



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERIA



**“ AUTOPERCEPCION DE LA AUTONOMIA PROFESIONAL
Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES
SIGNIFICATIVAS QUE REALIZAN LAS LICENCIADAS EN
ENFERMERÍA”**

T E S I S

**Para obtener el GRADO de:
MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Licenciada en Enfermería
MA. ELSA RODRIGUEZ PADILLA**

Directora:



I.Sc. VICTORIA MORAN AGUILAR

MAYO DE 2003



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Niño Arillero 130 Conmutador: Tel. 826-23-24; 826-23-25; Fax: 826-23-26

Posgrado e Investigación: Tel./fax: 826-24-27 Dirección: Tel. 826-23-27

Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

**Autopercepción de la autonomía profesional
y su relación con las actividades significativas
que realizan las licenciadas en enfermería**

ELABORADO POR:

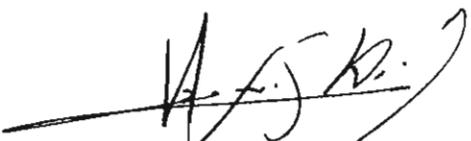
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
MA. ELSA RODRÍGUEZ PADILLA**

APROBÓ:

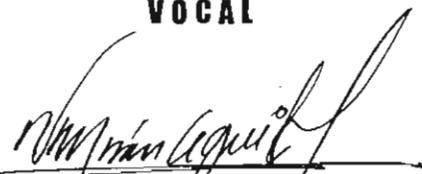
PRESIDENTE DE JURADO


MSM. NOHEMÍ MARTÍNEZ ROSAS

SECRETARIO


MSP. HÉCTOR GERARDO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

VOCAL


M. Sc. VICTORIA MORÁN AGUILAR

MAYO 2003



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Autopercepción de la autonomía profesional y su relación con las actividades significativas que realizan las licenciadas en enfermería

TESIS

**Para obtener el GRADO de :
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería**

Presentada por:

**Licenciada en Enfermería
MA. ELSA RODRÍGUEZ PADILLA**

Aprobada por el Comité de Tesis

Directora

M. Sc. Victoria Moran Aguilar

Asesor Metodológico

MSP. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez

FEBRERO 2003

INDICE:

	Página
I. INTRODUCCIÓN	
II. JUSTIFICACION	3
III. MARCO TEORICO Y/O CONCEPTUAL	7
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	35
V. RESULTADOS	41
VI. DISCUSION	63
VII. CONCLUSIONES	67
VIII. LIMITANTES	68
IX. RECOMENDACIONES	69
X. BIBLIOGRAFIA	
XI. ANEXOS	
XII. PERMISO DEL AUTOR PARA REPRODUCIR	

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRAFICOS

NO.		Página
1	Funciones de la Enfermera Profesional	21
2	Modelos del cuidado de Enfermería	33
1	Niveles de autonomía percibidos por las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	44
2	Niveles de actividades significativas percibidas por las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	47
3	Relación entre autonomía y actividades significativas que perciben las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	50

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
1	Características laborales de las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	42
2	Experiencia laboral de las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	43
3	Niveles de autonomía percibidos por las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	45
4	Niveles de autonomía en relación a indicadores preestablecidos de las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	46
5	Actividades significativas percibidas por las licenciadas en enfermería por servicio en instituciones de salud locales.	48
6	Niveles de actividades significativas por indicadores, percibidas por las licenciadas en enfermería de instituciones de salud locales.	49
7	Relación entre autonomía e indicadores de actividades significativas que perciben las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	51
8	Actividades independientes de valoración y planeación que perciben las licenciadas en enfermería de la instituciones de salud locales.	52
9	Actividades independientes de ejecución y evaluación que perciben las licenciadas en enfermería de la instituciones de salud locales.	54
10	Percepción de autonomía de las licenciadas en enfermería de las Instituciones de salud locales.	56

11	Actividades de colaboración entre personal de enfermería y personal de otros departamentos, que perciben las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	57
12	Actividades de colaboración con personal médico que perciben las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	58
13	Actividades administrativas que perciben las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	59
14	Actividades de asistencia física que perciben las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	60
15	Actividades de asistencia psicosocial que perciben las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	61
16	Actividades docentes que perciben las licenciadas en enfermería de las instituciones de salud locales.	62

RESUMEN

Con el fin de establecer la relación entre autonomía profesional y actividades significativas bajo la percepción de la enfermeras profesionales, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal tipo correlacional, a través de un instrumento conformado por 30 ítems de Autonomía profesional de Schutzenhofer (1998) y 22 de Características del trabajo del Staff de Enfermería (SNJCI) de Tongers, Rothstein y Carter (1998).

La muestra se integró con 90 licenciadas en enfermería de los servicios de medicina Interna, Terapia Intensiva, cirugía, urgencias y ginecoobstetricia de 4 Instituciones hospitalarias de la capital de San Luis Potosí. Los resultados más relevantes del estudio refieren que hay una relación importante entre el nivel de autonomía y las actividades significativas desde la percepción de las enfermeras profesionales con una r de pearson de .861 y una p de 1.353^{-07} ; además de una percepción alta del nivel de autonomía y de las actividades significativas.

Se encontró que realizan en mayor porcentaje actividades administrativas y de asistencia comparadas con la función docente. Se describen además las actividades que evaluaron en mayor porcentaje de acuerdo a los indicadores de autonomía y actividades significativas. Se concluye que a mayor percepción de autonomía mayor percepción de las actividades significativas que realizan; sin embargo, sobresale el hecho de que los indicadores de actividades independientes y de colaboración son menores que la percepción de la autonomía.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente gran cantidad de enfermeras trabajan en instituciones de salud, las cuáles son consideradas como organizaciones burocráticas que se caracterizan por tener una estructura lineal, normas, valores y cultura propia que puede determinar el actuar de sus integrantes y apoyan o limitan sus funciones profesionales autónomas. Wesorick (1993).

La Autonomía en general es conocida como la "libertad de actuar en algo que conocemos" Kramer (1993); la cuál puede ser: personal o profesional.

En la *autonomía personal* la toma de decisiones le compete solo a la persona; sin embargo, la *autonomía profesional* es la práctica de la ocupación acorde a la educación recibida, en la cuál los miembros de ésta gobiernan, definen y controlan sus propias actividades sin controles externos.

Las enfermeras profesionales que han recibido una preparación universitaria realizan actividades relevantes para la población a la que atienden, y son las indicadas para demostrar que enfermería es una profesión autónoma en desarrollo. Domínguez (1999).

Para Wesorick (1993) la *enfermería institucional* se define como: "una *práctica dependiente* y dominada por *las tareas* en la cuál el servicio de enfermería está determinado por las órdenes del médico, las normas del hospital y los procedimientos".

Un concepto importante es la percepción que tiene el propio profesional sobre sí mismo ya que autores como Simms, Price y Erin (1986) piensan que considerarse como un ser autónomo en la práctica, como profesional por derecho propio; es ser capaz de depender de la propia capacidad para cumplir con las responsabilidades de su papel y ver la enfermería como un cuerpo independiente que determina sus propias

políticas y normas, usa su poder con eficacia, y controla su propia práctica.

Con esta investigación se conoció la percepción que tienen las enfermeras profesionales sobre su autonomía así como el tipo de acciones significativas que desarrollan y se estableció la relación entre ambos; se realizó en 4 instituciones de la ciudad de San Luis Potosí a través de un estudio descriptivo, transversal y de correlación.

El primer paso hacia la profesionalización es conocer cuál es el actuar dentro de las instituciones hospitalarias, además de que los resultados apoyarán la toma de decisiones de los dirigentes y de los propios profesionales sobre las actividades que realizan y se estimulará una participación acorde a la preparación; y por ende proporcionar cuidados profesionales los cuáles beneficien a los clientes que demanden atención hospitalaria.

II. JUSTIFICACIÓN

El personal de enfermería constituye cerca del 60 al 70 por ciento del total del personal en las instituciones hospitalarias, brinda cuidados las 24 horas del día los 365 días del año; sin embargo, enfermería todavía está luchando porque en el campo del conocimiento se le dé el título de profesión y lo más importante; que se le reconozca su autonomía. Morales (2000)

Los profesionales que trabajan en organizaciones; mantienen un alto grado de control sobre las cualificaciones de acceso a la profesión, y comparten un conjunto de valores adquiridos durante un periodo de formación universitaria de cariz técnico y vocacional, que les rinde una formación privilegiada de negociación dentro del sistema de relaciones industriales. Si se estudia la autonomía como un producto de la naturaleza del trabajo, los profesionales conservan el control de sus tareas y del producto de sus actividades incluso trabajando para diversas instituciones. Derber (1983)

Sin embargo, existen autores como Etzoni (1969) quién utilizó el término de "semiprofesión" para referirse a profesiones donde predomina el sexo femenino como enfermería, archivistas, bibliotecarias y maestras. Y considera que la base de conocimientos es restringida, su *autonomía* es menor, están sujetos a la supervisión de otros miembros de una profesión superior, su destreza técnica y rasgos de personalidad son compatibles con las estructuras administrativas de las organizaciones complejas. Por tanto el status social y los privilegios son menores. Menciona que la enfermería es la semiprofesión más estudiada por autores como: Chaska (1978); Wagner (1980); Domínguez (1983); y Borrascó (1978).

Por lo tanto un problema importante para enfermería es el análisis de su *Autonomía*, ya que es una de las bases esenciales para lograr la profesionalización, es necesario destacar que aún dentro de un ámbito burocrático la enfermera realiza 2 tipos de actividades:

Independientes o exclusivas derivadas de sus conocimientos y se basa en el concepto de diagnosticar y tratar respuestas humanas frente a los problemas de salud reales o potenciales de sus clientes. Dichos servicios son únicos, constituyen la base de la práctica profesional y están enraizados en el proceso de enfermería a través de sus etapas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Y de *colaboración o interdependencia* en las cuáles usa su *autonomía* para determinar *el como* realizar las actividades encomendadas.

Es importante dar realce a las actividades que realiza la enfermera dentro de la instituciones hospitalarias ya que según Hackman (1975) las personas cuyo trabajo implica una cantidad importante de diversas habilidades, identidad con la tarea y *una actividad significativa*, experimentan el trabajo como algo lleno de sentido. Y un grado importante de autonomía hace que los trabajadores sean responsables de sus actos.

Las actividades significativas son aquellas que realizan las enfermeras en beneficio de sus clientes y por ende es una característica importante de la profesión que requiere de *autonomía* ya que sin ésta no pueden controlar sus *funciones* administrativas, de asistencia y de educación en el ambiente de trabajo.

Una apreciación de la autora dada la experiencia docente es que la enfermera profesional desempeña en mayor medida las actividades interdependientes o de colaboración y no valora la importancia que tiene para la profesión las intervenciones independientes y significativas.

Por lo que es necesario conocer el nivel de *autonomía* que tienen las enfermeras profesionales de algunas Instituciones locales, así como las *acciones significativas* que realizan en beneficio de sus clientes y poder conocer la asociación entre estas.

Para el gremio de enfermería es relevante conocer la percepción que tiene el licenciado sobre las actividades que está desarrollando dentro de las Instituciones donde se emplea, para direccionar sus acciones hacia un actuar profesional dentro de ese marco institucional, que beneficie el trabajo del equipo de enfermería y el interdisciplinario, y por ende se realice un cuidado eficiente en el cliente.

2.1 OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la asociación entre el nivel de autonomía profesional y las actividades significativas que desde su percepción realizan las enfermeras en las unidades hospitalarias seleccionadas de la ciudad de San Luis Potosí.

ESPECIFICOS

- Conocer la percepción del nivel de autonomía profesional que tienen las enfermeras en su actuar cotidiano dentro de las instituciones hospitalarias.
- Identificar la percepción que tienen las enfermeras profesionales sobre las actividades significativas que realizan en las instituciones hospitalarias seleccionadas.
- Establecer la relación que existe entre autonomía profesional y actividades significativas dentro de un marco institucional de atención hospitalaria.
- Describir las actividades autónomas y significativas relevantes percibidas por las enfermeras profesionales.

III. MARCO TEORICO

En este capítulo se menciona como diferentes autores explican la autonomía profesional en enfermería, la cuál se puede ver a través de sus intervenciones independientes e interdependientes; se hace hincapié en la importancia de la autopercepción de dicha autonomía, además de lo que representan para la profesión las actividades significativas de docencia, asistencia y administración las cuáles reflejan la Práctica profesional independiente o dependiente así como el beneficio de éstas en la sociedad.

3.1 AUTONOMIA EN ENFERMERÍA

La autonomía tiene dos grandes dimensiones: la personal que es la condición del individuo que no depende de nadie y la profesional que es realizar las actividades que le corresponden en función a su preparación profesional. Rodríguez y Guillen (1992) en su análisis de las organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea definen autonomía como "*un sentimiento de que el profesional debería tomar sus propias decisiones sin presiones externas*".

Y consideran que el *conocimiento abstracto* es el elemento central de teorías novedosas, señalando a Derber, Freidson y Abbott quienes coinciden en destacar que la importancia del *conocimiento abstracto* es un elemento clave dentro de una profesión ya que puede redefinir continuamente los problemas y tareas profesionales, defenderlos de los competidores y conquistar nuevos problemas. El conocimiento abstracto es la pieza fundamental para el mantenimiento de la autonomía profesional (Freidson) y las posiciones de poder y privilegio en la sociedad y la organización (Derber).

Para Hakcman y Oldman Autonomía es la característica del trabajo que otorga a los empleados cierta discrecionalidad y control sobre

decisiones de trabajo, y todo indica que es fundamental para la consolidación del sentido de responsabilidad de los trabajadores. Aunque están dispuestos a trabajar en el marco de las restricciones generales de una organización, los empleados insisten al mismo tiempo en gozar de cierto grado de libertad.

Derber (referido por Guillen), realizó un estudio en Boston USA en 1983 a 733 profesionales (varones), que percibían un salario ya fuera en empresas privadas, organizaciones ó académicos en hospitales y universidades; en quiénes midió ciertos parámetros de profesionalización como: autonomía, autoridad, satisfacción en el trabajo, fuentes de estrés e identificación con los objetivos de la organización y de la dirección.

Los resultados relevantes fueron que los profesionales asalariados consideraron que mantienen un alto grado de control sobre la selección de casos o clientes, hora y ritmo de trabajo así como técnicas y procedimientos empleados; *pero pierden la prerrogativa de la evaluación, rendimiento, número de tareas realizadas y ritmo de trabajo.*

Los médicos y abogados que trabajaban en empresas privadas eran los menos satisfechos con sus niveles de autonomía, en tanto que todos los profesionales de organizaciones académicas decían disfrutar de un alto grado de autonomía. En general el estudio reporta que la administración pública y las grandes empresas son las organizaciones que erosionan más la autonomía profesional.

Con base en el estudio sobre Medición de la Autonomía Profesional para Enfermeras de Schutzenhofer (1988) autonomía se define como "la práctica de la ocupación en concordancia con la educación y con los miembros de la ocupación que gobiernan, *definen y controlan sus propias actividades* en ausencia de controles externos" apoyada por Barber, (1965); Egel, (1970); Maas & Jacox, (1977); Moore, (1970).

