

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y  
OBSTETRICIA**

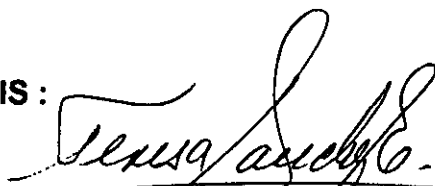
**LA PRAXIS DE ENFERMERÍA UN ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS  
COMPETENCIAS  
CLÍNICAS DESDE EL ENFOQUE DE PATRICIA BENNER.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICIA PRESENTAN:**

*MARTHA LEÓN SILVA*

*MIRIAM ROBLES PÉREZ*

**DIRECTORA DE TESIS :**



**LIC. TERESA SANCHEZ ESTRADA.**

**MÉXICO, SEPTIEMBRE 2000**

206284



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS.

A ti Dios por que nunca me has  
abandonado.

A mi hijo Christian por ser  
mi fuente mas grande de  
motivación y superación.

A mis padres por su continuo apoyo  
al desarrollo de mi  
carrera profesional.

A mis hermanos por ser auténticos  
y ejemplares.

A Miriam Robles por tu ejemplo  
De lucha, continuidad, compromiso  
y empuje.

A Guadalupe Ibarra y Alma García  
por su colaboración para la  
realización del estudio.

## AGRADECIMIENTOS

A Gabriel y Maria del Refugio (mis padres), por el apoyo recibido en cada momento de mi formación profesional.

A todos y cada uno de mis hermanos por los consejos y el apoyo recibido en el transcurso de mi formación.

A Victor por la comprensión y el apoyo incondicional que me haz brindado para la culminación de esta tesis.

A mis amigos por haber estado conmigo en todos los momentos buenos y malos de mi vida.

A Martha León por ese gran espíritu de lucha y superación constante que tienes frente a la vida.

A Dios por estar conmigo en cada momento de mi vida.

## INDICE

RESUMEN.	7
1. ESTADOS DEL ARTE DEL FENOMENO DE ESTUDIO.	8
1.1 Que es la praxis.	9
1.2 Teoría y práctica.	10
1.3 Praxis espontánea y praxis reflexiva.	11
1.4 Praxis razón e historia.	11
1.5 La filosofía de la praxis.	11
1.6 Concepción de la praxis en Hegel.	14
1.7 La concepción de la praxis en Marx.	15
1.8 La praxis de enfermería los sabéres de la tarea asistencial un análisis desde la teoría de Patricia Benner.	18
1.8.1 Teoría y práctica, puntos de congruencia y elementos paralelos.	18
1.8.2 El saber derivado de la pericia profesional.	19
1.8.3 Ampliación de los sabéres prácticos en enfermería.	19
1.8.4 Significados ordinarios, mapas cognitivos en enfermería.	20
1.8.5 Modelos de enfermería y experiencia personal citados por Benner.	20
1.8.6 Consignas e instrucciones clínicas de enfermería.	21
1.8.7 Competencias clínicas y atribuciones imprevistas en enfermería.	21
1.8.8 Métodos para identificar competencias clínicas.	22
1.8.9 Interpretación de los datos sobre competencias clínicas.	22
1.9 Conceptos básicos para interpretar la teoría de nivel de competencias.	23
1.9.1 Principiante.	23
1.9.2 Principiante avanzado.	24
1.9.3 Competente.	24
1.9.4 Aventajado.	25
1.9.5 Experto.	26
1.10 Sentido de la experiencia como eje de la expertéz clínica.	27
1.11 Proceso de delimitación de campos de acción y competencia.	28
1.12 Definición de áreas o campos de acción de la práctica enfermera.	29
1.12.1 Función de asistencia al enfermo.	29
1.12.2 La función enseñante tutelar.	31
1.12.3 La función diagnóstica y de supervisión.	32
1.12.4 Gestión eficaz de situaciones que cambian rápidamente.	34
1.12.5 Gestión y supervisión de las intervenciones y medidas terapéuticas.	35
1.12.6 Supervisión de carácter organizativo y relacionadas con el desempeño de la función.	36
1.12.7 Competencias de carácter organizativo y relacionadas con el desempeño de la función.	37
1.13 La búsqueda de una nueva identidad de acreditación en el campo de la enfermería.	
1.14 Funciones que definen la práctica de enfermería.	43
1.14.1 Atención asistencial a los pacientes.	46
1.14.2 Funciones administrativas.	50
1.14.3 Funciones Docentes.	53

1.14.4	Funciones de Investigación.	57
1.15	Intervenciones que definen la práctica de enfermería.	61
1.15.1	Intervenciones respiratorias, y definiciones.	61
1.15.2	Intervenciones neurológicas y sus definiciones.	62
1.15.3	Intervenciones relacionadas con el dolor y sus definiciones.	63
1.15.4	Intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente y sus definiciones.	64
1.15.5	Intervenciones de enseñanza con sus definiciones.	65
1.15.6	Intervenciones de fomento del apego, y sus definiciones.	66
1.15.7	Intervenciones relacionadas con cuidados circulatorios y sus definiciones	66
1.15.7	Intervenciones relacionadas con el acatamiento sus definiciones.	
1.15.8	Intervenciones de supervisión sus definiciones.	68
1.15.9	Intervenciones relacionadas con la familia y su definición.	69
1.15.10	Intervenciones de actividades sus definiciones.	70
2.	DELIMITACION DEL FENOMENO DE ESTUDIO.	71
3.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION..	71
4.	CATEGORIAS O VARIABLES DE ESTUDIO IDENTIFICADAS E INDICADORES Y DEFINICION CONCEPTUAL.	72
4.1	Campos de dominio de la enfermera.	73
4.1.1	Principiante.	73
4.1.2	Principiante Avanzado.	73
4.1.3	Competente.	73
4.1.4	Aventajado.	73
4.1.5	Experto.	73
4.2	Campos de acción de la práctica.	73
4.2.1	Función de ayuda al enfermo.	73
4.2.2	Función docente tutelar.	74
4.2.3	Función diagnostica y de vigilancia al paciente.	74
4.2.4	Gestión eficaz de situaciones críticas.	74
4.2.5	Administración y supervisión de intervenciones de tratamientos terapéuticos.	75
4.2.6	Supervisión y garantía de la calidad de la asistencia sanitaria.	75
4.2.7	Competencias en el plano de organización y contacto laboral.	75
5	VARIABLES ASOCIADAS.	71
5.1	Antigüedad.	76
5.2	Especialización	76
5.3	Turno.	76
5.4	Categoría.	76
5.5	Servicio.	76
6	FUNCIONES DE ENFERMERIA.	76
6.1	Funciones clínicas.	76
6.2	Funciones administrativas.	76
6.3	Funciones docentes.	77
6.4	Funciones de investigación	77
7	MATERIAL Y METODOS.	77
7.1	Tipo de diseño.	77
7.2	Universo.	77

7.3	Población.	77
7.4	Muestra.	77
7.5	Criterios de inclusión.	78
7.6	Criterios de exclusión.	78
7.7	Criterios de eliminación.	78
8	PROCESO DE DATOS.	78
8.1	Técnica.	78
8.2	Método.	78
8.3	Clasificación de datos.	78
8.4	Recuento.	78
9	PROCEDIMIENTO.	78
10	ASPECTOS ETICOS LEY GENERAL DE LA SALUD.	78
11	PRESUPUESTO.	78
12	CRONOGRAMA.	79
13	RESULTADOS.	80
14	CONCLUSIONES.	81
15	PROPUESTAS.	82
16	BIBLIOGRAFIA.	84

## RESUMEN.

El estudio resume una propuesta para investigar a nivel de exploración el perfil de la práctica clínica de las enfermeras en servicio a partir de la teoría de Patricia Benner sobre nivel de competencias.

El documento en su carácter de protocolo incluye el marco teórico desglosado en cuatro Capítulos.

El primero de éstos se relaciona con la revisión del estudio de los conceptos básicos sobre la praxis desde el punto de vista epistemológico según autores como Sánchez Vázquez y Juliana González.

En un segundo bloque se desarrolla exhaustamente los conceptos de campos de dominio y competencias clínicas de la enfermera de manera que este capítulo se plantea expectativas y postulados teóricos sobre el desempeño profesional de las enfermeras. Se trabajan conceptos como adquisición de habilidades progresivas que van desde el principiante hasta el experto clínico.

El tercer capítulo describe las funciones de la enfermera a partir de lo socialmente aceptado como función administrativa, función docente, función asistencial y de investigación.

Se incluye un también que desglosa la tipificación de las intervenciones que deben de realizar las enfermeras especializadas. De esta manera se hace particular referencia a las intervenciones en problemas respiratorios, problemas circulatorios, problemas neurológicos, entre otros.

Finalmente se incluye el capítulo sobre material y métodos dejando establecido que se trata de un estudio de corte cualitativo cuyos resultados se presentarán atendiendo a la clasificación de las variables como: Campos de dominio, espacios de práctica y funciones profesionales de las enfermeras.

El estudio se realiza en un hospital privado, integrando al total del personal de enfermería en uno de los turnos y en el periodo del año 2000.



## I.- ESTADO DEL ARTE DEL FENÓMENO DE ESTUDIO.

### 1.1 Qué es la praxis.

Toda praxis es actividad, pero no toda actividad es praxis. Por lo que es preciso distinguir la praxis, como forma de actividad específica, de otras que pueden estar incluso íntimamente vinculadas con ella.

Por actividad general entendemos el acto o conjunto de actos en virtud de los cuales un sujeto activo (agente: físico, biológico o humano) modifica una materia prima. Agente es lo que obra, lo que actúa y no lo que está solamente en posibilidad o disponibilidad de actuar u obrar.

El resultado de la actividad puede ser una nueva partícula, un concepto, un útil, una obra artística o un nuevo sistema social. Para que pueda hablarse de una actividad humana basta con que se plante en ella un resultado ideal, a fin de cumplir, como punto de partida, y una intención de adecuación, independientemente de como se plasme en definitiva, el modelo ideal originario.

Las relaciones de producción son relaciones que los hombres contraen interdependientemente de su voluntad y de su conciencia. Es decir son producidas por los hombres como productos suyos intencionales.

Marx hace resaltar el papel del fin en una actividad práctica como el trabajo humano: "Al final del proceso de trabajo, brota un resultado que antes de comenzar el proceso existía ya en la mente del obrero: es decir, un resultado que tenía ya existencia ideal. El obrero no se limita a hacer cambiar de forma la materia que le brinda la naturaleza, sino que, al mismo tiempo la materia que le brinda la naturaleza, realiza en ella su fin, fin que él sabe que rige como una ley las modalidades de su actuación, y al que tiene que supeditar su voluntad" (1)

La actividad de la conciencia, es inseparable de toda verdadera actividad humana, se nos presenta como elaboración de fines y producción de conocimientos en íntima unidad. En la actividad práctica el sujeto actúa sobre una materia que existe independientemente de su conciencia, y de las diferentes operaciones o manipulaciones exigidas por su transformación.

En el trabajo dice Marx, " el hombre se enfrenta como un poder natural con la materia de la naturaleza". (2)

Finalmente el producto de su actividad transformadora es un objeto, material que subsiste con independencia del proceso de su gestación y con una sustantividad propia, se afirma ante el sujeto, es decir, cobra vida independientemente de la actividad subjetiva que ha creado. En este sentido podríamos decir que la actividad práctica es real, objetiva o materia.

---

1) Sánchez Vázquez Antonio. Filosofía de la Praxis. Editorial Grijalbo. México 1980, pp. 156

2) Sánchez Vázquez Antonio. Ídem pp. 159

En el proceso de trabajo, el hombre se vale de instrumentos o medios adecuados para transformar al objeto con arreglo a un fin. La praxis productiva es así la praxis fundamental porque en ella el hombre no sólo produce un mundo humano o humanizado, en el sentido de que satisfacen sus necesidades humanas y que sólo pueden ser producidas en la medida en que se plasme en ellos fines o proyectos humanos.

Los factores simples que intervienen en el proceso de trabajo son: la actividad adecuada a un fin, o sea, el propio trabajo, su objeto y sus medios.

La práctica teórica transforma percepciones, representaciones o conceptos, y crea el tipo peculiar de productos que son las hipótesis, teorías, leyes, etc., en ninguno de estos transforma la realidad. Las transformaciones que lleva a cabo con la actividad teórica con relación a ésta son transformaciones ideales: de las ideas sobre el mundo, pero no del mundo mismo.

## 1.2 Teoría y la práctica.

La actividad teórica por sí sola no es praxis, se asimila, que mientras la teoría permanece en su estado puramente teórico no se transita de ella a la praxis, y, por lo tanto, ésta es negada en cierta forma.

La actividad práctica supone una acción efectiva sobre el mundo, que tiene por resultado una transformación real de este, la actividad teórica sólo transforma nuestra ciencia de los hechos, nuestras ideas sobre las cosas, pero no las cosas mismas.

