. Cualquier duda consulte.

1. ¿Ha recibido capacitaciones sobre RCP Básico?

Si () / No ()

2. ¿Se encuentra certificado para brindar RCP Básico?

Si () No ()

3. Si su respuesta anterior fue SI, marque con una X ¿En dónde recibió el curso?

a) AHA

b) Otros

¿Cuáles? _____

4. ¿Hace cuánto realizó la última certificación de RCP Básico?

a) Menos de 6 meses

- b) 1 año
- c) 2 años
- d) 3 años

5. ¿Cuál de los siguientes elementos considera de mayor utilidad para reforzar sus conocimientos sobre RCP?

Capacitaciones

Manual de Bolsillo

Afiches informativos

Otros

¿Cuáles? _____

6. ¿Cuál de las opciones siguientes es la secuencia correcta de pasos iniciales ante un Paro Cardio respiratorio?

- a) Desfibrilar, activar el sistema de emergencia, dar compresiones, soporte avanzado y cuidados post paro.
- b) Cuidados post paro, soporte avanzado, desfibrilar, RCP precoz y reconocer el paro.
- c) Reconocer el paro cardio respiratorio, brindar RCP precoz, desfibrilación, soporte avanzado, cuidados post paro.
- d) Ninguna de las anteriores.

7. Si usted identifica un Paro Cardio respiratorio, ¿Cuál de los siguientes pasos recomendados por la Guías de la American Heart Association del año 2010, es la secuencia correcta?

- a) Compresiones torácicas, vía aérea permeable, dos respiraciones.
- b) Vía aérea permeable, dos respiraciones, controlar pulso.
- c) Vía aérea, dos respiraciones, compresiones torácicas.
- d) Ninguna de las anteriores.

8. ¿Cuál es la frecuencia de compresiones torácicas recomendada?

- a) Menos de 100 por minuto.
- b) Al menos 100 por minuto.
- c) Más de 120 por minuto.
- d) Todas son correctas.

9. Hablando de las compresiones torácicas, ¿cuál es la profundidad correcta?

- a) Por lo menos 2 pulgadas (5 centímetros).
- b) 1 ½ pulgada (4 centímetros).
- c) Por lo menos 3 pulgadas (7 centímetros).
- d) Por lo menos 4 pulgadas (10 centímetros).

10. ¿Cuál es la relación de compresión/ventilación en adultos con 1 o 2 rescatistas?

- a) 10/1
- b) 30/1

- c) 30/2
- d) 15/2

11. ¿Cuál de los siguientes enunciados son signos de Paro Cardio respiratorio?

- a) No respira o lo hace con anormalidad (jadea o boquea).
- b) No responde a ningún estímulo.
- c) No hay pulsos tomados en 10 segundos o menos.
- d) Todas son correctas.

12. ¿Cada cuánto tiempo deben alternarse los reanimadores, para mantener RCP de alta calidad y eficaz?

- a) Después de cada ciclo de RCP.
- b) Cada dos minutos.
- c) Cada 6 ciclos de RCP.
- d) Cada 10 ciclos de RCP.

13. ¿Cuál es la posición adecuada para iniciar maniobras de RCP?

- a) Sobre una superficie rígida.
- b) Sobre la cama.
- c) Cualquier posición.
- d) Todas son correctas.

14. ¿Cuándo un paciente tiene un dispositivo avanzado de vía aérea, cada cuánto se da ventilación?

- a) 6 a 8 segundos.
- b) 10 a 20 segundos.
- c) 2 a 6 segundos.
- d) 15 segundos.

15. Se deben de desfibrilar SIEMPRE los siguientes ritmos de Paro Cardio respiratorio.

- a) Fibrilación ventricular y asistolia.
- b) Fibrilación auricular y taquicardia auricular.
- c) Fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso.
- d) Asistolia y actividad eléctrica sin pulso (AESP).

16. La manera correcta de abrir la vía aérea es: Levantando la mandíbula para llevar el mentón hacia arriba

Verdadero

Falso

17. ¿Cuál de los siguientes sitios anatómicos es el más correcto para verificar pulso durante un Paro Cardio respiratorio en adultos?

- a) Pulso carotideo.
- b) Pulso braquial.
- c) Pulso radial.

d) Pulso pedio.

18. ¿Conoce que es un DEA (Desfibrilador Externo Automático)?

Si () No ()

19. ¿Cuenta su institución o servicio con un DEA?

Si () No ()

20. ¿Ha utilizado en alguna ocasión el desfibrilador de la clínica, sanatorio u hospital?

Si () No ()

21. Si su respuesta a la pregunta anterior fue SI. ¿Cuántas veces?

22. ¿Sabe cómo tratar la asfixia por obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)?