En dicho estudio se menciona que el destino de la profesión de enfermería desde antaño ha sido determinado por su rol de genero

(femenino) y una extensión del papel esperado en la mujer de proveedora y nutrióloga. Y ha sido definida como una conducta femenina estereotipada sumisa, dependiente y con poca autoridad según Kalich & Kalich, (1982) conductas que son incoherentes con la autonomía. Múltiples autores han estudiado el rol femenino y lo han definido como pasivo y sumiso. Kahnweller & Johnson, (1980); Pinch, (1981); Sochen, (1979).

Otra fuente importante de *autonomía* que menciona el estudio es la relacionada con las obligaciones legales, los cuáles están influenciados por valores religiosos y sociales. Las leyes en todos los niveles de gobierno, han contribuido a las diferencias en la autonomía de hombres y mujeres que tanto en la vida social como en la profesión han impedido a las enfermeras controlar su educación y práctica por medio de cambios legislativos.

La educación de enfermería es otra fuerza poderosa que ha perjudicado la autonomía de las enfermeras. La reglamentación de estudiantes, la incongruencia y falta de unificación de los programas educacionales, la rigidez de las experiencias de aprendizaje limita la autonomía en los estudiantes Ashley, (1976); Gohen, (1981); Leiminger, (1970); Welch, (1980). Por lo que algunas enfermeras no reconocen su fracaso al no desarrollar un sentido de *autonomía profesional*, y practican un papel restringido y puramente técnico Grissum & Spenger, (1976).

Heath(1968) ligó las habilidades para tomar decisiones a la autonomía en adultos maduros. La autora considera que las obligaciones en la toma de decisiones en enfermería, aunque a menudo artificiales y arbitrarias, han sido aceptadas frecuentemente por enfermeras a quienes les falta suficiente experiencia para cambiar el sistema.

Para este estudio se analizará la autonomía bajo los componentes de: Percepción Intervenciones independientes a través del proceso del cuidado e intervenciones interdependientes o de colaboración.

PERCEPCIÓN DE LA AUTONOMÍA:

Leddy S y Pepper JM (1985), describen el desarrollo del yo profesional, apoyadas en los estudios realizados por Simms y Linderber quienes confirman que el yo profesional es un reflejo directo del autoconcepto personal y que "la responsabilidad por nuestros propios actos, florecerá en un ambiente que fomente el crecimiento del yo y la independencia".

Según las autoras el desarrollo del yo profesional es secuencial y sigue el mismo orden que el proceso evolutivo del autoconcepto personal. Al igual que ocurre en el desarrollo del yo personal, el yo profesional se basa en la realización de tareas específicas en etapas secuenciales descritas. Mencionan que la *Autonomía* se adquiere desde que las enfermeras profesionales son principiantes, después de recibir un periodo de orientación en el trabajo, y la fuerza que emerge es la voluntad.

*Consideraron que el resultado de una relación satisfactoria es: cuando la enfermera ha aprendido a confiar en los líderes de la profesión, cree que los clientes son capaces de asumir la responsabilidad de su autocuidado y más que nada, se evalúa como persona competente y poseedora de los conocimientos necesarios, llegará al ambiente laboral con excelentes posibilidades de sentirse autónoma como profesional. En su calidad de principiante en el ejercicio de la profesión, basará la práctica en una teoría de enfermería que considere válida, sentirá que la enfermería le ofrece un servicio profesional necesario que incluye un alto nivel de competencia técnica, capacidad de razonamiento y de tomar decisiones, y exigirá relaciones interpersonales eficaces caracterizadas por su habilidad de colaborar. Para poder *considerarse autónoma*, la nueva enfermera profesional "que siente confianza" necesita contar con un ambiente laboral que la aliente a emitir juicios, a participar en la elaboración de políticas de enfermería y a determinar y tratar de alcanzar*

sus propias metas profesionales. La enfermera principiante autónoma se sentirá cómoda al poner en práctica lo que ha aprendido y, quizá más importante, podrá apreciar la función única que pueden desempeñar otras personas y sentirse competente en su propio papel.

Finalmente el resultados de una relación incompleta o insatisfactoria. En el mejor de los casos, la enfermera que no confía en los demás y que no tiene sentido de la existencia de su propio derecho, sólo puede verse a sí misma como alguien que ayuda y no como profesional autónoma; la imagen de la asistente se perpetuará y se percibe que la enfermera y enfermería no tienen derecho a existir en forma autónoma. Algunas escuelas y centros de trabajo todavía consideran a la enfermería y a las enfermeras como devotas ayudantes de la medicina y de los médicos (Donnelly, 1981). Si se considera a la enfermera parte de la atención médica, en lugar de aceptarla como socia en la atención de la salud, la enfermera no podrá justificar la necesidad de ser autónoma.

En este caso, existe sólo como ayudante del equipo médico, la enfermería se limita al cuidado de personas enfermas que están bajo la atención primaria de los médicos, y la enfermera pasa la mayor parte del tiempo cumpliendo órdenes de otras personas. No podrá sentirse nunca como integrante del equipo de salud desarrollando funciones interdependientes y sobre todo como un profesional cuyo principal propósito es ofrecer un servicio único, necesario para la humanidad y que se base en su propio conjunto de conocimientos. Si llega al ambiente laboral sin un fuerte sentimiento de autonomía profesional o incluso con sentimiento vacilante de autonomía, necesitará ayuda de otras personas importantes en el medio.

Los profesionales jóvenes necesitan ayuda para sentir que ejercen control sobre lo que hacen (alcanzar algunos éxitos), recibir orientación y obtener recursos para desarrollar las habilidades profesionales esenciales, y permitir que participe en el equipo de enfermería cuando éste asume la

responsabilidad de políticas y normas (hace posible un proceso democrático al tomar decisiones). El profesional principiante que no tiene un defensor como líder puede muy bien cuestionar la creencia de que la enfermería es una disciplina autónoma en vez de ser dependiente.

Una persona que no se siente autónoma no suele percibir a los demás como seres independientes que existen por derecho propio. Si la enfermera no está convencida de que los demás son autónomos, no podrá ejercer eficaz y profesionalmente la enfermería y, en el mejor de los casos, solo podrá poner en práctica un proceso técnico.

El control de la enfermería debe estar en manos de enfermeras. Para concederle una condición de verdadera profesión; las enfermeras deben actuar independientemente al elaborar sus políticas y controlar sus actividades. Ser una entidad autónoma significa que se ha conferido autoridad a un grupo ocupacional para definir el alcance de la práctica, delinear sus funciones específicas y fijar metas y responsabilidades en la prestación de sus servicios. El grado de autonomía profesional otorgada depende de la eficacia de los esfuerzos del grupo en el ejercicio del poder, ya que no hay autonomía sin poder, y sin autonomía resulta imposible alcanzar el estado profesional en todos sus aspectos. Aydelotte (1983).

Intervenciones Independientes y de Colaboración o interdependientes:

Las intervenciones de enfermería se pueden clasificar en dos tipos: las prescritas por la enfermera (*Independientes*) y las prescritas por el médico (*delegadas*). Independientemente del tipo, todas requieren de juicios de enfermería inteligentes porque la enfermera es legalmente responsable de los resultados de sus intervenciones.

El modelo de práctica clínica bifocal, Carpenito (1993) sirve para distinguir a la enfermería de otras disciplinas de atención sanitaria. Para la

enfermería clínica la práctica se *centra en la respuesta*, no en la situación. Este modelo se centra en dos focos de la enfermería clínica: *el diagnóstico de enfermería y los problemas añadidos*.

- a) *El diagnóstico de enfermería* es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias ante problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico proporciona las bases para la selección de las intervenciones de enfermería, encaminadas a alcanzar unos resultados de los que la enfermera es responsable NANDA (1990).
- b) Se denominan *problemas añadidos* a determinadas complicaciones fisiopatológicas controladas por las enfermeras para detectar su aparición o cambio en el estado de salud., los profesionales de enfermería controlan dichos problemas utilizando tanto intervenciones ordenadas por el médico como aquellas prescritas por la enfermería, con el fin de reducir las complicaciones.

La enfermera toma decisiones independientes tanto para los problemas añadidos como para los diagnósticos de enfermería, prescribe el tratamiento definitivo para alcanzar el resultado deseado, pero en éstos, la prescripción del tratamiento definitivo proviene tanto del médico como de la enfermera.

Según McCloskey y Bulechek: *intervención de enfermería* “es cualquier tratamiento basado sobre juicios y conocimientos que una enfermera puede realizar para alcanzar los resultados en el paciente”. Estos tratamientos comprenden los iniciados por la enfermera como resultado de los diagnósticos de enfermería, los iniciados por el médico como resultado de diagnósticos médicos y el desempeño de las funciones diarias esenciales para el cliente y que éste no pudo realizar. Wesorick B. (1993); Phaneuf M. (1996); Alfaro LeFevre (1996), (1997).

Para los diagnósticos de enfermería la enfermera prescribe de forma independiente el tratamiento primario para conseguir resultados. Para un problema interdisciplinario, la enfermera consulta con el médico y ejecutan las intervenciones de enfermería prescritas por el médico. En una plan de cuidados de enfermería los criterios de resultado son "afirmaciones que describen una conducta mensurable del paciente/familia que denota un estado favorable (distinto o mantenido) después de la administración de unos cuidados de enfermería.

Las Intervenciones autónomas o independientes son: las que se realizan exclusivamente en el campo de práctica de la enfermera y que sólo es dictada por su juicio clínico. Consisten en identificar las necesidades de salud, prodigar y controlar los cuidados de enfermería. Lefebvre (1995).

La misma autora considera que para brindar un cuidado de calidad los profesionales de enfermería deben utilizar el método científico y lo de resolución de problemas llamado *proceso del cuidado*, el cuál es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficientes y eficaces orientados al logro de objetivos. Consta de 5 etapas: *valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación*.

El proceso del cuidado se basa en principios y reglas que son efectivos en la promoción de calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del cliente.

En la etapa de valoración: es necesario reunir y examinar la información (datos) con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas.

En la etapa de Diagnóstico analizará la información recabada en la etapa de valoración y determinará cuáles son los problemas que se pueden resolver mediante intervenciones independientes, y cuáles requieren ser prescritas por el médico o de colaboración interdisciplinaria.

En la etapa de planificación se inicia con el uso de los resultados de las intervenciones de enfermería esperados (NOC 2001) sugeridos, opcionales y adicionales para cada diagnóstico de enfermería a tratar.

En la ejecución En esta fase del proceso se identifican los resultados de las intervenciones de enfermería (NOC 2001) teniendo como eje los diagnósticos de enfermería de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA)

En la evaluación son los resultados perceptibles en los pacientes, (NOC) después de la intervenciones de enfermería. (NIC). NANDA (1992)

Para los fines de este estudio se *tomará el proceso del cuidado para valorar las intervenciones independientes* excluyendo la etapa de diagnóstico de enfermería debido a la implicación de juicios y valores para realizarlo; además de que es una etapa analítica más que de ejecución de actividades por lo que está implícita en las acciones consecuentes que realiza la enfermera en las etapas de planificación, ejecución y evaluación.

Las intervenciones de colaboración son el acto que se realiza a partir de una decisión tomada conjuntamente con otros miembros del equipo de salud: como el médico, la nutrióloga, el químico del laboratorio, y la trabajadora social entre otros; profesionales con los que tiene mayor contacto y que en conjunto contribuyen en los métodos de diagnóstico y tratamiento.

Para brindar una atención integral (biológica, psicológica y social) se requiere de la participación de un equipo de salud el cuál se espera coordine enfermería por ser el personal que permanece con el cliente las 24 horas del día y realice en conjunto con éste además de las actividades de diagnóstico y tratamiento , la búsqueda de bienestar biopsicosocial.

De las investigaciones que se han realizado sobre la autonomía en enfermería se mencionaran los que tienen mayor relación con este estudio:

- “Determinantes del Staff de enfermeras y Percepción de Autonomía dentro de diferentes Contextos Clínicos” por Alexander, Wesman y Chase en 1981 en Baltimore, Maryland. El estudio se aplicó a 789 enfermeras profesionales no supervisoras, empleadas de tiempo completo en un hospital de afiliación universitaria. Los datos personales fueron recolectados directamente de las enfermeras, las características de estructura de las unidades tales como equivalencia fueron tomados de los reportes de enfermeras. El estudio tuvo un énfasis en el análisis de la percepción de autonomía entre las enfermeras que trabajaban en diferentes contextos, se realizó un estudio longitudinal de satisfacción en el trabajo y rotación y se tomaron en cuenta los siguientes indicadores: características personales, nivel de educación, primer empleo y tiempo de estancia en éste. Se encontró asociación con control interno y autonomía.

La mayor calificación en autonomía fue para las enfermeras de cuidados intensivos; las enfermeras que fueron promovidas a puestos superiores tenían una puntuación alta de autonomía. Las ubicadas en unidades especiales mostraron grado aceptable de autonomía y las enfermeras con licenciatura obtuvieron un grado bajo de autonomía. Entre las variables de satisfacción y educación resultaron satisfechas solo las enfermeras de las unidades quirúrgicas.

El trabajo reportó un efecto significativo en la percepción de autonomía en enfermeras que trabajaban en áreas quirúrgicas y de atención crítica.

- “ Descentralización y Organización como determinantes en el trabajo de enfermería” realizado por Acorn, Ratner y Crawford en Bel Brithish Columbia de Canadá en 1993. A través de un test sobre modelos teóricos de las variables descentralización, autonomía profesional, satisfacción en el trabajo y organización, aplicado a 200 enfermeras con alto rango administrativo en el cuidado hospitalario, analizaron las variables antecedentes de sexo, salud, estado civil, edad, educación y años de experiencia como supervisora. Los resultados más importantes fueron: cómo afecta la descentralización y la organización directamente e indirectamente a la autonomía y a la satisfacción en el trabajo y por ende una relación indirecta entre autonomía y organización, ya que la satisfacción en el trabajo es afectada directamente por el tipo de organización a la que se pertenece.
- “Evaluación longitudinal del rediseño de la práctica profesional de enfermería” publicado por Krugman M. Prebim G.
Los autores describen el estudio de 5 años en un hospital escuela de la universidad occidental que evalúa el efecto del rediseño organizacional sobre la satisfacción laboral de enfermería, autonomía y satisfacción del paciente. De 1992 a 1995 con un diseño cuasi experimental para comparar los resultados pre y postestudio de las actividades permitidas por el facilitador en las unidades que recibieron intervención comparadas con las unidades de control. En la fase II se midió satisfacción laboral, autonomía (Schutzenhofer) y satisfacción del paciente. Los resultados de la fase I fueron que las unidades control obtuvieron una calificación más alta que las unidades experimentales. No hubo diferencia significativa entre las calificaciones de satisfacción en ambas unidades y las calificaciones de autonomía mejoraron significativamente. En la fase

El no se reportan diferencias entre la satisfacción laboral y disminuyó la autonomía así como la satisfacción del paciente. Se encontraron diferencias significativas entre unidades y departamentos. Se sugirió mayor independencia entre las variables.

3.2 ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS EN ENFERMERÍA

Es importante mencionar además que dentro de las características del trabajo se destaca el modelo creado por Hackman y Oldham, en el que se identifican cinco dimensiones básicas: *variedad de habilidades, identificación con la tarea, actividades significativas, autonomía y retroalimentación.* Lo ideal sería que un puesto contuviera las cinco dimensiones para ser plenamente enriquecido. Si una dimensión es percibida como faltante, los trabajadores se ven psicológicamente privados y la motivación puede reducirse.