Existe una diferencia entre el marxismo y el pragmatismo, por lo cuál el primero trata de probar lo verdadero como reproducción espiritual de la realidad, y el segundo aspira a probar lo verdadero como útil.

El criterio de verdad para el pragmatismo es el éxito, la eficacia de la acción práctica del hombre entendida como práctica individual. Para el marxismo la práctica es concebida como una actividad material, transformadora y social. Mientras para el pragmatista el éxito revela la verdad, es decir, la correspondencia de un pensamiento con sus intereses.

La práctica es fundamento de la teoría ya que determina el horizonte de desarrollo y progreso del conocimiento. El conocimiento científico-natural avanza en el proceso de transformación del mundo natural en virtud de que la relación práctica que el hombre establece con él mediante la producción de material, le plantea exigencias que contribuya a ampliar tanto el horizonte de los problemas como de las soluciones.

La teoría revolucionaria no se desarrolla en áreas de la Teoría misma, sino en nombre de la praxis; es una teoría fundada en la práctica que tiende a su vez a resolver, por su carácter riguroso, científico, objetivo y las contradicciones que se presentan real y efectivamente.

La praxis es, en verdad actividad, teórico-práctica; es decir tiene un lado ideal, teórico y un lado material, propiamente práctico, con la particularidad de que sólo artificialmente, por un proceso de abstracción, podemos separar el uno del otro.

Tal filosofía no es otra cosa que el marxismo. La concepción marxista de la praxis. Es una superación tanto del materialismo tradicional como del idealismo, lo cuál entraña a su vez, la tesis de que no sólo el primero sino también el segundo han contribuido esencialmente a la aparición del marxismo.

Para llegar a una verdadera concepción de la praxis, entendida no como actividad de la conciencia -humana o suprahumana- sino como actividad material del hombre social, había que pasar necesariamente desde el punto de vista histórico-filosófico, por su concepción idealista.

La conciencia filosófica idealista es superación desde el punto de vista inmediato, abstracto y unilateral de la conciencia ordinaria, pero esta conciencia se llega a superar, a su vez el punto de vista limitado y misticado.

En este sentido la destrucción de la actitud propia de la conciencia misticada es condición indispensable para superar toda conciencia misticada es condición indispensable para superar toda conciencia misticada de la praxis y elevarse a un punto de vista objetivo, científico, sobre la actividad práctica del hombre, ya que solo así pueden unirse conscientemente el pensamiento y la acción.

Al idealismo filosófico no se le supera con una dosis de "sentido común sino con otra teoría filosófica. La praxis hace posible el tránsito de la teoría a la práctica, y asegura la unidad íntima de una y otra.

Por lo cual Lenin afirma que "sin teoría revolucionaria, no hay movimiento revolucionario posible" (4), La teoría de la praxis revolucionaria exige la superación desde el punto de vista espontáneo o instintivo que adopta la conciencia ordinaria del proletario. De ahí que surja la necesidad de contraponer una recta comprensión de la praxis a la concepción ingenua o espontánea de ella.

La concepción filosófica de la praxis, estriba en una actitud natural en ver la actividad práctica como un simple dato que no requiere explicación, ya que en ella la conciencia ordinaria cree estar en relación directa e inmediata con el mundo de los actos y objetos prácticos.

El hombre común y corriente es un ser social e histórico, que se halla inmerso en una malla de relaciones sociales, su propia cotidianidad se encuentra condicionada histórica y socialmente, y podría decirse que tiene una visión de la actividad práctica. Su conciencia se nutre de adquisiciones de todo genero: ideas, valores, juicios y perjuicios.

Su actitud ante la praxis entraña ya una conciencia del hecho práctico, o sea, cierta integración en una perspectiva en la que rigen determinados principios ideológicos. Su conciencia de la praxis está cargada o traspasada por ideas que están en el ambiente. La conciencia ordinaria piensa los actos prácticos, pero no hace de la praxis, como actividad socialmente transformadora, ya que no produce.

---

4) Sánchez Vázquez Antonio. Ídem pp19

Pero en su actitud natural, el hombre común y corriente muestra cierta idea por limitada y oscura que esta sea de la praxis; una idea a la que seguirá aferrado mientras no salga de la cotidianidad y eleve al plano reflexivo que es el propio, en su forma más elevada, de la actitud filosófica. La conciencia de la praxis tiene que ser abandonada y superada para que el hombre pueda transformar creadoramente, revolucionariamente, la realidad.

El hombre práctico, es el que vive y actúa prácticamente dentro de su mundo las cosas no sólo son y existen en sí, sino que son y existen, sobre todo por su significación práctica, en cuanto satisfacen necesidades inmediatas de su vida cotidiana.

El mundo práctico es para la conciencia ordinaria un mundo de cosas y significados en sí. "Práctico es el acto u objeto que reporta una utilidad material, una ventaja, un beneficio, impráctico es lo que carece de esa utilidad directa e inmediata" (5) Entendido así el mundo de lo práctico, queda fuera de sus fronteras o más bien en oposición a él.

Para la conciencia ordinaria, lo práctico es lo productivo y , lo productivo, a su vez, desde el ángulo de dicha producción capitalista es lo que produce un nuevo valor o plusvalía.

En la Antigüedad griega, la filosofía ha ignorado o rechazado el mundo práctico, y lo ha rechazado precisamente por no captar en él mucho más de o que veía, la conciencia ordinaria: Su carácter práctico-utilitario.

La actividad práctica material y particularmente el trabajo era considerado en el mundo griego y romano como una actividad indigna de los hombres libres y propia de esclavos. A la vez que se rebajaba la actividad material, manual, se ensalzaba la actividad contemplativa, intelectual.

Al griego antiguo le interesaba, el dominio del universo humano, la transformación de la materia social, del hombre, y con ella crear y desarrollar esa peculiar realidad humana, social, que es una innovación en el mundo antiguo: la Polis es la expresión más alta del proceso de transformación consciente del hombre como ser social o "animal político".

"Se hace mención de que el hombre se afirma por dos vías -teórica y práctica."(6)

El concepto de praxis queda reducido a un concepto económico. Sin embargo, el descubrimiento del trabajo humano como fuente de todo valor y riqueza, pone en mano de la filosofía un instrumento valiosísimo para elevarse a una concepción de la praxis total humana. Marx y Engels llegaron a una concepción del hombre como un ser activo, creador, práctico, que transforma el mundo no sólo en su conciencia, sino práctica- realmente.

La categoría de praxis pasa a ser en el marxismo la categoría central. A la luz de ella hay que abordar los problemas del conocimiento, de la historia, de la sociedad, y del ser mismo. La práctica productiva (transformación de la naturaleza mediante el trabajo humano) con la práctica revolucionaria (transformación de la sociedad, mediante la acción de los hombres), como dos formas inseparables de la praxis total social.

---

5) Sánchez Vázquez Antonio. Ídem pp35

6) Sánchez Vázquez Antonio. Ídem pp38

## 1.6 La concepción de la praxis en Hegel.

En el idealismo alemán, la conciencia se presenta como una actividad donde se pone de manifiesto su libertad y soberanía. Su principio activo es el principio de libertad y autonomía. Hegel ha sido perfectamente consciente tanto de su unidad como del principio que le sirve de base. El fundador de este movimiento idealista es Kant, y lo es precisamente por haber fundado su teoría del conocimiento sobre el sujeto y no sobre el objeto.

Hegel piensa que el conocimiento de lo absoluto o conocimiento que este tiene de sí mismo, es un proceso en el cual no existe un abismo infranqueable entre la conciencia ordinaria y la conciencia filosófica, y en el curso del cual la conciencia se eleva desde el escalón más bajo, hasta el saber absoluto.

Por lo cual Hegel es consciente del divorcio entre la teoría y la acción, y por este motivo, no deja plantear una aguda cuestión que Marx volverá a abordar en su Introducción a la Crítica de la filosofía del derecho, de Hegel en 1842.

Hegel no separa espíritu y mundo, sujeto y objeto, como lo hacen sus precursores. Ya que este ascenso es para él proceso de dar razón del mundo que en definitiva es espíritu y por lo tanto es un proceso de autoconocimiento espiritual, tanto por lo que toca su sujeto como a su objeto. Pero claro está que el sujeto, el Espíritu, no se eleva de inmediato a su autoconocimiento pleno que es el "saber absoluto". Tienen que recorrer un largo camino.

Por otra parte "Hegel nos ofrece el primer tratamiento filosófico a fondo de la praxis humana como actividad transformadora y productora de objetos materiales." (7)

Hegel hace mención de que el trabajo tiene la virtud de elevar la conciencia del trabajador hasta la conciencia de su libertad, valor humano. Esta conciencia es la del trabajador que se ve a sí mismo en las condiciones de opresión y violencia, como un ser creador, cuya actividad subjetiva y objetiva en los productos, haciendo emerger un nuevo mundo que lleva su marca. La conciencia la adquiere a través de un largo proceso teórico y práctico de lucha contra su explotación, al cabo del cual el oprimido- en este caso el trabajador- se eleva a la conciencia de su enajenación, y, a su vez a la de su libertad.

En Hegel, la conciencia de su libertad es la conciencia de su naturaleza creadora. Pero esta conciencia es inseparable de la conciencia de su enajenación.

La práctica es aquella idea práctica que en síntesis con la idea teórica da como resultado la idea absoluta. En la fenomenología de la praxis como trabajo humano aparecería en el proceso de fenomenalización del espíritu, como una etapa dentro del movimiento reconocido por la conciencia, hasta que ésta se capta como identidad del sujeto y objeto.

---

7) Sánchez Vázquez Antonio, Ídem pp58

La práctica no es sino una determinación mas en el proceso de lo abstracto a lo concreto que culmina necesariamente en la ultima categoría. Como categoría de la lógica, la actividad práctica, aparece como una determinación de la idea, es decir, como idea práctica. "La idea - dice Hegel- es el concepto adecuado, lo verdadero objetivo o sea lo verdadero como tal. Si algo tiene verdad, lo tiene por medio de su idea, o sea algo tiene verdad sólo por cuanto es idea." (8)

Lenin hace una observación en la cual menciona que una afirmación de la tesis de Hegel, desprendida ya de su carácter idealista: "La práctica es superior al conocimiento (teórico), porque posee no sólo la dignidad de la universalidad. Sino también la de la realidad inmediata

Para Hegel la praxis no es sino un momento del proceso de autoconciencia de lo absoluto, ya sea que la praxis se presente como trabajo humano en la Fenomenología o como idea práctica en la Lógica. Como saber o teoría de lo absoluto es también una teoría absoluta dentro de la cual encuentra su fundamento la praxis misma.

La praxis Hegeliana es una praxis misma. Solo encuentra su fundamento, su verdadera naturaleza y su fin en el movimiento teórico mismo de lo Absoluto.

### 1.7 La concepción de la praxis en Marx.

La relación entre teoría y praxis es para Marx teórica y práctica; práctica en cuanto que la teoría como guía de la acción conforma la actividad del hombre, particularmente la revolucionaria; teórica en cuanto que esta relación es consciente. La práctica es vista con recelo pues sólo vendría a empañar la pureza de la teoría (actitud de los griegos, y en general de la filosofía idealista prehegeliana)

Marx señalo claramente la relación entre la filosofía idealista y la práctica revolucionaria de su época, con la particularidad de que esa relación la veía a la luz de las condiciones peculiares de un país. Se menciona que Marx termino en la culminación de la creación de una filosofía de la praxis, entendida ésta no como praxis teórica sino como actividad real, transformadora del mundo.

Los factores teóricos eran los siguientes: la filosofía de la praxis, aunque marcara una ruptura radical con la filosofía especulativa, sólo podría surgir sobre una base teórica determinada, como heredera de la filosofía que había dado al hombre conciencia de su poder creador, transformador, aunque fuera en forma idealista.

Los factores prácticos son: Actividad humana productiva y político-social que ponían a prueba el valor y el alcance de la teoría. La elaboración por parte de Marx, de la categoría praxis, Como categoría central de su filosofía, es a su vez un proceso teórico y practico.

---

8) Sánchez Velásquez Antonio. Ídem pp72

La filosofía no pudiera ser un instrumento teórico de conservación o justificación de la realidad, sino de su transformación, la filosofía habría de ser por ello, ante todo crítica de la realidad para asegurar esa transformación. Pero su crítica no lograba transformar la realidad, por lo que se estableció otro tipo de vinculación entre la filosofía y la realidad, o más bien entre el pensamiento y la acción. Para que una crítica avance ha de ser radical, dice- Marx- es atacar el problema de raíz, y la raíz para el hombre es el hombre mismo. El paso de la teoría a la praxis revolucionaria se halla determinada a su vez, por la existencia de una clase social- el proletariado- se trata de una misión histórica -universal. El proletariado está destinado históricamente a liberarse por medio de una revolución radical que implique la negación y supresión de sí mismo como clase particular y la afirmación de lo universal humano.