Si () No ()

Anexo 2. Test de Autoeficacia

<https://s.surveypplanet.com/S1PC1lcKW>

PORFAVOR, LEA CADA ÍTEM E IDENTIFICA EN QUE MEDIDA SE SIENTE CAPAZ DE REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES EN UNA EMERGENCIA, EN UNA ESCALA DE 1 A 4 DONDE 1 = NO ME SIENTO CAPAZ, 2= ME SIENTO POCO CAPAZ, 3= ME SIENTO CAPAZ, 4 =ME SIENTO MUY CAPAZ *

	No me siento capaz		Me siento muy capaz	
	1	2	3	4
Reaccionar ante una situación de emergencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activar sistema de emergencia con rapidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantener la "cabeza fría"cuando me encuentre ante una parada cardiorespiratoria en la vida real	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicar el protocolo adecuado de forma automática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Controlar el estres que se pueda dar en la situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abrir y permeabilizar la vía aérea en una persona inconsciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizar ventilaciones efectivas a una persona que no respira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Combinar el ritmo de compresión ventilación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Controlar mis sentimientos y emociones en una emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizar una reanimación cardiopulmonar con presión social al rededor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parar las maniobras de reanimación cuando ha pasado mas de 20 minutos sin respuesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[reset](#)

POR FAVOR LEA CADA ÍTEM E INDICA TU GRADO DE ACUERDO EN UNA ESCALA DE 1 A 4 DONDE 1= TOTALMENTE DESACUERDO, 2= DESACUERDO, 3= ACUERDO, 4= TOTALMENTE DEACUERDO *

	Totalmente desacuerdo		Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4
Dados mis estudios, tengo que saber los pasos a seguir ante una emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si realizo RCP a una persona puedo salvar una vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo olvidar algo importante y que "por mi culpa" no salga el paciente adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento satisfecho al saber actuar en una situación de emergencia tan compleja como es una parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo paralizarme si me encuentro en una parada cardiorrespiratoria en la vida real	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es más fácil realizar la reanimación si se hace dentro de un equipo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que no voy a estar a la altura en mi primera RCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si hay personas gritando a mi alrededor puedo bloquearme en mi actuación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al no tener una parada cardiorrespiratoria todos los días me olvidaré de la cadena de supervivencia y del ABC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tener los conocimientos de soporte vital me permite estar preparado para actuar correctamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tener claros los conceptos me permite tener seguridad en mi actuación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar que voy a fallar me desanima para iniciar una RCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo mezclar los distintos protocolos en el momento de aplicar la reanimación cardiopulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantener la calma es complicado en una RCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo ponerme nervioso y hacer las cosas al revés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si me pongo nervioso, respirando hondo volveré a recuperar el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si me encuentro una parada cardiorrespiratoria en la vida real sabré hacerlo bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No iniciaría maniobras de RCP si pienso que me pueden denunciar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En una situación estresante es difícil acordarte del protocolo a seguir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿HAS PARTICIPADO EN ALGUNA RCP? SOLO EN CASO DE QUE TU RESPUESTA HAYA SIDO AFIRMATIVA, NOS GUTARÍA QUE EXPRESARAS TU GRADO DEACUERDO CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES POR FAVOR, LEA EL ENUNCIADO E INDIQUE TU GRADO DEACUERDO DE 1 A 4 DONDE 1= TOTALMENTE DESACUERDO, 2= DESACUERDO, 3= ACUERDO, 4= TOTALMENTE DEACUERDO

	1	2	3	4
Dada mi profesión debo conocer los pasos a seguir ante una emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento impotencia si la persona no sale de la parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debo hacer formación continuada en RCP para refrescar mis conocimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que ha merecido la pena haber elegido esta profesión cuando sale un paciente de una PCR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El haber intervenido en reanimaciones me hace sentir más seguro/a en esta situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La experiencia vivida en una reanimación cardiopulmonar te enseña más que cualquier curso de RCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que tras actuar en una RCP, cuando todo está tranquilo, me tiemblan las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intentar sacar a una persona de una PCR produce satisfacción incluso aunque no salga de la parada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cada vez que intervengo en una parada aprendo de la situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dada mi experiencia sé que soy capaz de realizar bien una reanimación cardiopulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[reset](#)

Anexo 3. Consentimiento informado

Ciudad de México a _____ de septiembre de 2017.

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación.

Título del protocolo: Análisis de la relación entre el conocimiento del personal de enfermería y su autoeficacia en el manejo de RCP en un evento de paro cardio respiratorio.

Investigador: L.E. Karla Veronica Trejo Salinas

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE.

Procedimiento del estudio.

Si decide aceptar participar en el estudio deberá seguir el siguiente procedimiento

- Se le brindará un dispositivo móvil (Tablet o smartphone) para responder el cuestionario
- Acceder a la página <https://s.surveyplanet.com> para iniciar el cuestionario
- Una vez finalizada la encuesta entregar el dispositivo al investigador y habrá terminado.

Aclaraciones

- El estudio es totalmente anónimo
- Durante el estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable
- La información obtenida se mantendrá en estricta confidencialidad por el investigador

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.