De las cinco dimensiones básicas se describen solo la autonomía y las actividades significativas, que son las variables que se estudian en esta investigación.

Actividades Significativas.- Se refiere al grado de impacto que, de acuerdo con la percepción del trabajador, tiene el trabajo en otras personas. El impacto puede ser sobre otros miembros de la organización, como cuando el trabajador desempeña un paso clave en el proceso de trabajo, o sobre personas fuera de la empresa. El punto relevante es que *los trabajadores deben estar convencidos de que hacen algo importante para la organización y /o la sociedad.*

Para los autores dichas actividades tiene efecto en tres estados psicológicos críticos *el significado que se experimenta, la responsabilidad y el conocimiento de los resultados.* Los cuáles afectan los

resultados laborales y personales. Estos incluyen: a) la motivación laboral interna, b) el "crecimiento" de la satisfacción, c) la satisfacción general con el puesto y d) la efectividad laboral. La variedad de capacidades, la identificación con la tarea y la significación de la actividad influyen todas en la medida en que una persona que ocupa un puesto encuentra que ese trabajo tiene sentido. Cuando usan diferentes capacidades, realizan tareas enteras y consideran que su actividad tiene repercusiones en la vida de otros, es más probable que encuentren un sentido a su quehacer. La *autonomía* del puesto influye en el grado en el cuál la persona siente que es responsable de los resultados.

Según K rouac S. y Col. (1996). La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no pudo realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con la salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de su autocuidado. Los autores que han apoyado principalmente a esta escuela son Erikson y Maslow. Sus principales representantes son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.

Dichos autores en su libro "El pensamiento enfermero" desarrollan un modelo que denominan (*diseño*) del cuidado, en el que conciben como el acto que va más allá de la atención, que une el "*que*" de la actividad, con el "*como*" de la interacción persona- enfermera, éste diseño permite crear un cuidado que ocurre en diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico y la intuición.; el cuál es innovador ya que reúne la ciencia y el arte enfermero y se centra en la persona; la cual vive experiencias de salud en continua interacción con su entorno.

Las Investigaciones de Benner (1984); Benner Y Wruebel (1989) fueron realizadas para descubrir los conocimientos que sostienen la práctica, indican que las enfermeras están comprometidas en *el cuidado*

que apoya y transforma, y se presentan a personas para ofrecerles su atención y consuelo, esperanza y alternativa, según la situación. *Las enfermeras favorecen la curación, crean un clima de ayuda, enseñan y apoyan; supervisan las situaciones de salud, a menudo muy críticas, y hacen frente a experiencias que cambian rápidamente.*

Por otro lado para Simms , Price y Erin (1986) la enfermería es una profesión actuante y una *disciplina profesional práctica*. El profesionalismo implica autonomía en sus funciones y actividades; y refieren a Donabedian quién expresa que “existe un contrato social entre la sociedad y las profesiones. Bajo sus términos, la sociedad otorga autoridad a las profesiones sobre las funciones que le resultan vitales y les permite una considerable autonomía al llevar a cabo sus propias tareas”

Además consideran que las disciplinas prácticas como enfermería, medicina y odontología, están definidas por la aplicación del conocimiento en relación con la salud de los pacientes. Y que aún cuando el cuidado directo *es el principal impulso de la enfermería*, se deben considerar otros componentes de la práctica profesional que incluyen *investigación, educación y administración*. Por tanto los cuatro componentes son: 1) *la clínica* considerada como la aplicación de conocimientos 2) *la investigación* ó ampliación del conocimiento, 3) *la educación* es la transmisión del conocimiento y 4) *la administración* que es el empleo del conocimiento, y lo ilustran en la figura No. 1.

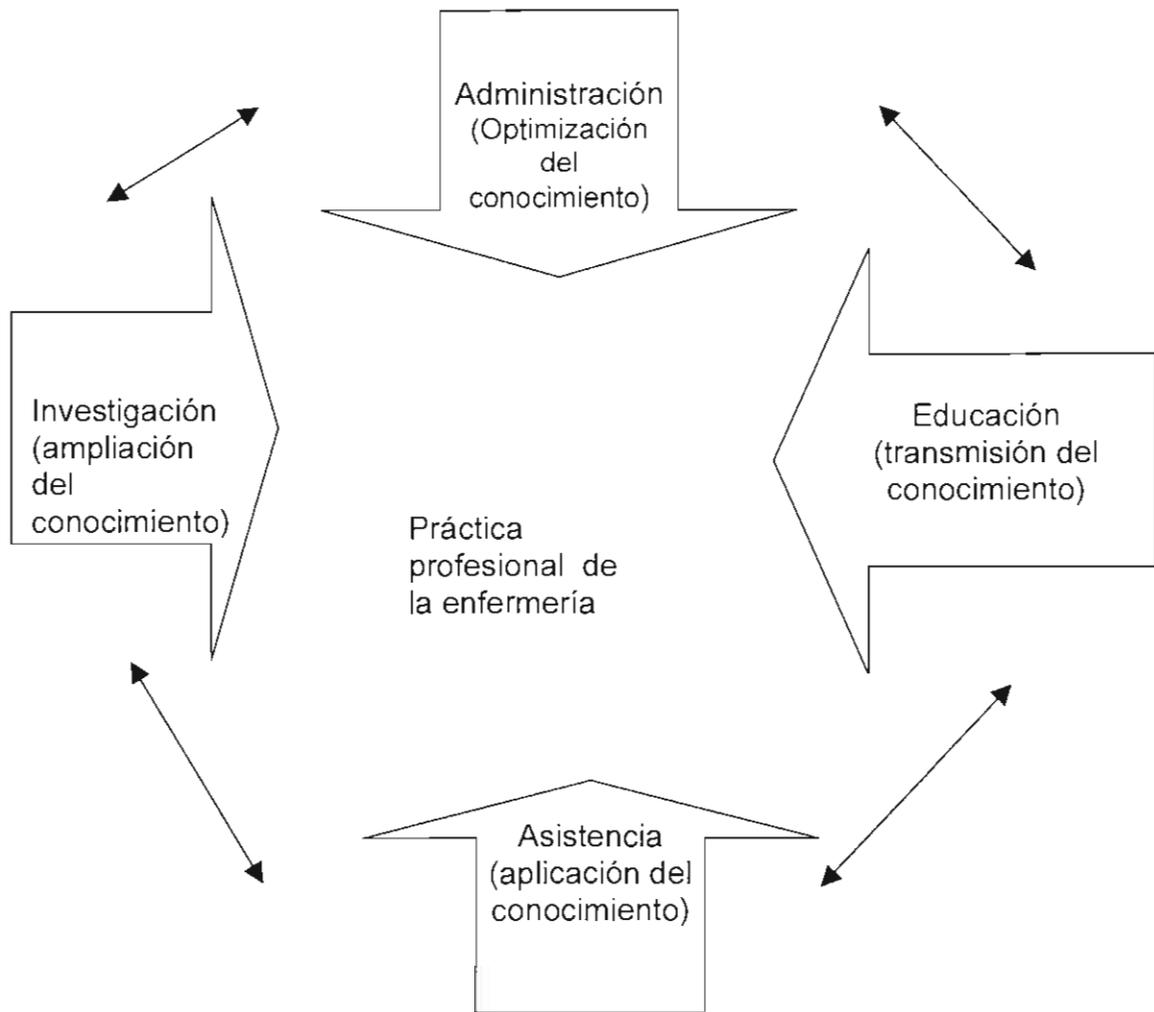


Figura 1
Funciones de la Enfermera Profesional

Estos componentes necesitan estar articulados y coordinados hacia la obtención plena de la disciplina profesional. El componente educación influye en la formulación de políticas mediante la *administración*, que a su vez nutre la *asistencia clínica* basada en la investigación. *Las enfermeras son responsables de la asistencia, la investigación y la educación en enfermería*, ya que dichos componentes se relacionan con la enfermería profesional dentro de una institución.

Funciones de la Enfermera Profesional:

El apoyo administrativo proporciona el medio ambiente y la estructura donde puede existir la práctica de la enfermería. La mayoría de las enfermeras trabajan para instituciones dedicadas al cuidado de la salud, y su práctica clínica debe estar en interrelación con la filosofía y las políticas administrativas. El grado de control que tienen las enfermeras sobre su propia práctica involucra muchos factores de relación patrón- empleado.

El centro de interés de la disciplina enfermera y los principios inherentes al cuidado hacen interactuar a la enfermera con un gran número de profesionales y no profesionales de su misma disciplina y de otras disciplinas, así como con miembros de la sociedad.

De igual manera para Balderas la *función asistencial* directa al paciente es responsabilidad de la enfermera profesional la cuál es un elemento decisivo en el logro de los objetivos del departamento de enfermería, y determina que las funciones generales son:

- Proporcionar cuidado de enfermería conforme a un diagnóstico fundamentado en la problemática de salud de los pacientes.
- Dar orientación y educación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico específico.
- Colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamiento.
- Efectuar acciones de protección específicas a grupos susceptibles.
- Interesar al paciente y familiares para que desarrollen un grado aceptable de autodirección en el cuidado de su salud.
- Diseñar e instrumentar el modelo teórico en el cuidado de enfermería.
- Mantener la higiene y comodidad del paciente hospitalizado

- Colaborar en sesiones de información y discusión sobre el tratamiento y necesidades del paciente hospitalizado.
- Participar en la instalación, ejecución y evaluación de las medidas de vigilancia y control epidemiológico intrahospitalaria.
- Integrar las acciones del equipo de salud.
- Contribuir con trabajo social en las visitas domiciliarias.
- Observar y reportar signos de alarma presentados por los pacientes
- Supervisar la atención que proporciona el personal técnico, auxiliar o en adiestramiento.
- Manejar y elaborar diversas formas así como registros estadísticos.
- Colaborar con la visita médica.
- Participar en reuniones multidisciplinarias para estudios de caso.
- Solicitar el material y equipo necesarios para la atención de los pacientes.
- Manejar y controlar el material y equipo a su cargo.
- Detectar e informar de las fallas encontradas en la capacidad instalada de los servicios.
- Evaluar el cuidado prestado al paciente.
- Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo del personal.
- Participar en la enseñanza clínica de estudiantes de enfermería.

En el listado mencionado se pueden distinguir claramente las funciones administrativas, docentes y de asistencia que realiza la enfermera en beneficio de sus clientes.

Los estudios encontrados que apoyan la variable de actividades significativas son:

- "Actividades que realiza el personal de enfermería en la República Mexicana" realizado por la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C. (1976) donde participaron 6 Escuelas (León Guanajuato, San Luis Potosí, Durango, Autónoma de México, Oaxaca y Nuevo León)

Se seleccionaron 109 establecimientos de salud de acuerdo a la región económica, del tipo de dependencia, tamaño y nivel de preparación del personal de enfermería determinando un total de 30 personas a estudiar por institución por cada nivel de preparación. Se encuestaron 2799 de los cuáles el 52.6% fueron profesionales; además al 10 % se les realizó observación directa durante dos turnos para corroborar las respuestas emitidas en el cuestionario. La clasificación utilizada para las actividades de enfermería fue de funciones técnica, administrativa, docente, de Investigación y otras actividades tanto de enfermería como las que no le pertenecían. Las actividades que realizaba la enfermera en ése tiempo fueron en su mayoría (52.1%) técnicas, en administrar medicamentos el 15.3%, en manejo de equipo el 11% en higiene y movilización en un 5.8% encontrándose además que la cuarta parte de las actividades administrativas que realiza no corresponden a su nivel de preparación. Un alto porcentaje de actividades no corresponden a su nivel académico.

- "Influencia de las características del trabajo y la satisfacción de las enfermeras pediatras". Publicado por Badawy YA; Essawy MA. (1992) del departamento de la comunidad médica, facultad de medicina de la Universidad e Alexandria, Egipto.

El propósito de este estudio fue determinar la influencia de las características del trabajo en la satisfacción de las enfermeras pediatras en su puesto. Se aplicó a 89 enfermeras de las unidades de maternidad y pediatría del hospital de Jeddah, Arabia Saudita. Se realizó una encuesta en tres partes; la primera midió la satisfacción en el trabajo. (Smith 1969). La segunda valoró las características del trabajo JCI inventarios de características del trabajo: variedad, autonomía, tareas significativas, retroalimentación; trato con otros, y oportunidad de hacer amigos. La tercera parte comprendió 5 preguntas demográficas. El Estudio reveló un porcentaje relativamente bajo de satisfacción en las enfermeras pediátricas (58.52%) en relación con las 5 subescalas de satisfacción en el trabajo; relacionado con su naturaleza, (enfermería pediátrica) mostró un alto porcentaje. El estudio ilustra una correlación positiva entre satisfacción y las siguientes características del trabajo: tareas significativas, variedad y retroalimentación

- “Valoración del método de asignación de tareas por equipo en la atención al paciente de medicina interna” realizado por Morales Ibarra (1992) en el Hospital Universitario “Dr. José E. González”.
El propósito de este estudio fue determinar la influencia del método de trabajo en el cuidado de enfermería que se proporciona a los pacientes.
El estudio se realizó a 31 enfermeras y 27 pacientes hospitalizados. Se utilizaron 3 instrumentos: uno se aplicó a las enfermeras, otro a pacientes y se utilizó además una guía de observación para el personal de enfermería. Los resultados relevantes fueron que el 77% de las enfermeras realizan actividades por iniciativa propia. El 89 % enfoca su atención hacia los aspectos biológicos, un 7% hacia los psicológicos y un

4% a lo social. Sólo el 41% de los pacientes opinó que la atención a sus necesidades fue oportuna. Se encontró además que el personal de enfermería mostró un alto grado de pertenencia al equipo y no se demostró asociación entre el método de trabajo y la atención proporcionada al paciente.

- “Motivación en enfermería y su relación con las características del sistema de cuidado: una prueba del modelo de las características del trabajo”. Publicado por Edgar L. Señor mortiner B. Davis-Jewish (1999) de la clínica general en Montreal Quebec.

El propósito de éste trabajo fue el describir la relación entre motivación, satisfacción y características del trabajo del sistema de cuidados que usa el modelo de motivación de las características del trabajo de Hackman & Oldman 1980. Y se aplicó a enfermeras de 4 clínicas de Montreal que trabajan en las áreas de medicina y cirugía. Los resultados más importantes son que encontraron relación entre el modelo de las características del trabajo y el sistema de trabajo de enfermería apoyado por autonomía, comunicación, adecuación del tiempo para el cuidado de los pacientes y el grado de incertidumbre en el ambiente contribuyeron en la satisfacción y en la motivación.

3.3 AUTONOMIA Y ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS: CARACTERISTICAS DE LA ENFERMERA PROFESIONAL

Las profesiones han sido definidas y medidas en términos de características estructurales y de actitud: Rodríguez y Guillen (1992)

- a) En las *estructurales* se destacan una ocupación a tiempo completo, la creación de asociaciones profesionales, la elaboración de códigos de ética, y la conquista de la autonomía para asegurarse el derecho exclusivo a la *práctica profesional* y a la evaluación de su trabajo;
- b) Las *actitudes características* son: Pertenecer a una organización profesional, *la creencia en el servicio a la comunidad*, la autorregulación, la vocación y la *autonomía* como sentimientos de que el profesional debiera tomar sus propias decisiones sin presiones externas.