Marx nos dice que el proletariado no puede emanciparse sin pasar de la teoría a la praxis. La teoría por sí misma no puede emanciparse y la existencia social garantiza por sí sola su liberación. El proletariado aparece sobre todo como la negación de los humanos, y no en relación con cierto desarrollo o nivel de la sociedad. Marx concibe la praxis como una actividad humana real, efectiva y transformadora que, en su forma radical es justamente revolución. El proletariado se nos presenta hasta ahora, como un ser que sufre, destinado a liberarse y, por tanto como sujeto de una praxis revolucionaria. El proletariado encarna el sufrimiento humano. Marx ve hasta ahora al proletariado como un revolucionario que lucha en virtud del carácter universal humano de su sufrimiento, pero ve al proletario, en forma objetiva y originaria.

Hasta ahora el proletariado se le había presentado a Marx como la negación de la esencia humana, y no como agente de la producción. En esta negación veía Marx la necesidad de su liberación.

El trabajo humano o sea, la actividad práctica material por la cual el obrero transforma la naturaleza y hace emerger un mundo de productos, se le presenta a Marx como una actividad enajenada." Mediante el trabajo enajenado dice - Marx - el hombre no sólo engendra su relación respecto al objeto y al acto de producción con potencias ajenas y hostiles a él, sino que engendra, además, la relación en que otros hombres se mantienen con respecto de su producción y a su producto y ya que él mismo mantiene con respecto a otros hombres" (9) Este tipo de relaciones sociales Marx las llamó relaciones de Producción

Marx menciona que el hombre es producto de su propio trabajo. El trabajo no solo produce objetos y relaciones sociales, sino que produce al hombre mismo.

La producción se halla en relación con la necesidad y el hombre es un ser de necesidades y justamente por ello produce para satisfacerlas. El hombre que satisface su necesidad en medida en que ésta ya ha perdido su carácter físico. Para que satisfaga propiamente sus necesidades tiene que liberarse de ellas superándolas, es decir, haciendo que pierdan su carácter meramente natural, instintivo y se vuelvan específicamente humanas.. Esto quiere decir que la necesidad propiamente humana tiene que ser inventada o creada. Ya que el hombre no es sólo un ser de necesidades, sino el ser que inventa o crea sus propias Necesidades.

---

9) Sánchez Vázquez Antonio. Ídem pp113

La producción es creación de un propio objetivo, pero sólo el hombre puede darse a sí mismo el estímulo de la producción, de necesidades que van creándose en un proceso sin fin. Y en la medida que el hombre crea sus propias necesidades se crea o produce a sí mismo. Pero esta producción del hombre pasa por el tipo particular de producción, que la producción enajenada.

El trabajo- la producción- es lo que eleva al hombre sobre la naturaleza exterior y sobre su propia naturaleza, y en esta superación de ser natural, consiste su auto producción.

La praxis material, entendida sobre todo como actividad productiva, se convierte en una categoría económica-filosófica. "La praxis proporciona a la ciencia y al conocimiento no sólo su fin sin su objetivo. La educación permite que el hombre pase del reino de las "sombras" de la "superación", al reino de la razón. Educar es transformar a la humanidad" (10)

La praxis se convierte en una categoría sociológica que fija las condiciones de una verdadera transformación social: cambio de las circunstancias y del hombre mismo. La unidad de uno y otro cambio definen a su vez, la praxis revolucionaria.

El hombre se define como ser práctico. La filosofía de Marx cobra un verdadero sentido como filosofía de transformación del mundo. La filosofía de la praxis, el marxismo es la conciencia filosófica de la actividad práctica humana que transforma el mundo.

La conciencia ordinaria parece superar la conciencia idealista, especulativa, de la praxis, en cuanto que esta se aísla de la praxis material, la ciencia ordinaria ve el mundo como un mundo de objetos acabados, no como productos de la actividad humana, y al concebir la actividad en un sentido utilitario, la capta en oposición a toda teoría.

---

10) Sánchez Vázquez Antonio. Ídem pp. 131



Para que un estudiante pueda sacar provecho del modelo vivido por otra persona es preciso que ensaye o imagine activamente la situación, para eso las simulaciones son muy afectivas, porque exigen que el estudiante tome la iniciativa y decisión; por lo tanto las simulaciones facilitan al principiante oportunidades de acceder a modelos bajo la guía de un docente.

Polanyi (1958) "denomina a este fenómeno una transacción de sabiduría personal". (13) Menciona que todo individuo aporta su formación cultural, compromisos intelectuales y aptitudes de aprendizaje a una situación clínica orientan a que se tomen iniciativas y decisiones.

Las enfermeras experimentadas recuerdan sin esfuerzo, situaciones clínicas que modificaron su concepción. De la asistencia al enfermo.

#### 1.8.6 Consignas e instrucciones clínicas de enfermería.

El personal de enfermería experto transmite instrucciones críticas que sólo tienen sentido si el que las recibe posee ya un conocimiento profundo de la situación.

Polanyi (1958) "denomina máximas a estas instrucciones." (14)

Las enfermeras clínicas expertas son capaces de aprender mucho de las ordenes que se transmiten entre ellas, pero también el observador externo y la enfermera menos experimentada pueden sacar conclusiones sobre determinadas facetas de la ciencia clínica, sobre todo en cuanto al saber perceptivo que encierran las ordenes.

#### 1.8.7 Competencias clínicas y atribuciones imprevistas en enfermería.

La enfermera en los establecimientos sanitarios y en los servicios de asistencia prolongada, se ha ampliado considerablemente debido a la competencia y actuaciones delegadas por el medico y otros profesores de la sanidad.

La habilidad y los conocimientos prácticos de las enfermeras clínicas con categoría de expertas constituyen un valioso y soterrado caudal de sabiduría profesional; Pero esta sabiduría solo puede aumentar y expandirse en toda su plenitud si las profesionales registraran sistemáticamente las experiencias y el saber que les depara el diario ejercicio de su trabajo.

La reseña de los conocimientos prácticos resulta esencial para el perfeccionamiento y propagación de la teoría en el campo de la enfermería.

La enfermera tiene mucho que aprender de las profesionales que contrastan sus juicios cualitativos escalonados y que definen y documentan sus observaciones, actitudes, modelos, consignas y cambiantes atribuciones.

---

13) Benner Patricia, Idem, pp. 37

14) Benner Patricia, idem, p.p 39

Stuart Dreyfus, matemático y analista de sistemas, y Hubert Dryfus filósofo, elaboraron un modelo de adiestramiento o capacitación técnica (adquisición de aptitudes o habilidades), basado en el estudio de los jugadores de ajedrez y de los pilotos aéreos.

El modelo Dreyfus citado en Benner, quien se basa en que todo estudiante o aprendiz adquiere conocimientos precisos a través de cinco estadios o categorías de eficiencia: PRINCIPIANTE, PRINCIPIANTE AVANZADO, COMPETENTE, AVENTAJADO, y EXPERTO.

Cada uno de estos grados de identificación como indicativo de cambios en tres facetas de la ejecución profesional experta.

El primero consiste en paso de la subordinación de los enunciados abstractos a la utilización como modelo de experiencias concretas del pasado.

El segundo cambio es una alteración de la forma en que el principiante percibe una situación dada, de la cual está se ve cada vez menos como un agregado de partes igualmente destacables y más como un todo único del que sólo descuellan algunos aspectos.

El tercer cambio es el paso de una posición de observador objetivo a la de ejecutor comprometido en la acción: el sujeto deja de estar al margen de la situación y participa plenamente en ella.

#### 1.8.8 Métodos para identificar competencias clínicas.

Con el objeto de constatar y comprender las diferencias que se observan en el desempeño de las actividades clínicas, y en la evaluación de situaciones entre las enfermeras principiantes y en las mas experimentadas, se elige un sistema de entrevistas por parejas con enfermeras principiantes y profesionales, estas se tomaron de tres hospitales. Cada pareja se entrevista por separado y se le pregunta sobre situaciones asistenciales vividas en común y que merecen destacarse por algún concepto. También se les pregunta en que aspectos clínicos hallan más dificultades; en la enseñanza o en el aprendizaje. El propósito es descubrir si existen diferentes características en el relato de la enfermera principiante y de la experta entorno a un mismo episodio clínico. En caso afirmativo se debe de hallar el modo de explicar o interpretar estas diferencias, siempre y cuando sean reconocibles, a partir de la versión comentada por las entrevistadas.

Las entrevistadas (en grupos reducidos o individuales) y las observaciones de las participantes en el estudio se llevaron acabo en seis establecimientos sanitarios: dos hospitales privados locales, dos hospitales docentes regionales, un centro médico universitario y un hospital general urbano.

#### 1.8.9 Interpretación de los los datos sobre competencias clínicas.

Cada interpretación solo es aceptada si existe un acuerdo en el nombramiento e interpretación de la competencia más sobresaliente, y de la habilidad desarrollada.

"El método de interpretación mas utilizado se basaba en la fenomenología de Heidegger que se ajusta con los planteamientos del método comparativo constante de Strauss y Glasser citados también por Benner El objetivo no era formular términos teóricos, sino identificar significados y contenidos." ( 15) Una enfermera traslade lo aprendido en los manuales de estudio; todavía no se halla familiarizada con el lenguaje y sus palabras suenan como objetos o referencias extrañas. Utiliza términos accidentales y facilita información accesoria. No capta la situación que se le presenta con la misma visión global y anticipatoria que tiene la enfermera experta, la experta actúa de una manera más rápida y trabaja con los recursos disponibles en ese momento.

## 1.9 CONCEPTOS BASICOS PARA INTERPRETAR LA TEORIA DE NIVEL DE COMPETENCIA.

### 1.9.1 Principiante.

Los principiantes no tienen experiencia de las circunstancias en que habrán de desenvolverse. Para poder facilitarles el acceso a las situaciones clínicas y la adquisición de la experiencia es indispensable, poner en práctica sus conocimientos y aptitudes, se les habla de situaciones objetivas y cuantificables del paciente, particularidades de la relación de tareas que pueden ser identificadas sin tener experiencia situacional.

A los principiantes se les proporcionan reglas o pautas, no sometidas a oportunidades concretas.

La conducta regida por las reglas, básica del principiante es en extremo limitada e inflexible y esto es debido a que el principiante no tiene experiencia de la oportunidad o situación que se le presenta, por eso es, preciso darle instrucciones que orienten su actuación. Pero el apego a las normas es la oposición de la ejecución exitosa, porque las pautas no indican al principiante cuáles son las iniciativas más pertinentes que se requieren en una situación real.

Los estudiantes de enfermería acceden a una nueva área clínica en calidad de principiantes; apenas tienen ideas del sentido contextual de los términos recién aprendido en los libros de texto.

Por lo cuál los estudiantes no son los únicos principiantes. Ya que menciona que toda enfermera que pasa a ejercer funciones en un servicio clínico del que no tiene experiencia asistencial, puede verse obligada a retroceder a la categoría de principiante si no esta familiarizada con los objetivos y los instrumentos de atención al enfermo.

En el modelo Dreyfus existe el grado de competencia o habilidad que puede alcanzarse mediante la enseñanza teórica impartida en el aula y el discernimiento y la habilidad que se adquieren en situaciones reales.

---

15) Benner Patricia, Idem, pp. 44

### 1.9.2 Principiante Avanzado.

Los principiantes avanzados son los que pueden acreditar una ejecución marginalmente aceptable. Se menciona que se trata de profesionales que han afrontado situaciones prácticas.

El principiante avanzado requiere tener experiencia previa en dichas situaciones reales, para poder ser reconocido y clasificado en dicha categoría.

El principiante avanzado o su tutor están en condiciones de formular principios que orienten las iniciativas en función de los atributos como de los aspectos.

Los principiantes y los principiantes avanzados apenas logran hacerse cargo de la situación; todo es demasiado novedoso poco familiar, y tienen que esforzarse en recordar las pautas que se le han enseñado.

Es demasiado el tiempo que los estudiantes y enfermeras principiantes se dedican a la identificación de necesidades. Ya que requieren que se les ayude a establecer un orden de prioridades, dado que actúan basándose en ordenes generales. Aun requieren del consejo de enfermeras que tengan como mínimo la categoría de competente, en clínica, para así tener la seguridad de que se atenderán las necesidades urgentes del paciente. Ya que el principiante avanzado no está en condiciones de distinguir cuales son las necesidades más importantes.

### 1.9.3 Competente.

La condición de competente, tipifica a la enfermera, que lleva de dos a tres años desempeñando una labor en las mismas y análogas circunstancias, y esto es notable cuando la profesional empieza a valorar sus iniciativas en función de objetivos o planes de largo alcance perfectamente asumidos.

El plan determina que cualidades y que aspectos de la situación presentes y de la prevista en el futuro deben considerarse importantes y cuales pueden omitirse. Es por eso que la enfermera competente elabora un plan desde una perspectiva, y se asienta en una visión notable consiente, abstracta y analítica del problema.

A la enfermera competente le falta prontitud y flexibilidad de la enfermera aventajada, pero tiene la sensación de que conoce el oficio y de que está preparada para afrontar y salir de dichas situaciones clínicas. El planteamiento consciente y ponderado, característico de esta categoría profesional, facilita la labor y adecuada organización.

Las enfermeras pueden sacar partido de ejercicios y simulaciones referidas a la toma de decisiones que le enseñan a planificar y a coordinar múltiples y complejas exigencias del cuidado del enfermo.

#### 1.9.4 Aventajado.

El profesional aventajado percibe las situaciones como un todo y no en función de los aspectos. Su ejecución se inspira en las ordenes que se asignan. La perspectiva no es fruto de la reflexión, sino que se presenta espontáneamente, la cual se basa en la experiencia y en sucesos en fechas recientes.

La enfermera aventajada concibe una situación como un todo porque entienden su significado en términos de objetivos a largo plazo.- La enfermera aventajada aprende de la experiencia vivida, y que debe modificar algunas acciones en cuestión a lo ya vivido.

Debido a esta capacidad para identificar acciones o situaciones basadas en la experiencia, ya esta en condiciones de apreciar en que casos no se realiza en cuadró previsto. En la toma de decisiones la enfermera aventajada ya tiene una idea general de cuáles de los muchos aspectos y atributos son realmente importantes. En el caso de la enfermera competente aún no tiene experiencia en una visión tan amplia, y no podría identificar los aspectos más importantes.

La enfermera profesional toma mayor atención a los aspectos según su mayor o menor importancia con respecto a las circunstancias en ese momento. La enfermera utiliza las ordenes como una pauta, pero antes de aplicar esta orden, se precisa de un profundo conocimiento de las circunstancias del caso. Las ordenes reflejan expresiones de las situaciones y de cómo se reflejan.

El método de enseñanza que más conviene a los profesionales aventajados es el estudio de casos, ya que ponen a prueba y evalúan sus facultades para hacerse cargo de una situación. El grado de eficiencia del profesional aventajado se refuerza cuando se pide al estudiante que mencione casos y ejemplares para adquirir experiencia. Los profesionales aventajados pueden tener la sensación de que las enseñanzas teóricas en que inicialmente se basaban sus aptitudes y experiencias son de causa inútil.

Las lecciones teóricas sirven para enseñar al principiante, el cómo abordar situaciones sin riesgo y con seguridad y en consecuencia no resultan apropiadas para describir o explicar aspectos más sutiles y complejos de la situación.

Al profesional aventajado se le enseña mejor siguiendo el método inductivo, a partir de una circunstancia clínica, de modo que demuestre su aptitud para interpretarla. Es posible plantear ejercicios de aprendizaje de modo que los clínicos aventajados, aporten casos de estudio sacados de su propia experiencia, situaciones que fueron exitosas en las que tuvieron la clara impresión de que su participación fue determinante y casos en que no se sintieron satisfechos de su actuación o que tuvieron la sensación de sentirse confundidos por dichas situaciones.

El clínico aventajado es el que con más frecuencia está en condiciones de reconocer la disminución en el estado del paciente antes de que se produzcan cambios asistenciales en las constantes vitales. Se le llama enfermera aventajada a la que ha trabajado por un espacio de tres a cinco años aproximadamente.

### 1.9.5 Experto.

La profesional o el profesional experto ya no necesitan de un principio analítico (regla, orden) para la comprensión de la situación, y que esta se traduzca en una iniciativa idónea. La enfermera experta a estas alturas ha hecho un inmenso acopio de experiencia y es capaz de captar por vía intuitiva todas las situaciones, y se centra en el núcleo correcto, del problema, sin malgastar el tiempo, en una gran variedad de diagnósticos distintos y soluciones inadecuadas.

La profesional actúa partiendo de un profundo conocimiento de la situación real.

"Una transformación análoga acontece con respecto a los medios de que se vale la enfermera clínica experta". (16)

La enfermera necesita una capacidad analítica notable para hacer frente a situaciones de las que la enfermera inexperta no tiene experiencia. El factor analítico es necesario para cuando el profesional experto no capta correctamente que la circunstancia en la cual se encuentra con los sucesos y comportamientos no siguen su camino.

El contexto y los significados propios de las situaciones clínicas influyen de manera notable en la actuación del experto por consiguiente las técnicas de evaluación basadas en principios y elementos desprovistos de contexto no pueden detectar los conocimientos técnicos que conllevan a la actividad profesional del experto clínico.

El registro sistemático que hacen las enfermeras de las actividades clínicas es un paso esencial en el perfeccionamiento del saber clínico y el profesional pueden beneficiarse de la reseña y descripción sistemática de los episodios de su labor, tanto ponen de relieve su habilidad en el campo clínico así como de su desempeño en la función asistencial. Cuando el clínico documenta su actividad facilita el acceso a nuevos campos de sabiduría clínica para su posterior estudio y profundización.

Los clínicos expertos sirven de consultores a otras enfermeras, ya que su ayuda es esencial para facilitar la evaluación médica del paciente, al haber detectado alteraciones clínicas en una fase temprana.

" El estudio de la ejecución aventajada y experta debiera hacer posible la explicación de la labor de la enfermera experta y de su efecto en el estado del paciente. Este conocimiento podría utilizarse para ampliar aún más el campo de acción de las enfermeras que desean y están capacitadas para alcanzar niveles de gran competencia profesional." (17)

Cuando el personal experto es capaz de describir situaciones clínicas en las que ha tenido participación destacable, se manifiesta parte del saber inherente a su labor profesional y el hecho que salga a relucir su actividad realza y facilita la determinación de la destreza en la función.

---

16) Benner Patricia, Ídem, pp. 60

17) Benner Patricia, Ídem, pp. 62

## 1.10 Sentido de la experiencia como eje de la expertez clínica.

Debido al termino, que se le da no se refiere al paso del tiempo o a la longevidad, sino que se concibe como la valoración de nociones y postulados teóricos mediante la confrontación de muchos casos prácticos reales.

La teoría y la investigación científica se generan desde la esfera práctica, es decir, a través de la labor de los especialistas en un campo determinado. Únicamente partiendo de las presunciones y expectativas que conforta el ejercicio experto de la actividad clínica.

Entre las categorías del competente y del aventajado o experto existe un salto, una discontinuidad.

" Una deducción importante del modelo Dreyfus es que la experiencia y la destreza originan un cambio en técnica, lo cual genera a su vez mejoras en la prestación del individuo.

Por el contrario si uno obstina en obligar a los expertos a que respeten las ordenes y directrices, que tal vez seguían cuando eran principiantes, observarán que su ejecución se resiente de forma notable". ( 18 )

La técnica interpretativa utilizada en el proyecto AMICAE tiene según Benner sus raíces en la obra de Heidegger y Taylor y se presentó gracias a Rabinow y Sullivan (1979), como un método innovador en el campo de las ciencias sociales por Rabinow en 1919.

Este sistema de interpretación lleva a la aplicación de la síntesis y a la vez variada de la función de la enfermera.

El método o la técnica interpretativa descansa siempre en el contexto, circunstancia concreta de la situación, es decir, en la duración del tiempo, significados y fines involucrados en ella. En la aplicación de una técnica interpretativa, las intenciones y el conocimiento de los participantes se toman en consideración y se concibe como inmersos en la pluralidad compartida de significados. Y una técnica interpretativa evita la dificultad de las interminables listas de tareas, sin facilitar guías para determinar cuáles son las más importantes.

Los campos de acción y competencias de la función de la enfermera experta, en la cual menciona que tiene una gran habilidad para identificar y describir los problemas que suelen presentarse en la práctica.

Se menciona que con el tiempo las enfermeras adquieren mas conocimientos clínicos y se olvidan de los conocimientos académicos.

La variedad y las excepciones que se dan en el ejercicio de la función clínica esquivan las explicaciones del manual, pero de modo paulatino, vacian al acervo de situaciones pasadas que tiene la enfermera experimentada.

---

18) Benner Patricia, Idem, pp. 65

19) Benner Patricia, Idem, pp. 71

El modelo lineal de aprendizaje, de la función de la enfermera puede obscurecerse en la práctica ( el saber implícito en la práctica clínica), ya que dicho modelo simplifica en exceso, y puede hacer caso omiso del contexto.

“ Los principiantes no solo carecen de experiencia en cada materia sino que necesitan recurrir a pautas de actuación compartimentada y técnicas analíticas. El experto siempre sabe mas de lo que es capaz de explicar . (19)

La sabiduría esta contenida en las percepciones y no en las reglas.

Registro o medición de la experiencia o nivel de expertés.

Las mediciones de la ejecución o rendimiento profesional únicamente pueden ser tan productivas y exactas como las competencias seleccionadas para ser medidas.

Las técnicas de medición por perfectas que sean no pueden superar las limitaciones que concurren en la determinación de las competencias a evaluar.

“ Pottinger citado por Benner señala las limitaciones de dos técnicas de determinación de competencias de uso corriente. 1) acuerdo general entre expertos y 2) análisis de funciones de tareas”. (20)

También se sabe sobre la medición de las aptitudes, criterios de dificultades o conocimientos para solventar obstáculos cuando la resolución de dificultades se reduce a definir el problema y a ordenar las alternativas.

#### 1.11 Proceso de delimitación de campos de acción y competencias.

La solidez de este método radica en la identificación de competencias, que se realiza según presupuestos reales y no en función de la labor de unos expertos dedicados a la necesidad de generar competencias partiendo de modelos o de casos hipotéticos.

Las ventajas de este método consisten en disminuir la competencia de la profesión de la enfermera:

1) Se transcriben en exigencias de ejecución, recursos y restricciones del ejercicio práctico de la profesión.

2) El método en cuestión facilita una variedad de relación de ejemplos en enfermería clínica.

La técnica interpretativa esta basada en situaciones reales, ya que para explicar la función enfermera supera alguno de los obstáculos del reduccionismo consustancial a un método analítico de tareas en el que éstas se reseñan sin referencia a contenidos ni objetivos. Además de que supera las dificultades en las descripciones globales o excesivamente genéricas fundamentadas en la categorización de la función enfermera.

---

19)Benner Patricia, Ídem, pp. 71

20)Benner Patricia, Ídem, pp. 71



## 1.12 DEFINICION DE AREAS O CAMPOS DE ACCION DE LA PRACTICA ENFERMERA.

- a) - La función de ayuda al enfermo
- b) - La función docente y tutelar
- c) - La función diagnóstica y de vigilancia al paciente
- d) - Gestión eficaz de situaciones que cambian rápidamente
- e) - Administración y supervisión de intervenciones y tratamientos terapéuticos
- f) - Supervisión y garantía en cuanto a la calidad de la asistencia sanitaria
- g) - Competencias en el plano de organización y contexto laboral. (21)

### 1.12.1 a) Función de asistencia al enfermo.

Los pacientes solicitan de la enfermera distintas clases de ayuda que esperan recibir efectivamente de otros profesionales de la asistencia sanitaria. Buscar ayuda y obtenerla son dos cosas diferentes. Una persona puede recibir auxilio sin solicitarlo o recabar ayuda sin conseguirla. En ocasiones lo que se llama ayuda ni siquiera lo es.

En el marco de nuestra tecnología, el sufrimiento, el dolor y los dilemas que cuestionan al ser humano se reducen fácilmente al resumen de resolver dichas cuestiones o problemas. Por la vía del análisis se separa la mente del cuerpo - lo psicosocial y lo orgánico - con fines de estudio. Lo que se distingue en la toma de decisiones sabias en el hombre es que la situación configura con la actitud, de modo que la respuesta es únicamente metodología o metódica y ordenada como se presente dicha situación. (Dreyfus, 1979, pp. 256-271)

La asistencia de la enfermera va más allá de las definiciones ejemplos que marque la terapéutica, en las cuales el cambio se estima en términos de progreso cuantificables, en el abandono de compromisos o significados insostenibles o en la fijación de unos objetivos.

La relación curativa: Es crear un clima que favorezca y consolide un esfuerzo en pro de la curación.

Benner estima que la participación de la enfermera repercute en la mejoría del paciente, en su estudio se evidencio una afinidad curativa surgida entre un paciente y la enfermera. En el transcurso de esta interdependencia se particularizan varias etapas:

1. - Activar la esperanza, tanto en el caso de la enfermera como del paciente.
2. - Hallar una interpretación aceptable de la enfermedad, el dolor, el miedo, la angustia u otras emociones internas o compulsivas.
3. - Auxiliar al paciente ayudándole a valerse del apoyo social, emocional y espiritual.

La enfermera debe movilizar sus propias esperanzas y las del enfermo, hallar una interpretación o comprensión aceptable para uno y otro paciente.

La iniciativa de la enfermera surge de una actitud de entrega y compromiso personal hacia el paciente.

---

21) Benner Patricia, Ídem, pp. 74

La enfermera debe de encarar el hecho de que es muy poco lo que ellas y otros profesionales del equipo de cuidados, pueden hacer para prolongar la vida del paciente. Por otro lado la enfermera pudo realizar las condiciones de vida - por corta que esta sea del paciente durante sus últimos días de estancia en el hospital la enfermera ha de ser capaz de ir mas allá de la impresión habitual a la de cuidar y de curar al paciente, contribuyendo a realizar y facilitar el sentido de la propia dignidad de cada personal.