Ser enfermera para Domínguez (1999). es una construcción social. Ya que en cada contexto y territorio, surge de su historia, del lugar que ocupa en el sistema sanitario, de las interrelaciones sociales que intervienen en su desarrollo, del poder de los grupos con los que entra en contacto y de la mediación del Estado; aspectos que son relevantes para el proyecto profesional. Las enfermeras tienen que satisfacer al público, persuadirlo de su valor y aportación, defender su legitimidad, clarificar su ideología, influenciar en la dirección del cambio que pretenden conseguir en el ámbito local, *autónomo* y estatal.

El lugar donde actúa el profesional de Enfermería se sitúa dentro de las organizaciones sanitarias las cuáles deben conseguir un desarrollo sostenible. Entre sus retos actuales el factor económico cuenta como elemento limitante de gran importancia; en tanto que los valores de eficiencia, productividad y racionalidad son imperantes frente y a costa de otros valores relacionados con lo personal, emocional y relacional.

La enfermera se enfrenta en las organizaciones a una “subordinación dual”: a la burocracia de las organizaciones y a la autoridad

de dirigentes de varios departamentos. Se encuentran en una situación en la que se espera sean cuidadores individuales, ejerzan como profesionales, pero además son miembros de Organizaciones. Dichas organizaciones tienen una dinámica en sí, que exige a sus trabajadores el cumplimiento de determinadas actividades bajo ciertas normas y formas cotidianas a las que la enfermera se habitúa aún cuando no esté de acuerdo con ellas. Su conducta y acciones se inspiran en los valores, personales y profesionales, que a menudo entran en conflicto con los del entorno, con otros profesionales y con la organización.

Para Vidal (1998) las organizaciones pueden propiciar que la forma de actuar de enfermería que prevalezca tenga una tendencia biomédica; ya que centran la actividad de enfermería en la ayuda al médico para el diagnóstico de patologías, en el tratamiento, en tareas administrativas, con una mínima educación sanitaria y apoyo emocional reducido; situaciones que desde el punto de vista de la autora favorecen la involución en la profesionalización, debido a que no se cuenta con un marco de referencia propio que favorezca el desarrollo profesional.

Las responsabilidades son una parte importante para las profesiones, Gordon (1989) las relaciona con enfermería y considera que ésta existe para brindar servicio al público; el cliente tiene el derecho de recibir la mejor calidad posible de cuidado, fundamentado en una base sólida de conocimientos y proporcionada por personas que puedan emplear dicha base de conocimientos aplicando juicios y razonamientos acertados y un sistema de valores claros y convenientes.

Otro de los deberes que menciona es ante su profesión al cumplir con sus propias políticas y *controlar sus actividades*. La enfermera debe comprender la necesidad de estar consiente no sólo de sus actos, sino también de los de sus colegas.

Además, debe entender que el trabajo es sólo una parte de la vida misma e incluye entre otros negarse a trabajar en situaciones inseguras; la razón puede ser su propia falta de conocimientos o experiencia en el área, personal insuficiente o algún otro problema de inseguridad que ponga en riesgo la calidad del cuidado.

Finalmente existe también un deber ante la institución donde se trabaja, que aún cuando no es prioritaria, se refiere a cumplir las obligaciones para la que fue empleada y por lo cuál firma un contrato a cambio de una remuneración económica; de la calidad del trabajo que desempeña como enfermera; de la naturaleza del trabajo de sus compañeros y si descubre anomalías deberá reportarlas; es también responsable de las personas sobre las cuáles tiene autoridad en el ambiente de trabajo y deberá estar informada de lo que hacen y cómo lo hacen.

Vidal (1998) establece una relación entre organización social, modelo sanitario y papel de la enfermera; donde considera que los modelos de enfermería son congruentes con los valores sociales que prevalecen de los modelos sanitarios y de éstos últimos se deriva y deduce que el cuidado de enfermería será distinto según los *ideales sociales que prevalezcan*.

En los centros con orientación hacia la asistencia biomédica las actividades de promoción y prevención son secundarias, el interés por la calidad es escaso; priva la productividad y el ahorro. En este modelo social, los cuidados son poco valorados porque son costosos y esto es fácilmente constatable por la reducción progresiva de plantillas, contratos de sustitución y por la resistencia de los poderes públicos a elevar el nivel académico de las enfermeras.

El trabajo de enfermería se considera como una "ayuda" para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y no como aportación específica para ayudar a vivir mejor a los ciudadanos. Se minimiza la

importancia de la educación sanitaria y para la adopción de formas de vida saludable, que se consideran modalidades asistenciales superfluas al parecer, por estos motivos, es continua la insistencia para que los *cuidados se realicen por prescripción médica*.

Un modelo sanitario planificado, orientado a *las necesidades de la población* se estructura en áreas de salud, la gestión es única y los hospitales, al igual que los centros de atención primaria, no compiten entre sí, sino que cooperan y se coordinan para atender dichas necesidades.

La organización de cada centro tiene como eje las *necesidades de los usuarios* y su funcionamiento se evalúa en el nivel de calidad que obtiene y su aproximación a la equidad. En un sistema sanitario de estas características, los cuidados son una prestación principal, puesto que están directamente relacionadas con la calidad de vida de los usuarios.

Las enfermeras como proveedoras de cuidados deben asumir una función estratégica y estar integradas en la organización, de tal forma que su participación asegure la satisfacción de las necesidades del usuario, obteniendo un modelo de cuidados coherente con sus postulados.

La enfermera se posiciona frente a los diferentes tipos de valores que predominan *influyendo en la creación de valores profesionales* que conforman el patrón cultural específico de las instituciones. En los centros en los que predomina la rigidez, estabilidad y poca innovación su cultura pone el acento en la función y en los resultados más que en la calidad y en las personas, en ellos predomina la distancia jerárquica, el individualismo, el corporativismo, la aversión al riesgo, la masculinidad y el paternalismo.

El individualismo en enfermería se visualiza sobre todo en la resistencia al control sobre el trabajo propio y las reticencias a mantener

protocolos de procedimientos y cuidados que, al poco tiempo de ponerse en marcha expiran por falta de motivación.

El corporativismo es un valor que se manifiesta en los comportamientos de afiliación sindical, que reivindican la negociación de condiciones laborales para su grupo de representados al margen de las que se pactan para todos los trabajadores en los convenios colectivos. También desde instancias académicas se insta a las enfermeras a que adopten actitudes corporativas para aumentar su poder.

Otro valor identificable es la aversión al riesgo. La recuperación de los derechos individuales y colectivos de los usuarios supone un mayor grado de exigencia, al que el grupo de profesionales responden con conductas defensivas.

La masculinidad; se refleja en enfermería en la mayoría de puestos que están relacionados con el cuidado de enfermos están ocupados por mujeres, mientras que los que suponen el manejo de aparatos o la realización de técnicas paramédicas, socialmente mejor vistas, son desempeñadas por varones.

Vidal afirma que de esta manera se perpetúan situaciones de inferioridad con respecto a los enfermeros y médicos, a quienes se ceden los puestos de mayor nivel en la organización, otorgándoles en el trabajo el mismo papel que en la familia: el de jefe y el de experto, es otra de las razones por las cuales los cuidados han sido históricamente poco valorados, porque han recibido la misma consideración que las tareas en casa: fáciles de realizar si se tiene vocación, espíritu de sacrificio y práctica suficiente.

Otro punto importante para tomar en cuenta es el paternalismo, que se refiere a dejar que el médico tome las decisiones que afectan el interés de los usuarios. Actualmente y debido a los cuestionamientos éticos, la enfermera debe tomar en cuenta para administrar sus cuidados que algunos de los receptores de los mismos han abandonado su pasividad

tradicional y exigen conocer y participar en todos y cada uno de los procedimientos que les afectan.

Por lo tanto en el trabajo enfermero se puede observar dos respuestas. Una ligada a los valores sociales y profesionales dominantes y que se expresan en la organización del *trabajo por tareas*, y otra ligada a los valores posmateriales y a *la autonomía profesional* que se expresa en la organización del trabajo conforme a un modelo de enfermería holístico-ecológico y un mayor desarrollo profesional.

Según la autora, un modelo es la expresión de cómo una comunidad define y valora los cuidados profesionales y, por tanto, ha de considerarse como parte de la organización del sistema sanitario, del mismo modo que lo son los modelos que perfilan la actuación de otras profesiones (médicos, farmacéuticos trabajadores sociales etc.). Por ello, cualquier modelo de enfermería tiene que explicar y poner en relación todos los elementos que intervienen en la prestación de cuidados: los conceptos de persona y salud, la responsabilidad y aportación de enfermería al cuidado de la misma y la influencia del entorno en las posibilidades de desarrollo del propio modelo. Como lo muestra la figura No. 2

Las estrategias que propone la autora son:

- Adoptar actitudes coherentes con los valores dominantes para conseguir poder e influir en la oferta y la demanda puede tener consecuencias negativas: involución profesional y desgaste, ya que se puede perder autonomía y volver al rol de ayudantes que apenas se está perdiendo.
- Para reforzar la *autonomía* en la gestión de cuidados es imprescindible contar, en primer lugar con una estructura organizativa que lo permita y, después, con sistemas de información viables que posibiliten obtener indicadores de calidad,

rendimiento, costos y salud laboral par tomar decisiones fundadas en el conocimiento de la realidad.

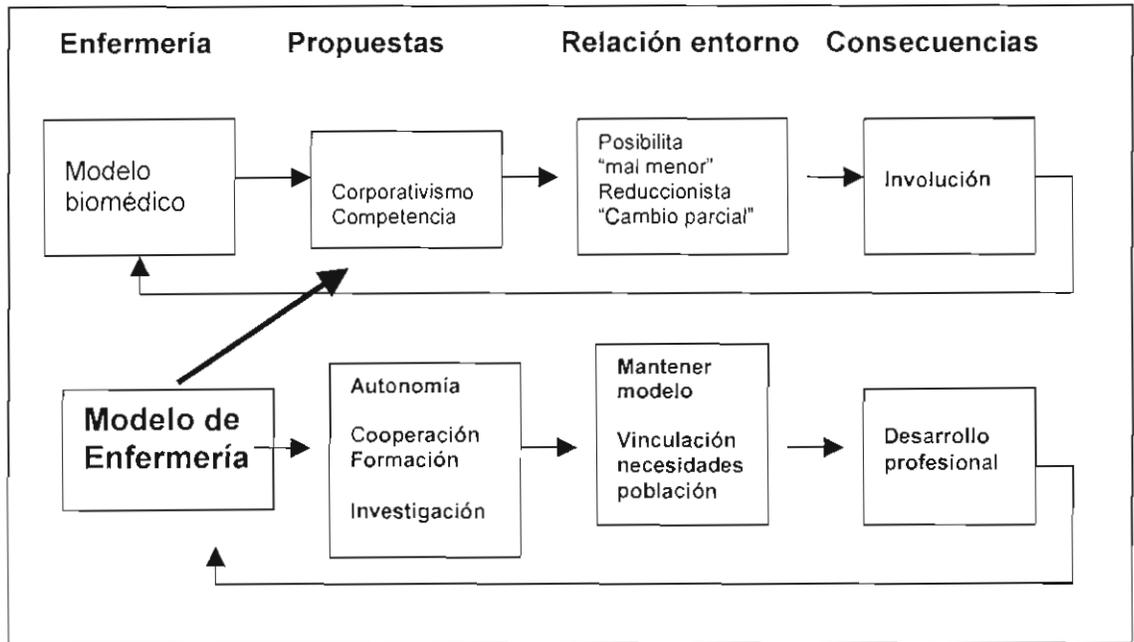


Figura No. 2 Modelos del cuidado de enfermería

- También es necesario mejorar los circuitos de comunicación para propiciar la cooperación entre todas las unidades funcionales.
- Aumentar la autoestima en las enfermeras desde la formación, mantener y mejorar su competencia profesional de forma continua es una estrategia que las jefaturas de enfermería pueden potenciar para propiciar la adopción de modelos de cuidados que orienten la práctica clínica y la investigación.
- Es esencial que los puestos de responsabilidad sean ocupados por profesionales capaces, tanto por sus conocimientos y habilidades como por su actitud a fin de contar con líderes que sirvan de referente sobre lo que es una correcta actuación profesional.

- Para que el modelo holístico-ecológico propuesto sea compatible con los valores sociales predominantes se requiere que, profesionales y ciudadanos, unan esfuerzos para explicarlo y luchar para conseguir que sea progresiva la emergencia de los valores en los que se sustente la justicia, libertad, igualdad y solidaridad. Sólo estos valores pueden generar comportamientos políticos y prácticas sociales que permitan a la población disfrutar de un bien esencial: *los cuidados profesionales que dan las enfermeras*.

Con estos conceptos se pretende dar el apoyo teórico necesario para que la investigación tenga una base sólida en la cuál se sustenten sus resultados y conclusiones.

3.4 HIPOTESIS

Para el presente estudio se planteó la siguiente hipótesis:

El nivel de autonomía profesional se relaciona con las actividades significativas percibidas por las enfermeras profesionales en las instituciones hospitalarias seleccionadas.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio es descriptivo, de corte transversal y debido al alcance de sus objetivos es de tipo correlacional, se utilizaron métodos cuantitativos e instrumentos de medida preelaborados que permitieron buscar relación entre los factores.

LUGAR Y TIEMPO:

Se realizó en 4 Instituciones hospitalarias de la ciudad de San Luis Potosí: un Hospital Gubernamental; dos de Seguridad Social y uno Privado; durante el periodo de enero a junio del 2001

NIVEL DE ESTUDIO:

El estudio corresponde al Nivel II, debido a que se describió la autonomía y las actividades significativas, a través de la percepción de las actividades que realizan las profesionales de enfermería en las instituciones hospitalarias seleccionadas y establece correlación entre la autonomía y las actividades significativas a través de un método cuantitativo de recolección de datos y análisis de las variables.

Se estableció una hipótesis de trabajo para el análisis comparativo de la variable autonomía contrastado con la variable de actividades significativas.

UNIVERSO:

Se consideró como universo de estudio a todas las licenciadas de enfermería de las 4 Instituciones seleccionadas y ubicadas en los servicios de terapia intensiva, medicina interna, cirugía, urgencias y ginecoobstetricia que estuviesen en atención directa; cabe señalar que no se contó con un

registro confiable de las licenciadas que laboran en las Instituciones seleccionadas.

PLAN DE MUESTREO:

Por lo antes descrito se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, la muestra estuvo conformada por 90 licenciadas que fueron el total de enfermeras profesionales encontradas en los servicios seleccionados por Institución que cumplieron con los criterios determinados.

Criterios de Inclusión:

- Licenciadas (os) en enfermería tituladas (os).
- Ubicados en la Institución donde laboran con un tiempo mínimo de un año.
- Que brinden cuidado directo a adultos hospitalizados.
- En las áreas de medicina, urgencias, terapia intensiva, ginecoobstetricia y cirugía.
- Turnos: matutino, vespertino, nocturno y jornadas acumuladas.

Criterios de Exclusión:

- Personal de enfermería no profesional
- Menos de un año de antigüedad en la institución
- Que no estén en áreas de cuidado directo (personal administrativo)

Criterios de Eliminación:

- Cuestionarios no contestados en forma completa y/o correcta.

METODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

El instrumento utilizado en el estudio estuvo conformado por los 30 ítems que valoran autonomía profesional de Schutzenhofer y las 20

actividades significativas de Características del trabajo del Staff de Enfermería (SNJCI) elaborando además 2 ítems de éstos últimos por lo cuál constó con un total de 52 preguntas; con una escala continua bipolar con puntuación de 1 a 9. Ver Anexo No. 1. Se elaboró además un instructivo de llenado para el instrumento.(Anexo No. 2)

Para aplicar el instrumento fue necesaria la participación de dos expertos en enfermería con conocimientos en el idioma inglés quienes valoraron la traducción efectuada, se hicieron las correcciones en función de sus sugerencias y las de la directora de tesis para contextualizar las preguntas.

Para validar el contenido de los ítems por indicador se pidió la colaboración de 5 expertos en enfermería: 3 con maestría y 2 con experiencia operativa y docente. Se validaron 6 indicadores: 3 para autonomía profesional (percepción, intervenciones de colaboración e intervenciones independientes) y 3 para actividades significativas (Asistencia, docencia y administración).

Una vez validados los indicadores se pidió la colaboración de 5 expertos más: 1 operativa, (supervisora); 2 docentes y operativas (supervisora y jefe de enseñanza) y 2 docentes. Quienes hicieron aportaciones importantes sobre redacción de preguntas, contextualización y escalas inversas no corregidas.

Se corrigió la introducción al instrumento, se agregó un ejemplo de cómo contestarlo; las preguntas se modificaron en su redacción o se cambió la intención de las preguntas y sólo en dos se corrigió la escala.

Las preguntas y sus valores quedaron distribuidas de la forma siguiente:

INDICADOR	PREGUNTAS	VALOR POR INDICADOR	VALOR POR NIVEL
❖ AUTONOMIA:			
PERCEPCION (6)	2,10,19,27,37 Y 50.	6-54	* 6-22 ** 23-38 *** 39-54
COLABORACION (11)	4,7,9,14,21,29,39, 43,46,48 Y 49.	11- 99	* 11-40 ** 41-69 *** 70-99
INDEPENDIENTE (13)	1,5,12,16,22,24, 31, 33, 35,41, 44, 45 Y 48.	13-117	* 13-48 ** 49-83 *** 84-117
TOTALES	30	30-270	* 30-110 ** 111-190 *** 191-270
❖ ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS:		VALORES POR INDICADOR	VALORES POR NIVEL
ASISTENCIA(9)	3,8,13,18,23,28, 32, 34, 36,	9-81	* 9-33 ** 34-57 *** 58-81
DOCENCIA(6)	11,17,20,26,40 Y 42,	6-54	* 6-22 ** 23-38 *** 39-54
ADMNISTRACIÓN (7)	6,15,25,30,38, 51 Y 52.	7-63	* 7-26 ** 27-44 *** 45-63
TOTALES	22	22-198	* 22-80 ** 81-140 *** 141- 198

* BAJO ** MEDIO *** ALTO

PRUEBA PILOTO:

Finalmente el instrumento se probó en 12 licenciadas en un Hospital de Seguridad Social en los servicios de medicina y cirugía en los turnos matutino, vespertino y nocturno. Aplicándolo a 8 enfermeras durante el turno y en presencia del investigador en un tiempo promedio de 15 minutos y a 4 se les permitió que lo contestaran fuera de la Institución debido a las cargas de trabajo. Se hizo el vaciamiento de datos en SPSS y se realizaron pruebas de estadística descriptiva y de correlación.

RECOLECCION FINAL:

Para realizar la recolección final se requirió del consentimiento de las instituciones y de las personas que participaron en el estudio, a través de hoja de consentimiento informado la cuál se anexó en la introducción al instrumento. Se decidió ser flexibles en la forma de obtener los datos, por lo que el 56% (50) lo contestaron durante su jornada laboral y el 44% (40) fuera de la Institución; en ausencia del investigador para disminuir los sesgos. Se habló de manera individual con todos los participantes y se les dio a conocer la forma de llenarlo y la importancia de su participación honesta. La respuesta fue favorable ya que sólo 2 cuestionarios no se recuperaron.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Una vez recolectada la información se procedió a codificar las respuestas manualmente para procesarlos a través de computadora en el programa SPSS, EXCEL y Word; para obtener los datos estadísticos descriptivos de frecuencias y porcentajes así como cuadros y gráficos de las variables en estudio.

PRUEBAS ESTADISTICAS UTILIZADAS

Para realizar la prueba de hipótesis del estudio, se utilizó estadística inferencial a través de la prueba de Pearson (r), y la χ^2 para grupos independientes, con un nivel de significancia de 0.5.

V. RESULTADOS

Los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos e hipótesis de la siguiente manera: en primer lugar los datos generales de la población estudiada, en segundo lugar la descripción de las actividades significativas, posteriormente el nivel de autonomía que las enfermeras perciben, así como la relación de la autonomía profesional con las actividades significativas, finalizando con la descripción de las actividades significativas que comúnmente realizan.

Los datos generales obtenidos corresponden a un total de 90 licenciadas en enfermería de las cuáles el 98% (88) son egresadas de la Facultad de Enfermería de la U.A.S.L.P. y el 2% (2) de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. El 93% (84) están contratadas como enfermeras generales y el 7% (6) como auxiliares de enfermería. En los cuadros No. 1 y 2 se ilustran las características demográficas y laborales exploradas para caracterizar la población del estudio.

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LAS LICENCIADAS EN
ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Características	Frecuencia	Porcentaje
INSTITUCIONES DONDE LABORAN:		
▪ Hospital Gubernamental	37	41
▪ Hospitales de seguridad social	39	43
▪ Hospital privado	14	16
TURNOS:		
▪ Matutino	24	27
▪ Vespertino	13	14
▪ Nocturno	29	32
▪ Variable	19	21
▪ Jornada Acumulada	5	6
SERVICIOS:		
▪ Urgencias	10	11
▪ Medicina Interna	8	9
▪ Cirugía	19	21
▪ Terapia Intensiva	22	24
▪ Ginecoobstetricia	6	7
▪ Diversos servicios	25	28

FUENTE: Directa (del cuestionario autoadministrado sobre Autonomía y Actividades significativas C.A.A.S.)

El 43%(39) trabajan en Instituciones de Seguridad Social; el 29% (32) laboran en turno nocturno y el 28% (25) rolan por diversos servicios.

CUADRO 2
**EXPERIENCIA LABORAL DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LAS
 INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES**

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Experiencia Laboral	Frecuencia	Porcentaje
AÑOS DE EXPERIENCIA		
▪ De 1 a 5	35	39
▪ 6 a 10	36	40
▪ 11 a 15	15	17
▪ Mas de 16 años	4	4
EXPERIENCIA COMO LICENCIADAS		
▪ Menor de un año	2	2
▪ De 1 a 5	21	23
▪ 6 a 10	41	46
▪ 11 a 15	22	25
▪ Mas de 16 años	4	4
EXPERIENCIA EN EL SERVICIO:		
▪ Menor de un año	14	16
▪ De 1 a 5	58	65
▪ 6 a 10	12	13
▪ 11 a 15	3	3
▪ Mas de 16 años	3	3

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

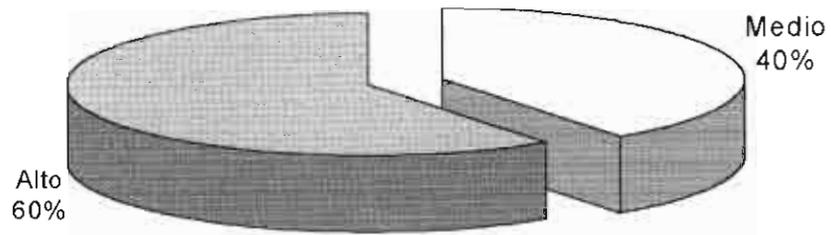
La antigüedad que predomina, tanto en la Institución como la profesional es de 6 a 10 años en un 40 % (36) y el 46% (41) respectivamente; el 65% (58) cuenta con una antigüedad en el servicio de 1 a 5 años.

GRAFICO 1
NIVELES DE AUTONOMIA PERCIBIDOS POR LAS LICENCIADAS EN
ENFERMERÍA DE INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90



FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

La mayoría se evaluó con nivel alto de autonomía; llama la atención el hecho de que nadie se calificó con nivel bajo.

Sin embargo, la opinión sobre los niveles de autonomía por servicio fue como se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 3
NIVELES DE AUTONOMIA PERCIBIDOS POR LAS LICENCIADAS EN
ENFERMERÍA POR SERVICIOS ESTUDIADOS DE LAS INSTITUCIONES DE
SALUD LOCALES

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Servicios	Medio		Alto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Medicina interna	3	37.5	5	62.5
Cirugia	7	37.0	12	63.0
Urgencias	5	50	5	50
Terapia Intensiva	8	36.5	14	63.5
Ginecoobstetricia	0	0	6	100
Variable*	13	52	12	48

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

El total de enfermeras de ginecoobstetricia y la mayoría de medicina interna y terapia intensiva, piensan que tienen niveles altos de autonomía, sin embargo, las de urgencias consideraron tener en un mismo porcentaje niveles altos y medios; en tanto que las ubicadas en servicios variables se calificaron con un porcentaje mayor en nivel medio.

Cabe mencionar que no se encontró una diferencia significativa entre el nivel de autonomía de acuerdo al servicio donde realizan sus actividades las enfermeras encuestadas a través de una $\chi^2= 6.14$; $P=0.29$ (NS)

* Personal que rola por diferentes servicios

En relación a los indicadores de autonomía se encontró:

CUADRO 4
NIVELES DE AUTONOMIA EN RELACION A INDICADORES
PREESTABLECIDOS DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LAS
INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES.

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Indicadores de Autonomía	Niveles							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actividades Independientes	1	1.0	52	58.0	37	41.0	90	100
Actividades de Colaboración	2	2.0	41	46.0	47	52.0	90	100
Percepción de Autonomia	0	0	11	12.0	79	88.0	90	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

La mayoría se percibe con un nivel alto de autonomía, en tanto, que las actividades de colaboración las consideran con niveles medio y alto; sin embargo, resalta su opinión sobre las actividades independientes donde el mayor porcentaje se ubicó en un *nivel medio*.

Hay incongruencia entre la percepción de autonomía y las actividades independientes, ya que dichas actividades son las que primordialmente determinan la autonomía en una profesión.

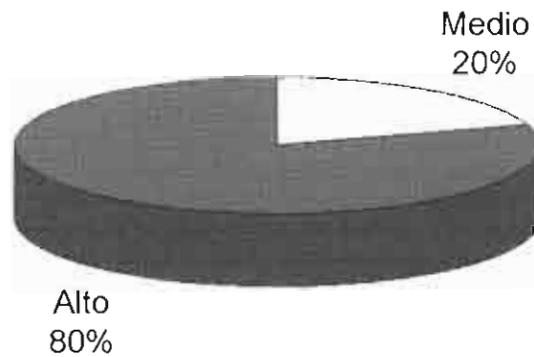
En relación a la variable de actividades significativas se encontraron los siguientes resultados:

GRAFICO 2
NIVELES DE ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS PERCIBIDAS POR LAS
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD
LOCALES

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90



FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

La mayoría consideró que realiza actividades significativas en un nivel alto.

CUADRO 5
**ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS PERCIBIDAS POR LAS LICENCIADAS EN
 ENFERMERÍA POR SERVICIO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD
 LOCALES**

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

Servicios	NIVELES		DE		ACTIVIDADES	
	Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Medicina interna	1	12.5	7	87.5	8	100
Cirugía	4	21.0	15	79.0	19	100
Urgencias	4	40	6	60	10	100
Terapia Intensiva	4	18.0	18	82.0	22	100
Ginecoobstetricia	0	0	6	100	6	100
Variable	5	20.0	20	80.0	25	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

En todos los servicios el mayor número consideró que desarrolla en un nivel alto las tareas significativas. Sobresale el servicio de ginecoobstetricia, donde el 100 por ciento opinó desarrollar un nivel alto de tareas significativas, no así en el servicio de urgencias, donde un alto porcentaje (40%), opinó desarrollar un nivel medio de tareas significativas.

Sin embargo, no se encontró diferencia significativa entre los diferentes servicios donde se realizó la encuesta ya que se encontró una $\chi^2 = 4.34$; $P = 0.50$ (NS).

CUADRO 6
**NIVELES DE ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS POR INDICADORES
 PERCIBIDAS POR LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE
 INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES**

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Indicadores de Actividades Significativas	Niveles							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Asistenciales	0	0	11	12.0	79	88.0	90	100
Administrativas	0	0	8	9.0	82	91.0	90	100
Docentes	4	4.0	34	38.0	52	58.0	90	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

La gran mayoría considera que realizan los tres tipos de actividades en un nivel alto, sin embargo, en las actividades docentes se encontró con un porcentaje menor que en el resto de las actividades.

Se espera que las profesionales en enfermería desarrollen en mayor porcentaje actividades docentes.

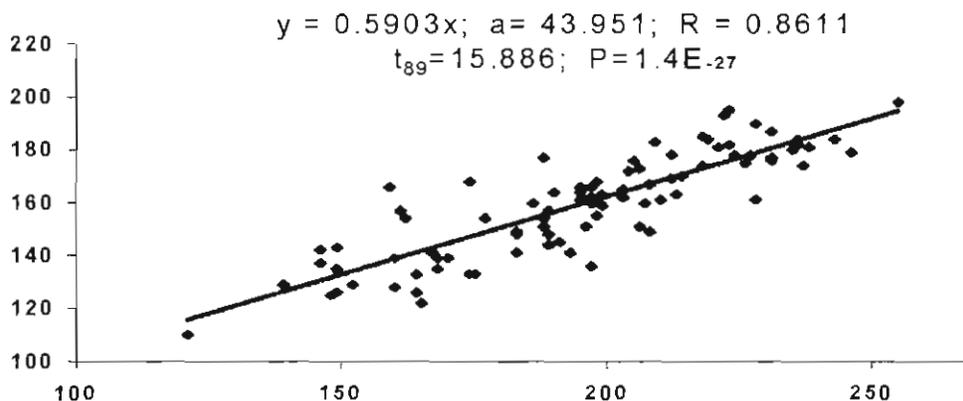
Para dar respuesta al objetivo de relación entre autonomía y actividades significativas, así como a la hipótesis de trabajo, se presentan los siguientes resultados:

GRAFICO 3
RELACION ENTRE AUTONOMÍA Y ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS QUE
PERCIBEN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES
DE SALUD LOCALES

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90



FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

Hay coincidencia en los niveles altos y medios con una R de Pearson de .861; encontrándose una $\chi^2 = 27.78$ a 2 colas, con un nivel de significancia de 1.353×10^{-27} . Por lo que se deduce que a mayor autonomía, las enfermeras profesionales consideran que realizan mayor cantidad de actividades significativas.