La enfermera debe saber captar la fortaleza, impulso, deseo y capacidad del enfermo para mejorar su estado físico, y movilizar estas fuerzas en la relación entre enfermera y paciente.

La enfermera experta utiliza su habilidad y experiencia para inducir a participar y a vigilar su estado del paciente.

La enfermera debe de ayudar al paciente a recobrar la sensación de dominio y de participación activa en su restablecimiento. Además de que con frecuencia es la enfermera la que asiste al paciente y es la que ayuda a recobrar este sentimiento de participación y de supervisión activa de la enfermedad del paciente.

La enfermera con frecuencia se vale del tacto (MANO) para consolidar y llegar al corazón de un paciente reservado y deprimido. A menudo este contacto cálido y humano es el único modo de aliviar al enfermo y comunicarse con él. El tacto transmite sentimientos de comunicación, apoyo y a la vez aporta estímulo y bienestar físico. Pero el toque, como toda otra forma de comunicación, tiene muchas connotaciones y debe de utilizarse con discreción.

Prodigar soporte emocional e información a las familias de los pacientes.

Los pacientes desempeñan el papel de colaboradores y son un factor importante en la recuperación del paciente. La enfermera sostiene y alienta al máximo el papel positivo de los miembros de la familia en la curación o restablecimiento del paciente, a la vez que se les procura sostén emocional y la información que precisan.

La enfermera aprende a reconocer y ha de recordar cuáles son las cosas que los pacientes no comprenden, También aprende a descifrar a determinados pacientes. La enfermera necesita reconocer las pautas de conducta y el universo particular de cada paciente con el objetivo de anticiparse a sus reacciones.

La enfermera facilita a los pacientes un lenguaje con el que pueden expresar sus sentimientos para que éstos resulten entendibles a otros individuos y no vean en ellos una amenaza. La enfermera debe estar del lado del paciente para reportar la ayuda, no para obtener una compensación a sus expensas. La misión de la enfermera es retomar al paciente a la responsabilidad sobre sus actos.

La enfermera debe de entender que sus objetivos la van a vincular seriamente al cumplimiento de estos y la alimentan al compromiso de trabajar para la mejoría y el bienestar de objetivos realistas y alcanzables para el sujeto activo, y estos deben apuntar a la mejora del comportamiento social y a la condición psicológica. Además la enfermera debe ayudar al paciente a reconocer cuando ha logrado un éxito o realizado un progreso

El empleo de objetivos con fines terapéuticos exige que la enfermera elija un nivel apropiado de objetivos y que lo haga en el momento oportuno en base a la evolución del paciente.

#### 1.12.2 b) La función enseñante y tutelar.

Los profesionales facilitan referencias y guías temporales al paciente hospitalizado que está confuso en el curso de una enfermedad. La enfermedad en si constituye las respuestas corporales familiares por otras desconocidas y equivocados o no los pacientes interpretan a su modo estas respuestas, a veces se equivocan y toman el signo de mejoría por una señal de empeoramiento. Con frecuencia el enfermo pide aclaraciones a la enfermera antes de preguntar al medico, con lo cual ellos acaban por convertirse en autenticas expertas cuando se trata de aleccionar e informar al paciente durante su enfermedad.

Los intercambios o transacciones personales que requiere la enseñanza y el aprendizaje exigen una destreza considerable, pero cuando la persona a instruir se siente amenazada y enferma, aumentan las exigencias y se diversifican las cualidades necesarias.

Las enfermeras expertas han aprendido a comunicar y a enseñar en situaciones extremas en el curso de esta enseñanza se ven obligadas a poner en juego sus condiciones personales, actitudes, tono de voz, humor, conocimientos y una gran variedad de formulas de acercamiento al paciente. Es mucho lo que se tiene que aprender de la inexplorada sabiduría de la enfermera maestra en el arte de instruir y aleccionar. Pero aprender de personas expertas exige prestar atención al contexto y evitar las generalizaciones apresuradas. En ocasiones la instructora debe mostrarse firme y decidida para hacerse cargo de la situación en el lugar del paciente atormentado por el miedo, después la enfermera será la que estimule al enfermo a responsabilizarse de su situación. Cuidar de uno mismo es una cualidad muy estimable, pero a menudo confiar en que eso ocurra en casos de extrema gravedad es poco realista.

Gran parte de la habilidad de la función de enseñante y tutelar de expertos es irrelevante si nos limitamos al estudio de sesiones de enseñanza y aprendizaje convencionales y planificadas. Es preciso estudiar, ya que la enseñanza y la preparación comprendida en los cuidados generales nos hará mejores profesionales. Ya que si solamente suministramos información a enseñar ordenes académicas estamos simplificando en extrema esta función.

La enfermera experta no solo ofrece información, sino también modo de ser, maneras de afrontar problemas e incluso nuevas posibilidades para el paciente.

- " - Sentido de la oportunidad: evaluar la disposición del paciente para ser aleccionado.
- Ayuda a los pacientes a integrar las secuelas de la enfermedad y el restablecimiento en sus formas de vida.
- Descubrir y comprender la interpretación que hace el paciente a su enfermedad.
- Facilita una interpretación del estado del paciente y ofrece una exposición razonada de los tratamientos aplicables.
- La función tutelar o preparatoria: hacer comprensibles aquellos aspectos de una enfermedad, que son esquivados por razones de índole social. " (22)

La enfermedad, el dolor, la deformidad, la muerte y hasta el nacimiento son sucesos en gran medida inexplorados y culturalmente esquivada. El ignorante carece de sentido adaptativo para prepararse anticipadamente para las múltiples enfermedades que potencialmente pueden contraer, siendo que las dolencias y el sufrimiento tienden a ser experiencias marginales y aisladas, por otro lado las enfermeras con su formación y el ejercicio práctico de su profesión, desarrollan un medio de observación e interpretación de muchas maneras de sentir y afrontar la enfermedad, el sufrimiento, el dolor, la muerte y el nacimiento, por lo que esta en condiciones de ofrecer al paciente vías de entendimiento, dominio creciente, aceptación e incluso gratificación en medio de esos episodios insólitos y desconocidos.

Para el desarrollo de esta competencia se requiere de experiencia además de tener una preparación académica adecuada, dado ya que es imposible aprender estas formas de ser y enfrentarse con la enfermedad basándose únicamente en formulaciones preceptivas. Por el cuál se precisa un profundo conocimiento de la situación y a menudo de los modos de ser y de afrontar un episodio mórbido el cuál no se transmite con palabras, sino mediante demostraciones, actitudes y reacciones. Las enfermeras por la forma de realizar su tarea, y por la manera de atender una herida o por el modo en que hablan de la fase de recuperación después de una operación quirúrgica, facilitan medios de comprensión. Ya que a través de la capacidad que tiene la enfermera para afrontar y encararse con la dificultad, el paciente llega a convencerse de que el problema es controlable.

“ Se hace preciso elaborar etnográficas explicativas de técnicas de aleccionamiento eficaces e ineficaces en las distintas especialidades, tanto para depurar como para reforzar conocimientos y aptitudes, pero también para recobrar y conservar esta sabiduría práctica en beneficio de nuestros pacientes. (23)

### 1.12.3 c) La función de diagnóstico y de supervisión.

Las funciones diagnósticas y de control que desarrollan las enfermeras se han aquilatado de forma espectacular a medida que el número de enfermedades e intervenciones se incrementan. El apoyo con que cuenta el paciente es la enfermera, la cuál vigila escrupulosamente y detecta en forma temprana los posibles trastornos que pueden presentarse. En la practica suele ser la enfermera la que pasa más tiempo con el paciente y es la primera que detecta el síntoma o signo alarmante.

Mucho hay que aprender de la sabiduría clínica inherente a la competencia de las enfermeras expertas para emitir un diagnóstico y a sus cualidades para vigilar el curso evolutivo de una enfermedad. La importancia de las facultades intuitivas y el sentido crítico basado en la experiencia es absolutamente determinante. Las enfermeras con un largo aprendizaje a sus espaldas en el cuidado de los pacientes similares adquieren unos conocimientos especializados y se valen de un lenguaje particular. La mayoría de las veces las enfermeras son las primeras que descubren y dejan constancia de los cambios que se producen en la condición del enfermo. A diferencia de la señal de alarma precoz, esta serie de cambios pueden verificarse sin dificultad promedio de signos vitales determinables datos basados en la observación.

---

23) Benner Patricia, Idem. Pp. 118

Está ejecución experta comprende una constatación sólida y el sometimiento del medico.. Las enfermeras recién tituladas que empiezan adquirir experiencia en esta competencia deben de dominar el componente apreciativo o identificativo, para saber documentar el hecho y por último exponer el caso de manera persuasiva.

- " - Apreciación y documentación de cambio significativos en el estado del paciente.
- -facilitar señale la detección temprana, prevenir las crisis y el empeoramiento antes de que se produzca síntomas claros de diagnostico que confirmen la estimación inicial.
- Prevención de complicaciones contempla las posibles contingencias futuras.
- Hacerse cargo de las exigencias y situaciones específicas de una enfermedad: Anticiparse a las necesidades asistenciales del enfermo.
- Valoración de las posibilidades de satisfacción del paciente y de su capacidad de respuesta a las distintas vías de tratamiento. (24)

**Prevención de complicaciones: Anticipar las posibles contingencias.**

Las enfermeras experimentadas que emplean gran parte del tiempo dedicado a su función especulando y reflexionando sobre el posible curso evolutivo del paciente, previendo que dificultades pueden surgir y que posibilidades existen de afrontarlas. Después de haber visto el cuadro clínico de innumerables enfermos, cuentan con un bagaje de las expectativas reales y de preocupaciones vividas aplicables a los enfermos encomendados en su práctica clínica. Se basan en lo que observan en lo que esta sucediendo con un paciente concreto, ya que no podría ocurrir a todos los pacientes en general.

La enfermera experta desarrolla su actividad con el ojo puesto en las contingencias futuras, muchas de ellas se basan en experiencias difíciles, y en las cuáles han aprendido que nunca deben perder de vista el desenlace posterior de una enfermedad actual.

Las enfermeras expertas han observado que una experiencia muy tardada del enfermo con una dolencia determinada, le llevará a vislumbrarla y ha definirla de un modo particular, a través de una óptica muy personal.

La enfermera experta esta en condiciones de identificar pautas para afrontar la enfermedad entre los pacientes que padecen ciertas dolencias y también de distinguir la particular idiosincrasia de un enfermo. También ellas son capaces de transformar dichas pautas en métodos eficaces de trabajar con determinados tipos de pacientes, y en los cuales utilizarán métodos que reducirán la ansiedad y facilitaran al máximo la recuperación.

**Gestión eficaz de situaciones que degradan rápidamente.**

La enfermera es la primera en captar los síntomas incipientes de empeoramiento del estado de un enfermo, es también ella la que tiene que hacerse cargo de situaciones que se degradan rápidamente, en espera de la llegada del medico.

Una forma de considerar esta área consiste en denominarla simplemente una " alteración abrupta del sistema" y confiar en que pueden evitarse futuras interrupciones; Es un método de comunicación de incidentes. Pero también un tipo de solución o forma de actuar a la que se afrontan las enfermeras.

Las enfermeras tratan de detectar los cambios con anticipación para que el médico pueda intervenir en el instante oportuno, y los centros hospitalarios hacen lo posible para contar con una dotación médica de apoyo que este disponible a cualquier hora. Por lo cual la enfermera debe de mantenerse bien preparada para cuando se presente una situación de apremio.

En una urgencia de verdad, la enfermera es la que se hace cargo de la situación y coordina las funciones de los diversos especialistas.

" Bien puede afirmarse que el paciente que cuente con la supervisión de una enfermera especializada es un ser afortunado, ya que ella se encargara de fiscalizar el conjunto de intervenciones para impedir que se produzca errores y repeticiones en casos que exigen una rápida respuesta. (25)

#### 1.12.4 d)Gestión eficaz de situaciones que cambian rápidamente.

"- Ejecución diestra en casos de extrema urgencia que ponen en peligro la vida del paciente: rápida detección de una alteración.

- Actuación en una contingencia: rápida evaluación de las necesidades y recursos en casos de apremio.
- Detección y tratamiento de una crisis hasta la llegada del médico." (26)

Con frecuencia las enfermeras tienen que afrontar las crisis de los pacientes que exigen la intervención inmediata del medico. Por lo cuál la enfermera es quien adapta las primeras medidas para reanimar al enfermo. Por lo que se requieren muchos conocimientos, además de mucha práctica para establecer la gravedad del caso y la necesidad de intervenir sin dilatación; es decir saber lo que puede y debe hacerse inicialmente mientras se espera la respuesta del médico. En estos momentos la enfermera pasa por un difícil trance, ya que por un momento no puede dejar de tomar las medidas necesarias para evitar el riesgo de muerte del paciente y por el otro lado debe de mantenerse en los límites de las iniciativas que caen dentro del campo de su función como enfermera. Una enfermera debe de ser capaz de gestionar, y también de como prevenir una crisis médica.