CUADRO 7
**RELACION ENTRE AUTONOMÍA E INDICADORES DE ACTIVIDADES
SIGNIFICATIVAS QUE PERCIBEN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE
LAS INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES**

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

Relación de autonomía con Actividades:	χ^2	Nivel de significancia P=
Asistenciales	13.533	.000234
Administrativas	8.255	.004065
Docentes	31.096	1.768 ⁻⁰⁷

n=90

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

Todas las actividades significativas tienen relación directa con el nivel de autonomía, lo que confirma la hipótesis de trabajo, de que a mayor autonomía las enfermeras profesionales realizan mayor cantidad de actividades significativas las cuáles apoyan a sus clientes.

Para desglosar aún más el tipo de actividades específicas que desarrollan las profesionales se describen los siguientes cuadros:

CUADRO 8

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES DE VALORACION Y PLANEACION QUE PERCIBEN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Distribución Por niveles	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
			a		a			
Opinan que la valoración de enfermería indaga problemas recurrentes de salud en los clientes.	4	4.0	24	27.0	62	69.0	90	100
Valoran necesidades de orientación y cuidado en casa.	9	10	38	42.0	43	48.0	90	100
Registran datos de valoración en expediente clínico.	7	8.0	19	21.0	64	71.0	90	100
Realizan valoraciones completas a cada cliente para el plan de cuidados.	15	16.0	25	28.0	50	56.0	90	100
Elaboran plan de cuidados por cliente.	13	14.0	34	38.0	43	48.0	90	100
Planean el cuidado utilizando el juicio profesional.	1	1.0	8	9.0	81	90	90	100
Planean cuidado para clientes en el hogar.	33	37.0	36	40	21	23.0	90	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

De las actividades aquí evaluadas sobresale la opinión en nivel alto sobre la importancia de la valoración así como su apreciación en el juicio profesional en la planeación y el registro de ésta en el expediente clínico. Sin embargo, es importante resaltar que sólo cerca del 50% consideraron realizar valoraciones completas y elaborar planes por cliente y sólo el 23.3% planean frecuentemente cuidados para sus clientes en el hogar.

CUADRO 9
**ACTIVIDADES INDEPENDIENTES DE EJECUCIÓN Y EVALUACION QUE
 PERCIBEN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES
 DE SALUD LOCALES**

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Distribución Por niveles	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Actividades de ejecución y Evaluación							
Responden dudas del cliente ante nuevos tratamientos.	3	3.0	12	13.5	75	83.5	90	100
Desarrollan herramientas de evaluación para su práctica clínica.	21	23.4	32	35.5	37	41.1	90	100
Adaptan herramientas de evaluación de otras disciplinas.	28	31.2	33	36.6	29	32.2	90	100
Incrementan la vigilancia a clientes que se agravan.	2	2.2	10	11.1	78	86.7	90	100
Implementan planes de cuidados basados en la literatura de enfermería.	12	13.3	28	31.2	50	55.5	90	100
Realizan seguimiento a clientes dados de alta.	76	84.5	10	11.1	4	4.4	90	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

Las actividades de Ejecución sobresalientes son la respuesta a dudas sobre nuevos tratamientos y el incremento de la vigilancia ante clientes que se agravan; en tanto que en menor porcentaje, realizan seguimiento de clientes dados de alta y las actividades correspondientes a la evaluación del cuidado.

CUADRO No. 10
**PERCEPCION DE AUTONOMIA DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA
 DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES**

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Percepción De Autonomía	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Consideran que sus intervenciones son profesionales.	1	1.0	8	9.0	81	90	90	100
Piensan que la mayor parte de actividades corresponden a una práctica profesional	1	1.0	8	9.0	81	90	90	100
Opinan que la enfermería es importante.	0	0	6	7	84	93.0	90	100
Consideran importante reportar a las autoridades incidentes sobre el cuidado a clientes.	1	1.0	7	8.0	82	91.0	90	100
Rechazan asignaciones temporales cuando no cuentan con conocimientos y experiencia necesarios.	45	50	25	28.0	20	22.0	90	100
Piensan que las enfermeras profesionales deben asumir la responsabilidad de sus acciones.	1	1.0	1	1.0	88	98.0	90	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

En su mayoría opinan que la enfermera debe tener un nivel alto de autonomía, sin embargo, en la toma de decisiones haciendo uso de esa autonomía solo el 22% rechaza asignaciones cuando no se siente preparado.

CUADRO 11
**ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN ENTRE PERSONAL DE ENFERMERIA
Y PERSONAL DE OTROS DEPARTAMENTOS, QUE PERCIBEN LAS
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD
LOCALES**

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Distribución Por niveles	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Colaboración con enfermeras y personal de otros departamentos:								
En coordinación con otros profesionales proponen cambios para mejorar la atención.	16	18.0	38	42.0	36	40.0	90	100
Solicitan opiniones de compañeras ante dudas del tratamiento médico.	1	1.1	11	12.2	78	86.7	90	100
Con base a la evaluación del cuidado ofrecen opciones a los administradores con respecto a nuevo diseño de unidades o compra de equipo.	46	51.0	29	32.0	15	17.0	90	100
Inician referencias a otros departamentos si el cliente lo solicita.	12	13.0	16	18.0	62	69.0	90	100
Consultan con otras enfermeras cuando el cliente no responde al plan de cuidados.	7	8.0	15	17.0	68	75.0	90	100
Implementan canales efectivos de comunicación entre enfermeras.	5	5.0	15	17.0	70	78.0	90	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

La coordinación con las compañeras enfermeras (os) la realizan en alto porcentaje y tienen poco contacto con el personal administrativo.

CUADRO No. 12
**PERCEPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN CON
 PERSONAL MEDICO DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LAS
 INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES**

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Distribución Por niveles	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Colaboración con el personal médico								
Hablan con el médico sobre problemas del cliente dado de alta.	11	12.0	30	33.0	49	55.0	90	100
Aclaran con el médico tratante problemas detectados en indicaciones de medicamentos.	2	2.0	8	9.0	80	89.0	90	100
Consultan con el medico la respuesta del cliente al tratamiento.	3	3.0	22	25.0	65	72.0	90	100
Consultan con los médicos tratantes la necesidad de interconsultas con otros especialistas.	21	23.0	39	44.0	30	33.0	90	100
Evalúan el nivel del conocimiento del cliente sobre los medios de diagnostico antes de que se le realicen.	14	15.0	42	47.0	34	38.0	90	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

La coordinación que realizan en mayor porcentaje con los médicos son las relacionadas al tratamiento; cabe resaltar, que realizan mayor coordinación con enfermería y médico que con el resto del personal.

CUADRO 13

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE PERCIBEN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Distribución Por Niveles	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actividades Administrativas								
Realizan más actividades de cuidado directo que administrativas.	0	0	11	12.0	79	88.0	90	100
Organizan adecuadamente su trabajo en función de los clientes.	0	0	13	14.0	77	86.0	90	100
Verifican que a los clientes se les tomen los estudios de diagnóstico solicitados.	1	1.0	12	13.0	77	86.0	90	100
Supervisan la atención que proporciona el personal técnico, auxiliar o en adiestramiento.	11	12.0	14	16.0	65	72.0	90	100
Aseguran que el cuidado a pacientes sea coordinado con otros departamentos.	8	9.0	36	40.0	46	51.0	90	100
Verifican y reportan oportunamente el mantenimiento del equipo que se utiliza en el cuidado.	6	7.0	17	21.0	35	72.0	90	100
Reúnen el material y equipo necesario para brindar el cuidado de enfermería.	0	0	4	4.0	86	96.0	90	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

La mayoría de las actividades administrativas las realizan en un alto porcentaje y dentro de estas lo que realizan en menor proporción es la coordinación con otros departamentos.

CUADRO 14
**ACTIVIDADES DE ASISTENCIA FÍSICA QUE PERCIBEN LAS LICENCIADAS
 EN ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES**

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

Distribución Por Niveles	n=90							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actividades de Asistencia física								
Administran medicamentos que ayudan a los pacientes a disminuir molestias.	1	1.0	4	4.0	85	95.0	90	100
Intervienen activamente como enfermeras ante una emergencia en el servicio.	0	0	3	3.0	87	97.0	90	100
Ayudan a sus clientes a manejar el dolor.	1	1.0	13	14.0	76	85.0	90	100
Realizan actividades que previenen riesgos en los clientes.	1	1.0	11	12.0	78	87.0	90	100
Realizan actividades de asistencia integral a pacientes en etapa terminal.	4	4.0	20	22.0	66	74.0	90	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

La mayoría de las actividades de asistencia física las realizan en mayor porcentaje en un nivel alto; cabe mencionar que las actividades que en menor proporción realizan son la asistencia al cliente en etapa terminal.

CUADRO 15
**ACTIVIDADES DE ASISTENCIA PSICOSOCIAL QUE PERCIBEN LAS
 LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD
 LOCALES**

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Distribución Por Niveles	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Preguntas sobre Actividades de Asistencia								
Motivan a los clientes para que colaboren en su tratamiento.	1	1.0	8	9.0	81	90	90	100
Implementan medidas para reducir el miedo y ansiedad en los clientes.	3	3.0	20	22.0	67	75.0	90	100
Apoyan a clientes y familiares en situaciones estresantes.	9	10	34	38.0	47	52.0	90	100
Proporcionan atención emocional a los clientes cuando están en crisis.	3	3.0	38	42.0	49	55.0	90	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

Sobresale en nivel alto la motivación al cliente para lograr su cooperación en el tratamiento, y en menor porcentaje brindan asistencia emocional.

CUADRO 16
**ACTIVIDADES DOCENTES QUE PERCIBEN LAS LICENCIADAS EN
 ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES**

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril del 2001

n=90

Distribución Por Niveles	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actividades Docentes:								
Orientan a los clientes para que identifiquen posibles complicaciones.	3	3.0	24	27.0	63	70.0	90	100
Enseñan a sus clientes medidas de relajación.	28	31.0	26	29.0	36	40.0	90	100
Orientan a los familiares sobre los cuidados que requieren los clientes en casa.	5	5.0	32	36.0	53	59.0	90	100
Informan a los clientes sobre las actividades que les ayudan a enfrentar su enfermedad.	7	8.0	28	31.0	55	61.0	90	100
Enseñan actividades a los clientes encaminadas a buscar su bienestar.	12	13.0	23	26.0	55	61.0	90	100
Enseñan a clientes a como cuidarse a si mismos.	4	4.0	24	27.0	62	69.0	90	100

FUENTE: Directa (C.A.A.S.)

Orientan en mayor grado sobre el padecimiento y sus complicaciones, que sobre las medidas de relajación y los cuidados posteriores que requiere el paciente en casa.

VI. DISCUSIÓN

El estudio describe la percepción que tienen las profesionales de enfermería sobre autonomía y actividades significativas; la relación directa entre autonomía y actividades significativas, además de la caracterización de su actuación profesional a través de la descripción de las actividades que comúnmente realizan.

Con relación al nivel de autonomía percibido, se encontró que el 60% se percibe con un nivel alto; lo cuál desde el punto de vista de Leddy S y Pepper JM (1989) quién se considere autónomo en la práctica; será capaz de depender de sus propias capacidades para cumplir con las responsabilidades de su rol y ven a la enfermería como un cuerpo independiente que determina sus propias políticas y normas, usa su poder con eficiencia y controla su propia práctica.

Situación apoyada por los resultados de los indicadores de autonomía, los cuáles reflejan que la percepción sobre la autonomía que tienen los profesionales de enfermería es muy alto (88%)

Sin embargo cabe resaltar que valoraron sus actividades de colaboración solo en un 52% con nivel alto en tanto que sólo el 41% consideró que sus actividades independientes son altas. Estos resultados nos indican que indudablemente es necesario reforzar las actividades ante todo independientes ya que estas son las propias que no requieren de ninguna intervención y/o indicación de otros profesionales.

Lo que indica que a pesar de considerar que la enfermería debe ser autónoma, sus actividades exclusivas deben realizarse con mayor nivel, de tal manera que se eleve la autonomía y por ende se favorezca la profesionalización según lo indican Mc Closkey y Bulechek (2000) entre otros autores.

Sobre la descripción de las actividades autónomas destaca una percepción muy alta del deber ser autónomo de la profesión y en menor porcentaje las actividades de valoración ejecución y coordinación con el resto del equipo. Sobresale importantemente su participación en el tratamiento médico.

Dentro de los resultados encontrados el 80% consideró que realiza actividades significativas en un nivel alto. Sin embargo bajo el análisis de dichas actividades se observa que predominan las administrativas con un 91% y sólo el 58% consideró que desempeñan en un nivel alto las actividades docentes.

Situación que refleja lo que menciona Vidal (1998) sobre la tendencia que predomina hacia lo biomédico; debido que centran su actividad en la ayuda al médico para el Diagnóstico de patologías, el tratamiento, las tareas administrativas; así como una mínima educación sanitaria y un apoyo emocional reducido.

Este hallazgo es relevante para la profesión, ya que demuestra que se requiere reforzar las actividades propias de la enfermera; favorecer el crecimiento profesional en las organizaciones hospitalarias, y establecer un marco de referencia que apoye dicho actuar y así generar una actuación centrada en los clientes, los cuáles son la esencia de la enfermería y para lo cuál la enfermera esta preparada.

Los resultados encontrados demuestran que existe una relación directa entre la percepción de autonomía y las actividades significativas que desde su concepción realizan las licenciadas en enfermería con lo que se comprueba la hipótesis de trabajo a través r de Pearson de .861 y de una $\chi^2 = 27.78$ a un nivel de significancia de 1.353^{-07} .

Lo anterior concuerda por lo referido por Leddy S y Pepper JM (1989) sobre las enfermeras que se perciben como autónomas, basan su práctica en una teoría de enfermería que consideran valida; sienten que ofrece un servicio profesional necesario, que incluye un nivel de competencia técnica, capacidad de razonamiento y de toma de decisiones y exige relaciones interpersonales eficaces caracterizadas por su habilidad de colaborar.

Bajo esta circunstancia es relevante el como se perciben así mismas las profesionales de enfermería y constatar que a mayor percepción de autonomía realizan mayor número de actividades propias de la profesión.

Al igual que Hakcman y Oldman (referido en Davis 1999) en cuyos estudios se basó la selección de las variables; I afirman que la variedad de capacidades, la identificación con la tarea y la significación de la actividad influyen todas en la medida en que una persona le encuentra sentido a su trabajo. Además de que si el trabajador realiza tareas enteras y consideran que su actividad tiene repercusión en la vida de otros, es probable que encuentre sentido a su que hacer.

Por lo tanto una enfermera que se percibe como autónoma, tiene mayor libertad para realizar las actividades inherentes a su preparación y se considera capaz de decidir sobre su propio actuar profesional.

Posición que apoyan Sims, Price y Erin (1986) quienes perciben a la enfermería como una profesión actuante y una disciplina profesional práctica. El profesionalismo para ellos implica autonomía en sus funciones y actividades.

Otro punto importante es el hecho de que la percepción de autonomía tiene relación con los tres tipos de actividades que realiza la enfermera comprobado a través de χ^2 significativa para los tres indicadores según lo indica el cuadro 7.

Benner y Wrebel (referidos por Guillen 1990) apoyan dichos resultados ya que sus estudios indicaron que enfermería está comprometida en el cuidado; supervisan las situaciones de salud enseñan y apoyan. Así como Simms, Price y Erin (1986) quienes consideran que las funciones de la enfermera son de asistencia, docencia, investigación y administrativas.

Otros estudios que refieren ambas características como importantes dentro de una profesión son los de Guillen (1990) ya que considera que debe existir un cuerpo de conocimientos factible de ser aplicado; donde el profesional es la única persona legítima para aplicarlos y donde la autoridad y la autonomía deben estar presentes.

Por último, la descripción de las actividades relevantes autónomas y significativas mostradas en los cuadros del 8 al 16, señalan que la enfermera profesional considera que sus actuaciones están centradas en la patología y el tratamiento de sus clientes, en la coordinación con sus compañeros y con el personal médico y en las actividades administrativas.

Situación que no difiere importantemente del estudio realizado en 1976 por la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, donde se reportó que las actividades de la enfermera eran principalmente técnicas, administrativas y una cuarta parte de las actividades no correspondían a su preparación.

Es importante resaltar que se debe hacer consiente a la enfermera profesional, de que sus actuaciones son el reflejo de su preparación y el nivel de desarrollo que muestre se traducirá en una evolución o involución según lo establece Vidal (1998) en su estudio de modelos predominantes en enfermería.

Por lo antes descrito es importante resaltar que se cumplieron los objetivos trazados para este estudio.

VII. CONCLUSIONES

Con los hallazgos del presente estudio se concluye lo siguiente:

- La autonomía es percibida por las enfermeras profesionales con niveles medio y alto.
- La percepción de la autonomía tiene relación importante con la concepción que tienen las enfermeras profesionales de su actuar.
- Un numero importante de enfermeras conservan el actuar de un modelo biomédico, realizando mayor cantidad de actividades de asistencia y administrativas y en menor porcentaje realizan las actividades docentes y de apoyo psicosocial.
- Es importante señalar que el estudio describe un perfil de las actividades que desde su concepción realizan en mayor porcentaje las (os) enfermeras (os) profesionales en el área hospitalaria.
- A pesar de que existen múltiples estudios sobre la baja autonomía en la profesión de enfermería, el presente estudio demuestra que las enfermeras profesionales tienen una concepción alta de ésta.
- Desde la concepción personal de las enfermeras encuestadas es necesario reforzar la actuación profesional en las actividades independientes y docentes principalmente.

VIII. LIMITANTES

Las limitantes del estudio fueron:

- El tamaño de la muestra fue pequeño ya que se encontró un número reducido de licenciadas en atención directa, las cuáles incluso en algunas Instituciones no estaban detectadas.
- Las actividades que realizan las Licenciadas son iguales a las que realizan las enfermeras técnicas desde el punto de vista organizacional.
- Los resultados de este estudio se limitan a la percepción de las enfermeras profesionales, no se contrastó con ninguna otra técnica de investigación.
- La falta de habilidad en la investigación aplicada y la limitante en la organización y/o clasificación de las actividades que realiza enfermería limita la observación directa de estas.

IX. RECOMENDACIONES

- Es importante señalar que el estudio puede enriquecerse siguiendo esta línea de investigación dentro del posgrado.
- Es conveniente relacionar la autonomía con el tipo de organización y las tareas que están determinadas por ésta para las profesionales.
- Es necesario que enfermería tenga un marco de referencia conceptual teórico y metodológico para su ejercicio profesional independiente.
- Se considera que a pesar de las limitantes debe buscarse la forma de constatar el tipo de actividades que realizan las enfermeras profesionales y apoyar su autonomía y por ende su profesionalización.

X . BIBLIOGRAFIA

Acorn S., Ratner P A. y Crawford M. Decentralization as a Determinant of autonomy, job satisfaction, and organizational commitment among nurse managers Nursing Reserach. 1997. 46, 1: 52-8.

Alexander CH. S. Weiman C.S. Chase G.A. Determinants of Staff Nurses Perception of Autonomy with Different Clinical contexts. Nursing Reserach. 1982. 31, 1 , 48-52.

Alfaro LFR. Aplicación del proceso de enfermería. 3 ed. España: Mosby. 1996.p.87-94.

Alfaro LFR. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. España: Masson. 1997.p.187.

Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C., Estudio de actividades que realiza el personal de enfermería en la República Mexicana. México, 1976.

Aydelotte ML. Enfermería profesional. En: Chascas N (ed): La profesión de enfermería . Un tiempo para hablar. Nueva York. Mc. Graw-Hill. 1983 p 832.

Badawy YA, Essawy MA. "Influencia de las características del trabajo y la satisfacción de las enfermeras pediatras". Journal Egypt Public Health Assoc. 1992; 67 (3-4): 403-17.

Balderas PmaL. Administración de los servicios de enfermería. 2ª ed. México; Interamericana-Mc.Graw Hill 1988.p 136-138.

Carpenito LJ. Planes de Cuidados y documentación en enfermería. España: Interamericana.McGraw-Hill; 1994. p. 6.

Davis K, Newstrom JW. Comportamiento humano en el trabajo.10 ed. México. McGrawHill; 1999.p. 318-23.

Derber, Ch. The Project on Professionals: Report to Responding Organizations, Chesnut Hill, Massachusetts: Boston Colleg, 1983.

Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la ley General de Salud en materia para la Investigación para la salud. Presidencia de la República, 1987; 6,33.

Domínguez AC. Sociología del Cuidado. Enfermería Clínica. 1999;9(4): 179.

Gordon JR. Comportamiento organizacional. 5 ed. México. Prentice Hall-Hispanoamericana. S.A. 1997. p. 515-19.

Gordon SE, Responsabilidad ante el público, la profesión, el patrón y el yo. En: Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1ª, ed, México. Organización Panamericana de la salud. 1989. p. 233-48.

Guillen MF. Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. Reis 1990; 51: 42.

I Vidal TAM. El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario (II). Enfermería Clínica, 1998; 9,(2): 65-70, 9 (3) 121-27.

Jonson, Maas y Moorhead. Clasificación de Resultados de Enfermería, (NOC) 2 ed. Ed Madrid, España. Harcourt, Mosby. 2001.

Kérouac, S. Pepin J. Ducharme, F. Duquette A. Major F. El pensamiento Enfermero. España. Masson, S.A. 1996. p. 26-32.

Kramer M. Schmalenberg C. Learning from succes: Autonomy and empowerment. Nursing Management. 1993; 24(5):59.

Krugman M. Prebim G . Evaluación longitudinal del rediseño de la práctica profesional de enfermería. 1999. JONA 29 (5) 10-19.

Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1ª, ed, México. Organización Panamericana de la salud. 1989. p 67-73.

Lewis E., B. Jewish . "Motivación en enfermería y su relación con las características del sistema de cuidado: una prueba del modelo de las características del trabajo". Canadian Journal of Nursing Leadership 1999. Enero- febrero 12; (1):14-22.

Martínes BL, Hernández TI, Rodríguez VJ. Sociología de una profesión. El caso de enfermería. México. Ediciones Nuevo mar. 1985.

Mc. Closkey, J.C. & Bulechec, G.B. Clasificación de Intervenciones de Enfermería, (NIC) 3 ed.. Madrid. T. Louis. Mosby Year Book. 2000.

Morales IJ. Valoración del método de asignación de tareas por equipo de atención al paciente en medicina. México. 1992. Tesis de maestría Facultad de Enfermería de la UANL.

Morales RMC Autonomía Profesional y Profesionalización en Enfermería. Desarrollo Cientif. Enferm. 2000; 8(5): 136-139.

National Association of Nursing Diagnosis. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones 2001-2002. Madrid. Harcourt Brace, 2001.

Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill Interamericana. 1996.p.5.

Robbins SP. Comportamiento organizacional. 8 ed. México. Prentice Hall.1999. p. 517-20.

Rodríguez JA, Y Guillén MF. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. Reis 1992; 59: 12.

Sánchez V. et al. Enfermería una profesión de alto riesgo. México. P y V. Universidad Iberoamericana. 1998.

Schutzenhofer KK, Measurement of nursing outcomes. En: Strickland OL, Waltz CF, editores. 2 ed. Nueva York; 1988.p. 3-18.

Simms LM, Price SA., Erin NE. Administración de servicios de enfermería. México. Interamericana. 1986.p 4-11.

Tonges MC, Rothstein H, Carter HK. Sources or satisfaction in hospital nursing practice. Aguide to effective job design. JONA 1998.28 (5) 47-60.

Vidal TAM. El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario (II). Enfermería Clínica, 1998; 9 (3) :125.

Wesorick B. Estándares de calidad para cuidados de enfermería. España: Doyma; 1993.p.3.

MANEXUS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ.
FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA

Estimada compañera:

Te pido de la manera más atenta me regales de 15 a 20 minutos de tu tiempo para contestar el presente cuestionario.

El estudio se realiza para obtener el grado de Maestría en Administración de la Atención de Enfermería.

Y tiene como finalidad primordial conocer ***la realidad que vive la enfermera profesional en su práctica cotidiana dentro de una institución hospitalaria a través de las actividades que realiza y las decisiones que toma en función de su preparación, bajo las normas y reglas institucionales donde se desempeña.***

Tu colaboración es relevante y se requiere de tu honestidad para contestar el instrumento.

La información es estrictamente confidencial, los datos se usaran en forma general, no se otorgará ninguna calificación y en caso de aceptar se requiere de tu anuencia a través de tu firma al final de esta hoja.

¡Por tu colaboración mil gracias.!

ATENTAMENTE:

LIC. ENF. MA. ELSA RODRIGUEZ PADILLA

FIRMA DE ACEPTACIÓN

FOLIO _____

FECHA _____

DATOS GENERALES:

NO
ESCRIBA
EN ESTE
ESPACIO

I- INSTITUCION _____

II- SERVICIO _____

III- TURNO _____

IV- AÑO EN QUE SE TITULO COMO LICENCIADA EN ENFERMERÍA _____

V- AÑO EN QUE INGRESO A LA INSTITUCION _____

VI- ENCIERRE EN UN CIRCULO EL TIPO DE CONTRATACIÓN LABORAL QUE ACTUALMENTE TIENE EN SU INSTITUCIÓN:

- 1 LICENCIADA EN ENFERMERÍA
- 2 ENFERMERA GENERAL
- 3 AUXILIAR DE ENFERMERÍA
- 4 OTRO ESPECIFICAR _____

VII- TIEMPO DE LABORAR EN EL SERVICIO AÑOS _____ Ó MESES _____

VIII- ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA ESCUELA DONDE RECIBIÓ PREPARACION COMO LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA:

- 1 FACULTAD DE ENFERMERIA UASLP
- 2 ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CRUZ ROJA
- 3 UNAM
- 4 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS
- 5 OTRA. ESPECIFICAR _____

LOS APARTADOS SIGUIENTES DESCRIBEN ACTIVIDADES QUE REALIZA UNA ENFERMERA PROFESIONAL.

POR FAVOR CIRCULA EL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBA LA ACTIVIDAD QUE REALIZAS EN FUNCIÓN DE LA DECISIÓN QUE TOMAS PARA RESOLVERLA. SEGÚN LO INDICA EL EJEMPLO:

	No escriba en este espacio
--	----------------------------

Valoro las necesidades del paciente para el cuidado en casa.

1__2__3__**4**__5__6__7__8__9

Nunca valoro las necesidades del paciente para el cuidado en casa

Siempre valoro las necesidades del paciente para el cuidado en casa

--

Usted circulará según su apreciación; el número que se acerque más a como realiza dicha actividad:

- 1 nunca
- 2 ó 3 esporádicamente.
- 4 a 6 algunas ocasiones.
- 7 a 8 frecuentemente.
- 9 siempre.

NO HAY RESPUESTA CORRECTA.
POR FAVOR CONTESTA TODAS LAS PREGUNTAS.

		No escriba en este espacio
<p>1.-Elaboro un plan de cuidados por paciente.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca desarrollo planes de cuidados Siempre desarrollo planes de cuidados</p>		<input type="text"/>
<p>2.-Considero que con la educación recibida y experiencia que he adquirido mis intervenciones son profesionales.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Mis intervenciones nunca son acordes a mi educación y experiencia. Mis intervenciones siempre son acordes a mi educación y experiencia.</p>		<input type="text"/>
<p>3.-Administro medicamentos que ayudan a los pacientes a disminuir sus molestias.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca administro medicamentos para disminuir las molestias de los pacientes. Siempre administro medicamentos para disminuir las molestias de los pacientes.</p>		<input type="text"/>
<p>4.- Hablo con el médico tratante al identificar problemas potenciales en pacientes dados de alta.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca hablo con el medico sobre el alta de mis pacientes. Siempre hablo con el medico sobre el alta de mis pacientes.</p>		<input type="text"/>
<p>5.- La valoración de enfermería indaga problemas recurrentes de salud en los pacientes.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>La valoración nunca indaga problemas recurrentes de salud. La valoración siempre indaga problemas recurrentes de salud.</p>		<input type="text"/>

No escriba
en este
espacio

6.-Realizo más actividades de cuidado directo a pacientes que administrativas.

1__2__3__4__5__6__7__8__9

Nunca realizo más actividades de cuidado directo que administrativas

Siempre realizo mas actividades de cuidado directo que administrativas.

7.- Aclaro con el médico tratante una indicación sobre medicamentos cuando he identificado alguna contraindicación en el paciente.

1__2__3__4__5__6__7__8__9

Nunca aclaro indicaciones con el médico

Siempre aclaro indicaciones con el médico.

8.-Motivo a los pacientes para que colaboren en su tratamiento.

1__2__3__4__5__6__7__8__9

Nunca motivo a los pacientes para que colaboren con su tratamiento

Siempre motivo a los pacientes para que colaboren con su tratamiento

9.-Consulta con el médico si el paciente no responde favorablemente al tratamiento.

1__2__3__4__5__6__7__8__9

Nunca consulto con el médico la respuesta del paciente al tratamiento

Siempre consulto con el médico la respuesta del paciente al tratamiento

10.-Considero que la mayor parte de mis actividades corresponden a una práctica profesional de enfermería.

1__2__3__4__5__6__7__8__9

La mayor parte de mis actividades nunca corresponden a una práctica profesional.

La mayor parte de mis actividades siempre corresponden a una práctica profesional.