Los profesionales de la enfermería son los que están junto al lecho del enfermo, y dado que una de las principales funciones que tienen encomendadas es el diagnóstico y vigilancia de las alteraciones que se produzcan en el estado del enfermo, por lo que es lógico que se le exige a la enfermera que haga frente rápidamente a las bruscas alteraciones en la condición del paciente.

---

25) Benner Patricia, Ídem. Pp. 134

26) Benner Patricia, Ídem. Pp. 135

La enfermera esta prácticamente presente en todo momento en las unidades y a menudo tienen una idea global de la situación. La enfermera experta hace notar el control que ejerce sobre el personal sanitario, también son las supervisoras de la situación en su conjunto conocen y emplean toda la gama de recursos disponibles. La enfermera profesional esta especialmente capacitada para singularizar los problemas que requieren solución, para establecer con habilidad un orden de prioridades y para delegar las responsabilidades pertinentes en el personal de que se dispone. La enfermera sabe como hacer frente a situaciones imprevisibles y ajustar sus planes a la contingencia de la situación. Además de que tiene confianza en su capacidad, y pocas veces dejan que el miedo las intimide.

Las enfermeras se reconocen por el merito de su destreza en la gestión de las intervenciones y medidas terapéuticas o del tratamiento que a menudo son complejas e intrincadas. Muchas de estas intervenciones se han ido delegando rutinariamente en la enfermera, lo cual ha propiciado el surgimiento de funciones y de nuevos conocimientos.

En la actualidad, las enfermeras recién tituladas observan que llevar a la práctica los métodos o procedimientos más complejos o diversificados que los aprendidos en el laboratorio de enfermería experimental o después de haber atendido a uno o dos pacientes es un tanto difícil ya que la práctica en campo es sustancial. La administración de medicamentos se ha simplificado gracias a la creciente ayuda de los farmacéuticos. , Un sistema de dosificación elaborado en una unidad y la intervención del personal farmacéutico hacen que la administración de fármacos entrañe un menor riesgo y con lleve menos tiempo. Las enfermeras podrían contribuir de manera apreciable al conocimiento de las respuestas terapéuticas y reacciones negativas de la medicación, llevando un registro sistemático de las enseñanzas que les depara la práctica cotidiana.

La responsabilidad de supervisar el riesgo y las respuestas terapéuticas a la medicación administrada se ha venido dejando en manos de las enfermeras cada vez en mayor medida, a la vez que han ido aprendiendo fármacos y drogas más fuertes y, también debido a la proliferación de medicamentos nuevos que apenas han sido experimentados en un cuadro hospitalario. Se requiere que la enfermera supervise con habilidad los efectos negativos, las reacciones, las respuestas terapéuticas, la toxicidad y la incompatibilidad o contraindicación del medicamento.

#### 1.12. 5 e) Gestión y supervisión de las intervenciones y medidas terapéuticas.

“- Iniciación y mantenimiento de la terapia endovenosa con un mínimo de riesgo y complicaciones.

- Administración eficaz y segura de medicaciones: vigilancia de los efectos negativos, reacciones, respuestas terapéuticas, toxicidad e incompatibilidades.

- Combatir los peligros de la inmovilidad: Prevenir y actuar en caso de afecciones cutáneas; Hacer que el enfermo no guarde cama y realice ejercicio para fortalecer al máximo la movilidad y la rehabilitación; prevención de las complicaciones respiratorias.

- Elaborar un sistema de tratamiento de las heridas que propicie la cicatrización, la comodidad y el drenaje adecuados” (27)

---

27) Benner Patricia, Idem. Pp. 147

La sabiduría clínica que se adquiere dentro de un hospital es indispensable para la práctica de la enfermera. La habilidad y los conocimientos que la experiencia procura en esta área, muchas veces no se captan bien con toda su amplitud, las entrevistas y los testimonios personales, ya que la enfermera perfecciona su técnica a base de un empirismo que se nutre de la práctica cotidiana.

“Las terapias se aplican a seres humanos que tienen ideas propias y que responden de modo diferente a servicios asistenciales prodigados con interés y solicitud frente a los dispensados con indiferencia y despreocupación”. ( 28 )

La enfermera tiene que estar siempre presente, y coordinar los múltiples contactos entre el paciente y el equipo de asistencia sanitaria, el cuál se halla en condiciones de impedir y detectar los errores.

La enfermera apática no comprometida con su labor, jamás captará los signos o indicios inusuales que apuntan a un empeoramiento del estado del paciente. Por consiguiente las enfermeras deben poseer un sutil instinto en lo tocante a la conducta y aspecto habitual del paciente, con el objeto de anticipar alteraciones de importancia.

En ocasiones las enfermeras se ven atrapadas en la ambigua función de tener que actuar como mecanismo de apoyo para garantizar una atención médica y asistencial que presente el mínimo de riesgo.

Con frecuencia esta función obliga a cambiar las instrucciones terapéuticas impartidas por otro personal sanitario. Las enfermeras expertas conocen los problemas a medida que surgen las dudas, trabajan con la duda y con un cuestionamiento incesante de los planes terapéuticos, según el estado del paciente.

1.12.6 f) Supervisión de carácter organizativo y relacionadas con el desempeño de la función.

“- Facilitar un dispositivo de soporte que garantice la dispensación de una asistencia médica y enfermera sin riesgos.

- Discernir qué puede omitirse o añadirse a las prescripciones médicas sin riesgos suplementarios.

- Obtener del personal médico respuestas idóneas y en el momento propicio.” (29)

Las prescripciones medicas ofrecen las grandes líneas para muchas de las actividades, las enfermeras deben usar su propio discernimiento a la hora de llevarlas a la práctica. La enfermera debe de saber cuál iniciativa corresponde tomar para que el paciente reciba la mejor asistencia posible y no limitarse a cumplir de forma rutinaria las instrucciones del médico.

---

28) Benner Patricia, Idem. Pp. 156

29) Benner Patricia, Idem. Pp. 159



En ocasiones un médico interpreta el estado de un paciente de distinta manera que la enfermera, y opta por no dar las explicaciones que se le piden. La enfermera se halla en la mejor posición para salvaguardar y coordinar la asistencia global del paciente de modo que los esfuerzos de los múltiples departamentos involucrados no choquen ilógicamente unos con otros.

Se debe de informar al médico de todas las alteraciones en el paciente, para que el médico prevea las alteraciones y redacte instrucciones flexibles para que las enfermeras puedan hacer uso de su propio criterio. Pero también al amparo de las contingencias que presenta la práctica cotidiana, la enfermera que siente compasión por el enfermo y que vela por su seguridad, opta por dar prioridad a la inteligencia sobre las formulaciones y en general los juicios, sensatos y razonados merecen el respeto del personal sanitario.

En los centros o unidades donde prevalece la buena armonía entre médicos y enfermeras y en que dominan las relaciones de colaboración mutua, aumenta el grado de flexibilidad y el paciente se beneficia de ello. Pero si no se da este ambiente de comunicación y se siguen las normas de manera estricta, es seguro que los pacientes tengan que aguantar mas horas de la cuenta dietas líquidas, o lo que es peor, aguardar gratuitamente a que se revoque la sentencia de no ingerir nada por la boca.

#### 1.12.7 g) Competencias de carácter organizativo y relacionadas con el desempeño de la función.

Según Benner las competencias dependen de la experiencia que depara el ejercicio diario de la profesión. Benner menciona que la enfermera novel ha de aprender lo casuístico, lo específico, lo contingente y lo tradicional para llegar a tener un dominio de la administración y dirección de una determinada unidad.

La insatisfacción y las vías para abordar la situación explícitas por este grupo de enfermeras ponen de relieve la necesidad de profundizar en una parcela muy descuidada de la investigación o el estudio descriptivo, la documentación o señalamiento de las deficiencias asistenciales en condiciones diversas de organización y de disponibilidad personal.

Las enfermeras expertas tenían la destreza para despachar e integrar las demandas, las exigencias médicas de múltiples pacientes sin que se perdiera información de relieve o se olvidaran de atender necesidades de primer orden. Las enfermeras experimentadas aprenden a organizar, planificar y coordinar las demandas y exigencias de múltiples pacientes y a reorganizar su orden de prioridades en medio de constantes cambios en el estado del paciente.

- \* Coordinar, ordenar y satisfacer las necesidades y exigencias de múltiples pacientes: establecer un orden de prioridades.
- Crear y conservar un equipo terapéutico capaz de facilitar una terapia óptima.
- Hacer frente a la escasez de personal y al exceso de trabajo.
- Planificar las contingencias.
- Anticipar y prepararse con antelación frente a una sobrecarga extrema de trabajo en un turno determinado.
- Saber aprovechar y mantener el espíritu de equipo: contar con la solidaridad de las restantes enfermeras.

- Adoptar una actitud solícita para con los pacientes, aun cuando no exista relación íntima o los contactos sean escasos.
- Adoptar una actitud flexible con los pacientes, con el instrumental y equipo. Técnico y con la burocracia. (30)

El trabajo en equipo es una condición insoslayable tanto para proporcionar al paciente un tratamiento eficaz como para mantener la moral entre los componentes del equipo. Cuando las discrepancias se traducen en rupturas las relaciones entre los integrantes, es preciso esforzarse en reconstruir la unidad de cohesión del grupo. Un trabajo de grupo eficaz y la coordinación entre los turnos y los propios componentes del equipo asistencial son condiciones imprescindibles en todo medio terapéutico, para la salud y efectividad de sus componentes. Las enfermeras expertas reconocían que el equipo forma parte integral de su propia eficacia mientras se hallan en el ejercicio de su tarea profesional.

La tensión continuada que engendra el exceso de trabajo, el tratar con personal que desarrolla funciones con carácter provisional y encauzar los casos de los individuos que acaban de ingresar en la plantilla. Las profesionales de enfermería desarrollan primordialmente su función haciendo frente a las exigencias de la situación, acaban teniendo la sensación de que han ofrecido poco y tarde. En consecuencia, faltan dos fuentes importantes de satisfacción: el contacto humano y la sensación de competencia y profesionalidad efectiva que se deriva de constatar que uno ha ofrecido lo que tenía que ofrecer cuando se requería. En el caso de estas profesionales, el ambiente de trabajo deja de ser un mecanismo propulsor y coadyuvante. Las enfermeras señalaron que tenían la impresión de carecer de tiempo para reflexionar, por lo que estimaban que habían dejado de aprender y de evolucionar.

#### Planificar contingencias.

La enfermera se ve precisada a valorar rápidamente las necesidades de asistencia y vigilancia más apremiantes. Es preciso proceder a una evaluación continua de las medidas convencionales métodos y pautas de actuación en el contexto de múltiples necesidades. Las enfermeras expertas se acostumbran a prever y anticipar las exigencias. Para proporcionar continuidad y asistencia con garantías para la salud del paciente se requiere de coordinación y labor de equipo. Los profesionales de enfermería seguirán necesitando una exquisita habilidad en el campo organizativo y en la actividad laboral.

#### Repercusiones en el trabajo clínico y en la labor experimental..

Según el modelo DREYFUS de adquisición de habilidades se precisa un cierto grado de participación y compromiso personal si se quiere obtener una percepción de los aspectos más descollantes de una situación dada, el ejercicio experto de la profesión enfermera requiere un compromiso emocional. La experiencia cotidiana y los ejemplos de habilidad profesional que acreditan las enfermeras que han participado en nuestro trabajo ponen en tela de juicio algunas de las nociones sobre la bondad de mantener una actitud distante frente a los pacientes.

---

30) Benner Patricia, Ídem. Pp. 171

La investigación sistemática de la enfermería centrada en torno a la fenomenología de la recuperación contribuya incrementar los conocimientos y la técnica de la enfermera en tanto que preparadora del ánimo del paciente a través de la información y las explicaciones que corresponda darle.

Es preciso estudiar mas a fondo el fenómeno de la detección temprana, por vía perceptiva, de los imperativos que acarrearán las previsibles alteraciones del estado físico del paciente, el efecto que produce en la recuperación del enfermo la estimación temprana de posibles complicaciones.

Las enfermeras opinan que la importancia de ganar fiabilidad por parte del estamento médico, de una detección precoz y correcta de síntomas alarmantes que aumenten las probabilidades de que en el futuro los facultativos se tomen mas en serio estas vagas y tempranas intuiciones. El conocimiento profundo por parte de una enfermera de un sector de la población hospitalaria facilita muchos datos para proceder al análisis sistemático de la tensión y de las pautas de confrontación en el campo de una misma enfermedad y entre diferentes afecciones.

#### Facultades de supervisión y de organización.

Las enfermeras expertas consideran que lo natural del mundo esta en posesión de los conocimientos que han adquirido.