		No escriba en este espacio
<p>11.-Oriento a los pacientes para que identifiquen posibles complicaciones.</p> <p style="text-align: center;">1_2_3_4_5_6_7_8_9</p> <p>Nunca oriento a los pacientes para que identifiquen complicaciones.</p>		<input type="text"/>
<p style="text-align: center;">Siempre oriento a los pacientes para que identifiquen complicaciones.</p>		
<p>12.-Valoro las necesidades del paciente para el cuidado en casa y determino las necesidades de orientación.</p> <p style="text-align: center;">1_2_3_4_5_6_7_8_9</p> <p>Nunca valoro las necesidades de cuidado en casa, y de orientación.</p>		<input type="text"/>
<p style="text-align: center;">Siempre valoro las necesidades de cuidado en casa, y de orientación.</p>		
<p>13.-Implementar medidas para reducir el miedo y la ansiedad en los pacientes es parte importante de mi trabajo.</p> <p style="text-align: center;">1_2_3_4_5_6_7_8_9</p> <p>Nunca implemento medidas para reducir el miedo y la ansiedad en los pacientes.</p>		<input type="text"/>
<p style="text-align: center;">Siempre implemento medidas para reducir el miedo y la ansiedad en los pacientes.</p>		
<p>14.-En coordinación con otros profesionales del equipo de salud, propongo cambios parra mejorar la atención de los pacientes.</p> <p style="text-align: center;">1_2_3_4_5_6_7_8_9</p> <p>Nunca me coordino con otros profesionales para proponer cambios</p>		<input type="text"/>
<p style="text-align: center;">Siempre me coordino con otros profesionales para proponer cambios</p>		
<p>15.-Organizo adecuadamente el trabajo en función de los pacientes.</p> <p style="text-align: center;">1_2_3_4_5_6_7_8_9</p> <p>Nunca organizo el trabajo en función de los pacientes.</p>		<input type="text"/>
<p style="text-align: center;">Siempre organizo el trabajo en función de los pacientes.</p>		

		No escriba en este espacio
<p>16.-Al administrar un tratamiento o nuevo medicamento contesto las dudas del paciente.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca contesto las dudas del paciente ante un nuevo tratamiento.</p> <p style="text-align: right;">Siempre contesto las dudas del paciente ante un nuevo tratamiento.</p>		<input type="text"/>
<p>17.-Enseño a mis pacientes medidas de relajación.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca enseño a mis pacientes medidas de relajación</p> <p style="text-align: right;">Siempre enseño a mis pacientes medidas de relajación.</p>		<input type="text"/>
<p>18.- Apoyo a pacientes y su familia en situaciones estresantes.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca apoyo a pacientes y familiares en situaciones de estrés.</p> <p style="text-align: right;">Siempre apoyo a pacientes y familiares en situaciones de estrés.</p>		<input type="text"/>
<p>19.-Considero a la enfermería como algo importante.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca considero a la enfermería como algo importante</p> <p style="text-align: right;">Siempre considero a la enfermería como algo importante</p>		<input type="text"/>
<p>20.-Oriento a los familiares sobre los cuidados que requiere su paciente en casa.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca oriento a familiares sobre los cuidados que requiere su paciente en casa.</p> <p style="text-align: right;">Siempre oriento a familiares sobre los cuidados que requiere su paciente en casa</p>		<input type="text"/>

	No escriba en este espacio
<p>21.- Solicito la opinión de mis compañeras enfermeras ante la duda de contraindicación de un medicamento indicado.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca solicito la opinión de mis compañeros ante dudas sobre contraindicaciones de medicamentos.</p> <p style="text-align: center;">Siempre solicito la opinión de mis compañeros ante dudas sobre contraindicaciones de medicamentos.</p>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<p>22.- Desarrollo herramientas de evaluación apropiadas a mi área de práctica clínica.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca desarrollo herramientas de evaluación para mi área.</p> <p style="text-align: center;">Siempre desarrollo herramientas de evaluación para mi área.</p>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<p>23.-Proporciono la atención emocional que necesitan los pacientes cuando están en crisis.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca proporciono atención emocional a pacientes en crisis.</p> <p style="text-align: center;">Siempre proporciono atención emocional a pacientes en crisis.</p>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<p>24.-Registro en el expediente los datos de la valoración de mis pacientes, para usarla en la planeación e implementación del plan de cuidados de enfermería.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca registro los datos de la valoración para planear e implementar el plan.</p> <p style="text-align: center;">Siempre registro los datos de La valoración para planear e implementar el plan.</p>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<p>25.-Verifico que a los pacientes se les realicen los estudios diagnósticos solicitados.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca me aseguro que se realicen los estudios de laboratorio.</p> <p style="text-align: center;">Siempre me aseguro que se realicen los estudios de laboratorio.</p>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

	No escriba en este espacio
<p>26.- Informo a los pacientes sobre las actividades que les ayuden a enfrentar su enfermedad.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca doy información a los pacientes sobre como enfrentar su enfermedad.</p> <p style="text-align: right;">Siempre doy información a los pacientes sobre como enfrentar su enfermedad.</p>	
<p>27.- Pienso que es importante que enfermería reporte a las autoridades correspondientes incidentes que ocurren en la atención a los pacientes.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca he considerado importante reportar incidentes.</p> <p style="text-align: right;">Siempre he considerado importante reportar incidentes.</p>	
<p>28.- Intervengo activamente como enfermera cuando ocurre una emergencia en el servicio.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca intervengo cuando ocurre una emergencia en el servicio.</p> <p style="text-align: right;">Siempre intervengo cuando ocurre una emergencia en el servicio.</p>	
<p>29.- Con base en la evaluación del cuidado de los pacientes ofrezco opciones a los administradores con respecto al diseño de nuevas unidades de enfermería o la compra de nuevo equipo.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca ofrezco mi opinión a los administradores ante nuevas unidades o compra de equipo.</p> <p style="text-align: right;">Siempre ofrezco mi opinión a los administradores ante nuevas unidades o compra de equipo.</p>	
<p>30.- Superviso la atención que proporciona el personal técnico, auxiliar o en adiestramiento, de los pacientes a mi cargo</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca superviso la atención que proporciona otro personal de enfermería a mis pacientes.</p> <p style="text-align: right;">Siempre superviso la atención que proporciona otro personal de enfermería a mis pacientes.</p>	

		No escriba en este espacio
31.- Realizo una valoración completa a cada paciente y uso esta información al formular el plan de cuidados de enfermería.		
1__2__3__4__5__6__7__8__9		
Nunca realizo valoraciones completas ni uso la información en el plan de cuidados.	Siempre realizo valoraciones completas y utilizo dicha información en el plan de cuidados.	
32.- Ayudo a mis pacientes en el manejo del dolor.		
1__2__3__4__5__6__7__8__9		
Nunca ayudo a mis pacientes en el manejo del dolor.	Siempre ayudo a mis pacientes en el manejo del dolor.	
33.- Adapto herramientas de evaluación de otras disciplinas para usar en mi área clínica.		
1__2__3__4__5__6__7__8__9		
Nunca adapto herramientas de otras disciplinas para evaluar la atención.	Siempre adapto herramientas de otras disciplinas para evaluar la atención.	
34.-Realizo actividades que previenen riesgos en el paciente.		
1__2__3__4__5__6__7__8__9		
Nunca realizo actividades para prevenir riesgos en los pacientes	Siempre realizo actividades para prevenir riesgos en los pacientes.	
35.-Planeo cuidados a pacientes utilizando mi juicio profesional.		
1__2__3__4__5__6__7__8__9		
Nunca utilizo mi juicio profesional al planear los cuidados al paciente	Siempre utilizo mi juicio profesional al planear los cuidados del paciente.	

	No escriba en este espacio		
<p>36.- Realizo actividades de asistencia integral a los pacientes en etapa terminal.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Nunca realizo actividades de cuidado integral al paciente terminal.</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Siempre realizo actividades de cuidado integral al paciente terminal.</p> </td> </tr> </table>	<p>Nunca realizo actividades de cuidado integral al paciente terminal.</p>	<p>Siempre realizo actividades de cuidado integral al paciente terminal.</p>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<p>Nunca realizo actividades de cuidado integral al paciente terminal.</p>	<p>Siempre realizo actividades de cuidado integral al paciente terminal.</p>		
<p>37.-Rechazo una asignación temporal a un servicio de especialidad cuando me faltan conocimientos y experiencia para cumplir con las demandas que me genera éste.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Nunca rechazo asignaciones a nuevas áreas aún cuando no tenga el conocimiento ni experiencia que se requieren.</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Siempre rechazo asignaciones a nuevas áreas, cuando no tengo el conocimiento o la experiencia que se requieren.</p> </td> </tr> </table>	<p>Nunca rechazo asignaciones a nuevas áreas aún cuando no tenga el conocimiento ni experiencia que se requieren.</p>	<p>Siempre rechazo asignaciones a nuevas áreas, cuando no tengo el conocimiento o la experiencia que se requieren.</p>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<p>Nunca rechazo asignaciones a nuevas áreas aún cuando no tenga el conocimiento ni experiencia que se requieren.</p>	<p>Siempre rechazo asignaciones a nuevas áreas, cuando no tengo el conocimiento o la experiencia que se requieren.</p>		
<p>38.-Aseguro que el cuidado de los pacientes sea coordinado con otras disciplinas y departamentos.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Nunca coordino la atención del paciente con otros departamentos.</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Siempre coordino la atención del paciente con otros departamentos.</p> </td> </tr> </table>	<p>Nunca coordino la atención del paciente con otros departamentos.</p>	<p>Siempre coordino la atención del paciente con otros departamentos.</p>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<p>Nunca coordino la atención del paciente con otros departamentos.</p>	<p>Siempre coordino la atención del paciente con otros departamentos.</p>		
<p>39.- Inicio referencias a trabajo social y de dietología si el paciente me lo solicita.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Nunca realizo referencias a trabajo social ni a dietología.</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Siempre realizo referencias a trabajo social y dietología.</p> </td> </tr> </table>	<p>Nunca realizo referencias a trabajo social ni a dietología.</p>	<p>Siempre realizo referencias a trabajo social y dietología.</p>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<p>Nunca realizo referencias a trabajo social ni a dietología.</p>	<p>Siempre realizo referencias a trabajo social y dietología.</p>		

		No escriba en este espacio
40.- Enseño actividades a los pacientes encaminadas a buscar su bienestar. 1__2__3__4__5__6__7__8__9 Nunca enseño actividades a los pacientes para buscar su bienestar. Siempre enseño actividades a los pacientes para buscar su bienestar.		<input type="text"/>
41.- Incremento la frecuencia del control de signos vitales a pacientes cuya condición se deteriora, aun en la ausencia de una orden médica. 1__2__3__4__5__6__7__8__9 Nunca incremento el monitoreo aún cuando el paciente lo requiere Siempre incremento el monitoreo cuando el paciente lo requiere.		<input type="text"/>
42.- Enseño a pacientes como cuidarse a sí mismos. 1__2__3__4__5__6__7__8__9 Nunca enseño el autocuidado. Siempre enseño el autocuidado.		<input type="text"/>
43.- Consulta con otras enfermeras cuando un paciente no esta respondiendo al plan de cuidados de enfermería. 1__2__3__4__5__6__7__8__9 Nunca consulto al equipo de enfermería, sobre los cuidados. Siempre consulto al equipo de enfermería, sobre los cuidados.		<input type="text"/>
44.- Implemento planes del cuidado al paciente, basados en la literatura de enfermería 1__2__3__4__5__6__7__8__9 Nunca implemento planes basados en bibliografía de enfermería. Siempre Implemento planes basados en bibliografía de enfermería.		<input type="text"/>

		No escriba en este espacio
<p>45.-Planeo cuidados para la atención en el hogar aún cuando el paciente no este dado de alta por el médico.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca realizo planes de cuidado en el hogar si el paciente no está dado de alta</p>		
<p>Siempre realizo planes de cuidado en el hogar aún cuando el paciente no esté dado de alta.</p>		
<p>46.- Verifico y reporto oportunamente el mantenimiento del equipo utilizado en la atención de mis pacientes.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca verifico y reporto oportunamente el mantenimiento del equipo utilizado en mis pacientes.</p>		
<p>Siempre verifico y reporto oportunamente el mantenimiento del equipo utilizado en mis pacientes.</p>		
<p>47.-Comento con el médico tratante la necesidad de interconsultas con especialistas, basadas en mi valoración al paciente.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca sugiero interconsultas aún cuando éstas se requieran.</p>		
<p>Siempre sugiero interconsultas cuando estas se requieren.</p>		
<p>48.-Realizo seguimiento a los pacientes dados de alta, para evaluar la efectividad de la capacitación intrahospitalaria.</p> <p style="text-align: center;">1__2__3__4__5__6__7__8__9</p> <p>Nunca he realizado seguimiento a pacientes egresados.</p>		
<p>Siempre realizo seguimiento a pacientes egresados.</p>		

		No escriba en este espacio
49.-Evaluó el nivel de comprensión del paciente a cerca de procedimientos de diagnóstico, sus riesgos y sus dudas antes de que se le realicen. 1__2__3__4__5__6__7__8__9 Nunca evaluó el nivel de comprensión del paciente sobre los procedimientos de diagnóstico.		
Siempre evaluó el nivel de comprensión del paciente sobre los procedimientos de diagnóstico.		
50.- Reúno el material y equipo necesario para brindar el cuidado de enfermería a mis pacientes. 1__2__3__4__5__6__7__8__9 Nunca reúno el material y equipo necesario para dar cuidado de enfermería		
Siempre reúno el material y equipo necesario para dar cuidado de enfermería.		
51.-Implemento canales efectivos de comunicación entre enfermeras de diferentes turnos, para garantizar la continuidad del cuidado de mis pacientes. 1__2__3__4__5__6__7__8__9 Nunca me comunico con enfermería para garantizar la continuidad de mis cuidados.		
Siempre me comunico con enfermería para garantizar la continuidad de mis cuidados.		
52.-Considero que la enfermera profesional debe asumir la responsabilidad completa de sus acciones profesionales. 1__2__3__4__5__6__7__8__9 Considero que la enfermera nunca debe asumir la responsabilidad de sus acciones.		
Considero que la enfermera debe asumir siempre la responsabilidad de sus acciones.		

¡NUEVAMENTE, GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

ANEXO No. 2

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO AUTONOMÍA Y ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL EN AREA DE HOSPITALIZACION

- Se solicitará la firma de cada participante en la hoja frontal de instrucciones.
- En el guión correspondiente a folio se numerarán en numero progresivo del 01 en adelante.
- Fecha, se pondrá la fecha en mes, día , año que corresponda.
- Datos Generales:
- En Institución se pondrá el nombre completo de la Institución donde se realice la observación.
- Servicio se considerará el nombre del servicio que recibe dentro de la institución.
- Turno se pondrá matutino, vespertino o nocturno, según corresponda.
- Se pondrá el año en que se titulo como licenciada en enfermería.
- Se pondrá el año en que ingresó a la institución
- Se pondrá el total de años o meses que tiene laborando en el servicio.
- Se señalará con un circulo la Escuela o Facultad donde se preparó como Licenciada.
- De las preguntas de la 1 a la 50 se contestará en forma autoadmiinistrada Señalando con un circulo cada número de acuerdo a la opción de respuesta señalada.
- Todas las preguntas tendrán que ser contestadas.
- Los ítems que corresponden a AUTONOMIA son: 30
Para los indicadores de:
PERCEPCIÓN (6): 2,10,19,27,37 Y 50
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES(13):
1,5,12,16,22,24,31,33,35,41,44,45,y48
INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES O DE COLABORACION(11)
4,7,9,14,21, 29, 39, 43, 46, 48 y 49

Para la variable de ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS(22 ítem)
ASISTENCIA(9):3,8, 13,18,23,28,32,34,36.
DOCENCIA (6): 11,17,20,26,40,42.
ADMINISTRACION(7): 6,15,25,30,38,51 y 52

El Valor para todos los ítems será de 1

XII. PERMISO DEL AUTOR PARA REPRODUCIR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "**Autonomía profesional y su relación con las actividades significativas que realizan las enfermeras en las instituciones hospitalarias**" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial o total.

A handwritten signature in black ink, reading "Elsa Rodríguez Padilla", is written over a horizontal line.

Lic. Enf. Ma. Elsa Rodríguez Padilla.
San Luis Potosí, S.L.P.
Mayo de 2003