La supervisión y la garantía de la atención sanitaria que se dispensa por parte del equipo de cuidados, junto con las cualidades de tipo organizativo y de desempeño del trabajo en condiciones de agobio, son los ingredientes de este aglutinante invisible que facilita el funcionamiento del sistema. Se precisan mas trabajos de investigación que expliciten la relación entre paciente y enfermera en diversos ámbitos de organización.

El papel determinante que desempeña la función de la asistencia solícita y afectuosa del enfermo, además de la adopción de una actitud comprometida y participativa en el ejercicio de la profesión. La enfermería es una ciencia humanística, dirigida por individuos que se interpretan a ellos mismos y que a su vez analiza a sujetos que también se auto interpretan, y que en ambos casos son susceptibles de transformarse como resultado de una investigación.

El modelo DREYFUS de adquisición de habilidades aplicado a la profesión enfermera demuestra el aumento de la habilidad y profesionabilidad que acarrea consigo la experiencia. Por eso es necesario aplicar una técnica de estudio sistemática al perfeccionamiento profesional en el terreno de la enfermería hospitalaria. La gestión de la enfermera debe tomar en consideración el grado actual de responsabilidad, conocimientos y criterio clínico que pone en juego la enfermera experta, que desarrolla sus funciones en un centro sanitario.

El modelo DREYFUS proporciona una pauta lógica de cara al establecimiento de una escala de promoción profesional, ya que predice qué clase de pericia y de conocimientos prácticos depara la experiencia.

## Perfeccionamiento profesional.

En los últimos años se han elaborado pautas, directrices y reglas, como una manifestación de cultura explícita tendiente a paliar la falta de preparación de la constante oleada de enfermeras tituladas sin experiencia.

“La enfermería es una profesión que aún está aflorando, una labor poco pertrechada para recompensar y reconocer la pericia profesional en el campo de la función enfermera hospitalaria.” (31)

En la actualidad, la enfermera es un clínico profesional que realiza trabajos cada vez más complejos y cuyas responsabilidades, requieren una formación continuada por un largo período de tiempo. Por eso la enfermera experta es capaz de interpretar situaciones concretas y de efectuar las excepciones y alteraciones necesarias en las reglas con objeto de individualizar la asistencia al paciente, los conocimientos prácticos que con lleva la experiencia clínica del experto está por encima de las normas y de los trámites impuestos. Desafortunadamente la pericia profesional no puede ni tipificarse en reglamentos ni estandarizarse, y si, en cambio facilitarse, reconocerse y ser compensada. Por eso se solicita el incremento de las formas de explicitar y de concebir la destreza profesional en el campo de la enfermería y sobre el propio ejercicio práctico de la labor asistencial. La experiencia alude a un, proceso muy activo de depuración y modificación de teorías, conceptos y nociones preconcebidas en el momento de cotejarlas con lo que ocurre en la práctica cotidiana, así que todas las situaciones y contingencias prácticas son mucho más intrínsecas de las que pueden plantearse en modelos convencionales teorías y descripciones de manuales.

El modelo sirve para anticipar que una enfermera será capaz de actuar al nivel de expertas frente a una eventualidad clínica cuando:

- a) cuente con una larga experiencia
- b) está motivada para efectuar una buena labor.
- c) se halla con los recursos y limitaciones habituales que acompañan a la eventualidad clínica en cuestión.

## Especialización clínica.

La destreza clínica se halla muy influida por la experiencia adquirida, circunstancia que va en favor de la especialización clínica, ésta reviste particular importancia para la adquisición de las competencias enumeradas en las áreas: “ función enseñante y tutelar ” y “ la función de ayuda al enfermo ”.

Las enfermeras elaboran métodos para comprender, interpretar y afrontar las enfermedades mediante la prestación de asistencia a múltiples pacientes cuyas exigencias medicas se acomodan a formulas de adaptación y pugna con la enfermedad equiparables o cotejables.

---

31) Benner Patricia, Idem. Pp. 196

Facilita el cotejo de similitud y diferencias en muchas situaciones clínicas. Los programas de adiestramiento deben propugnar la mejora de los conocimientos clínicos de forma que cada enfermera incorpore las enseñanzas de la experiencia clínica.

Las enfermeras que se engloban en las categorías de aventajadas y expertas pueden beneficiarse de intercambios, de opiniones, estudios de casos clínicos y de una serie de oportunidades para dirigir y participar en la investigación de asuntos clínicos. En la actualidad son muy escasos los programas de formación de personal ajustados a las necesidades de las enfermeras que han alcanzado estos estudios de competencia.

Este modelo propone diferentes vías docentes para cada categoría de competencias, la enfermera competente podría ser la tutora más idónea para la principiante avanzada, un preceptor más próximo al nivel técnico de alumno debería conocer mejor la disposición y aptitud de éste último que una enfermera situada en un estrato superior.

Este modelo indica que se alcanza el máximo grado de eficacia cuando hay oportunidad de obtener una experiencia equiparable y de elaborar un lenguaje común con los colegas clínicos. La introducción de una escala de ascensos constituye un medio para retener al personal calificado, así como la puesta en marcha de programas de adiestramiento profesional para las enfermeras con experiencia. Las técnicas de provisión de personal deberían amoldarse a las unidades del personal, para que las enfermeras conocedoras y expertas de un determinado sector de la población hospitalaria estuvieran disponibles en todo momento para ser consultadas.

Este modelo indica que solo los niveles de competencia de "principiante" y "competente" pueden evaluarse atendiendo los atributos y aspectos sacados del contexto. Para estimular la actuación de las categorías profesionales y superiores que precisan técnicas de un orden más global y cualitativo.

La base para la adquisición de habilidades de orden superior radica en una sólida preparación teórica en las ciencias biológicas, psicosociales, las artes y la ciencia de la enfermería ya que esto constituye el fundamento para dispensar asistencia con el mínimo de riesgo y colocar al sujeto en la posición más ventajosa para adquirir una intuición de los aspectos más relevantes de una situación clínica.

El modelo DREYFUS subraya la progresión del estadio de Principiante al de profesional Experta basándose en la experiencia, el modelo parte del supuesto de que la teoría y los postulados generales permiten al profesional un acceso seguro y eficaz al aprendizaje clínico y proporcionan los conocimientos generales que hacen que el clínico formule las preguntas adecuadas e indague en los aspectos pertinentes.

La especialización clínica en una fase temprana de los estudios restringe a una área concreta, puede resultar en extremo ventajosa, pero en el sentido de que ofrece a los alumnos de enfermería la oportunidad de adquirir conocimientos sobre el curso a seguir para poder alcanzar los niveles de actuación clínica avanzada.

La adquisición de un grado de adiestramiento avanzado en una especialidad muestra al estudiante, la obtención de niveles de competencia superiores en general. Los programas educativos persiguen un fin el cuál es facilitar una amplia base de teoría y práctica clínica que dota a la enfermera la máxima flexibilidad de amplios conocimientos prácticos una vez concluida su carrera. La especialización es un elemento de ayuda para las enfermeras noveles

El profesorado debe de ser lo suficientemente experto para hacer patentes las pautas y principios explícitos que abran de llevar al principiante a encara una situación clínica sin riesgo y con eficacia. Se requiere de un profesorado capaz de exhibir en la práctica unos criterios o juicios clínicos de altura ya que estos pueden reforzar la calidad de su enseñanza indicando y matizando los problemas médicos o asistenciales.

El modelo DREYFUS, facilita las nociones necesarias para diferenciar entre lo que puede enseñarse por vía profesional y lo que debe aprenderse de modo experimental mediante la comparación de casos semejantes y de casos distintos. La dificultad que tienen el preceptor experto en exponer con claridad todo lo que sabe sobre un tema desorienta al principiante y le lleva a falsas interpretaciones. La dificultad que existe en trasladar a otros los conocimientos perceptivos y cualitativos puede atemperar la frustración del alumno en una fase de difícil aprendizaje. El modelo DREYFUS indica una forma nueva de interpretar o concebir la tensión entre teoría y práctica y propone fórmulas para sacar al máximo de provecho de estos antagonismos que suelen identificarse cómo la tensión entre los saberes teóricos y los conocimientos prácticos. El aprendizaje experimental plantea y somete a verificación una serie de cuestiones en el contexto de situaciones reales.

La experiencia hace que el experto pueda tomar decisiones rápidas. Así pues, el que imparte enseñanzas teóricas depende en última instancia del profesional para intensificar los saberes clínicos y para detectar incógnitas y dilemas que el estadio actual de la teoría no predice ni abarca. Los programas de adiestramiento de personal del servicio de enfermería pueden encauzarse en el sentido de enseñar lo que las enfermeras recién tituladas creen conocer a fondo.

La enfermera principiante se inspira en principios abstractos y en teorías y modelos convencionales y le sirven a la enfermera principiante como poderosos instrumentos para adentrarse en la situación con el objeto de lograr un aprendizaje de manera eficaz.

El experto se vale de los ejemplos concretos de modo muy parecido a como el científico emplea los caso tipo o paradigmas para encauzar la investigación.

El adiestramiento en el proceso decisorio en el ámbito de la enseñanza enfermera se realiza fuera del contexto, ya que se omite toda mención de las exigencias y restricciones que comporta el lugar del trabajo. En la actualidad se intenta seriamente cambiar esta actitud y dotar a los programas de estudios de un criterio más realista para el aprendizaje de índole decisorio.

### 1.13 LA BÚSQUEDA DE UNA NUEVA IDENTIDAD Y ACREDITACION EN EL CAMPO DE LA ENFERMERIA.

Yankelovich subraya que la gente desea obtener de su actividad laboral tres ventajas o beneficios psicológicos:

- 1) La oportunidad de ser promovido.
- 2) El deseo de ejecutar bien la tarea que uno lleva a cabo.
- 3) El anhelo de realizarse a través de un trabajo significativo, en el que pueda involucrarse, interesarse y comprometerse.

Las enfermeras no obtienen un reconocimiento adecuado a su labor, por las dificultades, grandes responsabilidades y relevantes funciones que dicha labor entraña. Hasta que todos los sectores involucrados reconozcan y compensen como es debida la contribución de la función enfermera, las profesionales seguirán debatiéndose para sentar la auténtica valía de su prestación, identidad y grado de compromiso.

La profesión de enfermera ésta en condiciones de ofrecer acreditación, reconocimientos, de la labor y compensaciones económicas proporcionales al grado de conocimientos, competencias y responsabilidades efectivas.

Según el modelo DREYFUS, es posible anticipar que la enfermera que ha llegado a la categoría de "competente" en el marco o escala de adquisición de habilidades, saca el mayor partido de la enseñanza si esta se lleva a efecto mediante demostraciones prácticas y estudio de casos y es impartida por un clínico que se encuadre en la categoría de aventajado o experto.

La función de capacitación y perfeccionamiento de personal que realizan los hospitales debe ampliarse para hacer frente a la creciente utilización de los conocimientos y necesidades de mejora del Departamento de Enfermería.

La experiencia de las profesionales de la asistencia en su labor sufre grandes menoscabos debido a las relaciones con los facultativos por lo que deben esforzarse en entablar una colaboración más estrecha, sea en los programas de capacitación, sea en el entorno laboral.

La administración enfermera y la gestión hospitalaria debe facilitar mandos y arbitrar medidas que propicien esta colaboración. La prestación real de la enfermera clínica experta rebasa la mayoría de las descripciones de la función enfermera que contienen los modelos convencionales.

Perfección y ascendiente en el ejercicio de la enfermería clínica.

La competencia extrema requiere entrega y compromiso personal, pero también autoridad, influjo o ascendiente. Dado que el interés solícito y la preocupación por el paciente es un ingrediente esencial de la práctica enfermera.

Adoptar una definición de la autoridad que excluye la autoridad sobre la asistencia solícita no otorga la facultad de la autodeterminación. La adopción de nociones coercitivas y dominantes del poder, o métodos que en esencia son técnicas de relaciones públicas, prescinde de los valores y compromisos requeridos por un ejercicio influyente de la labor asistencial y del grado de competencia experta, y en vez de ello adopta todo el negativismo.

La actividad de la enfermera está afrontando profundos cambios en la evaluación que hace ella misma. -La diferencia entre habilitar, facultar o autorizar y ejercer dominio sobre una persona a veces no puede entenderse si se comprende a la par la relación entre paciente y enfermera.

La participación de la enfermera sería muy difícil y no tendría resultado si no mantiene con el paciente una relación de respeto mutuo y si la primera no siente por el paciente un interés auténtico.

Las enfermeras tienen siete distintos matices de ascendiente: El poder transformador, integrador, de amparo o defensa, curativo, participativo, afirmativo y solucionador de problemas.

#### El poder transformador de la enfermera.

El poder inductor, capaz de generar transformaciones de labor enfermera, desde una postura de confianza, solícita asistencia, suficiente para transformar el cuadro mental del paciente en cuanto a sus posibilidades de recuperación. El interés auténtico y la imaginación que demostraron en su práctica asistencial y el criterio de que la vida es como un contrato y que sólo se obtiene lo que se gana a pulso, se había ampliado hasta el punto de admitir que en ocasiones se percibe lo que no se es capaz de pedir o negociar.

La asistencia solícita puede también reinsertar al individuo en su contexto social de origen. La enfermera desempeña un papel eficaz de ayudar al paciente a sacar al máximo partido de sus recursos y en hacer que lleve a cabo sus actividades provechosas a pesar de las limitaciones derivadas de la incapacidad física.

Por lo anterior es de vital importancia para evaluar la necesidad de ayudar al paciente a proseguir con sus actividades normales para minimizar el aislamiento, el desánimo y la inactividad.

Las enfermeras ofrecen la alternativa de la reinserción facilitando a los pacientes y a sus familiares a nuevas posibilidades en medio de las carencias y la merma de facultades.

La enfermera puede servir de fuente interpretando las palabras del paciente y del médico, bien sea en una dirección o en otra. Esta facultad es el poder de advocación o amparo. Es el tipo de ascendiente que elimina obstáculos o que permanece en constante vela y fomenta los recursos del paciente.



La enfermera crea una relación regeneradora y un clima propicio para:

- a) movilizar la esperanza en ella misma, el personal sanitario y el paciente.
- b) hallar una interpretación o comprensión de la situación que sea aceptable para el paciente y que ayude a aclarar su cuadro.
- c) ayudar al paciente a utilizar el recurso del soporte social, emocional y espiritual

El poder curativo del vínculo que se establece entre el paciente y la enfermera, debe de existir una relación curativa que requiere que el enfermo ponga en juego sus recursos internos y externos y le proporcionen esperanza, fe y confianza. La razón específica de la curación tiene mucho que ver con una relación curativa de matiz emocional.

La entrega y compromiso personal que facilita a la enfermera echar mano de los recursos disponibles en una situación difícil.

Una actitud solícita, de interés personal por el paciente, es un requisito previo para solucionar problemas de forma imaginativa, esto es porque las dificultades de más ardua solución exigen tanto una aptitud perceptiva como un razonamiento de índole conceptual, y la percepción exige compromiso y concentración mental.

Una postura de compromiso y dedicación dota al sujeto de una sensibilidad especial que le permite captar indicios que llevan a la búsqueda de soluciones e incluso a detectar una salida aunque no estén concentrados en ese menester.

La cualidad de experto depende de un compromiso coherente con la situación. La profesional experta capta rápidamente el problema vislumbrándolo en relación con otras instituciones anteriores. La enfermera principiante ha de apoyarse en el análisis objetivo y conspicuo de tantas variables como le sea posible.

La preferencia por el razonamiento objetivo y conceptual y por los conocimientos explícitos y convencionales pasa por alto la asistencia solícita y las emociones que conlleva a sentimientos imprecisos, intuiciones, y ha la sensación de que algo no marcha como es debido.

“La profesión de enfermera que no vaya acompañada de una asistencia solícita y de un interés real por el paciente es prepotente y desoladora” (32)

Las enfermeras pueden ejercer un enorme influjo en la forma en que un paciente pasa sus primeras o sus últimas horas en este mundo. Las enfermeras tienen el poder, ascendente, influjo, si bien ejercen esos atributos desde una posición de bajo rango en la jerarquía hospitalaria. Son las únicas personas que están en todas las contingencias clínicas y saben como desempeñarse y hacer que la máquina asistencial funcione.

La función enfermera ofrece servicios cruciales que exigen un alto nivel de inteligencia, una base educativa completa y sólida y un profundo respeto por la ética del derecho y la justicia por un lado, y asistencia y responsabilidad profesional por el otro.

---

32) Benner Patricia, Ídem. Pp. 238

## 1.14 FUNCIONES QUE DEFINEN LA PRACTICA DE ENFERMERIA.

### 1.14.1 Atención asistencial a los pacientes.

La forma en que es recibido el paciente, por el equipo de enfermería determina en gran parte las relaciones entre el interesado y las enfermeras. Es muy importante tanto, el paciente como para sus familiares y el hospital, que esas relaciones sean buenas.

"Las relaciones públicas comienzan con la admisión de los pacientes." (33)

La jefe de enfermeras interviene muy poco en la asistencia directa que se le presta a la cabecera del paciente, le compete mas ver que se proporcione esa atención en una debida forma. Dicha admisión incluye ponerlo en relación con el personal de asistencia, orientarle respecto a la unidad asistencial y disponer en forma adecuada de sus pertenencias personales.

#### Prestación al personal de asistencia.

Al admitir al paciente y a sus familiares por la unidad de asistencia esta se debe de presentar a la jefa de enfermeras y ha otro personal de ese servicio, ya que eso da apoyo al paciente, siente que conoce a alguien en el nuevo ambiente, alguien con quien pueda hablar acerca de su nuevo estado.

Orientación.-El paso que sigue a la admisión del paciente, es el de orientarle respecto al ambiente físico que le rodea y a las costumbres del hospital y del personal. Es frecuente que la persona que ingresa como paciente al hospital, o que va ha él, sea aprensiva respecto a su nuevo estado o intervención quirúrgica.

#### Atención asistencial continua.

Los métodos para aceptación y atención del paciente son: El funcional, el del caso individual, el plan de equipo, y el mas reciente, la atención progresiva a los pacientes.

#### Plan de asistencia funcional.

A cada miembro del servicio asistencial se le asigna una labor y mientras la esta efectuando, el paciente recibe poca atención personal. Se le pasa por alto como individuo y en muchos hospitales se convierte en un cuarto con un número o una cama con un número.

" Los pacientes estudiantes o personal del servicio no reciben enseñanza o es muy superficial. Es una atención basada en el trabajo, y no estimula el deseo de aprender nada nuevo ni compartir las experiencias entre el personal. (34)

---

33) Tiny M. Calender. Administración hospitalaria para enfermería. Editorial Interamericana SA 1963. pp. 114

34) Tiny M. Calender. Ibidem. pp.116

### El método caso individual.

Es un medio ideal de prestar al paciente un cuidado asistencial completo así como centrar los cuidados en él. Se ha recomendado este método para la enseñanza de los estudiantes de enfermería, pero presenta ciertas desventajas, ya que no se puede destinar una ayudante para la atención asistencial completa de un paciente, ya que no hay un suficiente número de enfermeras para prestar asistencia completa a todos los pacientes.

### Atención progresiva.

En este método de asistencia se les agrupo de acuerdo a las necesidades médicas y asistenciales, más que por diagnóstico; ya que es mejor para la utilización de equipo clínico, personal y de servicio. La unidad de atención intensiva está destinada a los pacientes con enfermedades graves: cardiopatías agudas, úlceras con gran hemorragia, accidentes cerebro vasculares, etc. La admisión de los pacientes es directa, para así evitar demoras innecesarias. A las unidades de atención intensiva se designan enfermeras que deben de ser competentes y además poseer un gran criterio. A los pacientes se le presta atención eficiente y comprensiva. El paciente debe ser el centro, como en cualquier otra unidad; se deben de considerar sus necesidades físicas y psicológicas. Otra de las funciones es orientar al paciente respecto a las normas terapéuticas que seguirá fuera del hospital. Parte de la atención asistencial incluye la planeación de los cuidados futuros y ayuda real del paciente para que realice por sí mismo determinadas actividades y no necesite ayuda asistencial.

A los pacientes" Se les debe preparar desde los puntos de vista físico y psicológico para que pasen de una unidad a otro con un mínimo de molestias. Debe de orientársele acerca de su enfermedad, su medicación, tratamiento, dieta y de otras actividades. Es preciso enseñar a sus familiares a colaborar de manera conjunta respecto a la asistencia durante la hospitalización y después de ella" (35)

### El paciente como centro de la atención asistencial.

En esta se planea para satisfacer, las necesidades del paciente. Incluyendo problemas manifiestos y ocultos.

"Las enfermeras se han preocupado durante muchos años de las necesidades manifiestas del paciente, pero no han prestado atención en las ocultas." (36)

Los problemas manifestados son los evidentes, (erupción cutánea, dolor a presión), los ocultos son los que requieren una estrecha observación por parte de las personas con discernimiento. El problema oculto con frecuencia causa problemas al paciente miedo al verso solo, el que se refiere los costos de la hospitalización.

---

35) Tiny M. Calender. Ibidem pp. 119

36) Tiny M. Calender. Ibidem pp. 119

## **Procedimiento para satisfacer las necesidades asistenciales de cada paciente.**

Cuando se definen las necesidades asistenciales del paciente se puede preparar un plan para satisfacerlas. El plan debe atender tanto las necesidades físicas y psicológicas ya sea inmediatas o a largo plazo. El plan asistencial debe evaluarse y revisarse cada que sea necesario, teniendo siempre presente las necesidades individuales de cada paciente.

### **Cuidados asistenciales indirectos.**

Es el trabajo que realiza enfermería y que no es de orden clínico. Es preciso conservar informes, llenar formas, solicitar aprovisionamiento y equipo, dispone de los roles de servicio y otras funciones directas.

### **Funciones técnicas.**

Las acciones de enfermería tienen su base en la satisfacción de necesidades del paciente.

#### **Necesidad básica de respiración.**

- a) aplicación de oxígeno por mascarilla, catéter, tienda de oxígeno, cropette o cono.
- b) poner en posición de fowler, semifowler, rosier y otras que faciliten la respiración y expiración.
- c) Observación y notación de signos y síntomas de disnea.
- d) Toma del signo vital de respiración y notación.
- e) Aspirar secreciones naso bucales.
- f) Aspirar secreciones por traqueotomía.
- g) Dar respiración artificial.

#### **Necesidad básica de alimentación y eliminación.**

- a) Aplicación de sondas naso gástricas, vesical, sifón; Lavados gástricos, sello de agua y otros.
- b) Retiro de sonda naso gástrica, vesical,
- c) Alimentación por gotero, sonda biberón, cuchara, gastroclisis, etc.
- e) Notación y control de líquidos.
- f) Cambiar frascos de sello de agua y otro tipo de succión pleural.
- g) Medir líquidos o secreciones eliminadas por el paciente.

#### **Necesidad básica de higiene y movilización.**

- a) Proporcionar diferentes posiciones y movilizaciones. Según el propósito de esta necesidad.
- b) Tendidos de cama, cambios de ropa, baños de esponja, aseos bucales, aseo de cavidades, corte de uñas, de pelo, etc.
- c) Arreglo de la unidad.

### **Necesidad básica de descanso y ejercicio.**

- a) Movilización para prevención de úlceras por decúbito.
- b) Ayuda en la ejecución de ejercicios, masajes, etc.
- c) Respeto al descanso y sueño.

### **Procedimientos de enfermería en el diagnóstico y tratamiento de su padecimiento.**

- a) preparación de medicamentos por vías, bucal, intramuscular, intravenosa, subcutánea, rectal, tópica e intradérmica.
- b) Administración de medicamentos por vías, bucal, intramuscular, intravenosa subcutánea, rectal, tópica e intradérmica.
- c) Aplicación de venoclisis transfusiones, soluciones, etc.
- d) Curaciones y aplicación de vendajes.
- e) Aplicación de calor y frío.
- f) Manejo de tiras reactivas (dextrostix, glucosurias, etc.)
- g) Recolección de muestras (toma de muestras).
- h) Colaboración en la exploración, punciones, diálisis, resucitación, suturas, rayosX, cateterismos.
- i) Atención y colaboración en partos.
- j) Manejo de equipo especial (monitores, pulmotores, resucitadores, etc.
- k) Manejo de prematuros y pacientes por especialidades o ambos.
- l) Cambiar soluciones parenterales.
- m) Hacer punción yugular y femoral.
- n) Tomar presión arterial, pulso y respiración, temperatura, y presión venosa central.
- ñ) Tomar somatometría.

### **Procedimientos especiales.**

- a) Explorar al paciente.
- b) Observar al paciente (vigilar manifestaciones o estados de manifestaciones neurológicas, cardiovasculares, respiratorias, vigilar succión pleural).

### **Colaboración en procedimientos especiales.**

- a) Colaborar con el médico en punciones, biopsias, diálisis, cateterismos, maniobra de resucitación, en curaciones y suturas.
- b) Acompañar al médico a pasar visita.
- c) Colaborar en estudio de Rx.
- d) Colaborar en atención del parto.

### **Necesidad básica de circulación.**

- a) Observación de signos y síntomas de alarma que requieran atención de urgencia.
- b) Toma de presión arterial y notación.
- c) Posiciones para manejo de la circulación.

#### **Necesidad de termorregulación.**

- a) Toma de temperaturas y manejo de anotaciones.
- b) control de temperatura en caso necesario y notación.
- c) Administración de medicamentos.

#### **Necesidad básica de hidratación.**

- a) Identificación de signos y síntomas de deshidratación.
- b) Control de líquidos.
- c) Administración de líquidos por diferentes vías.

#### **Necesidades básicas psicológicas.**

- a) Proporcionar terapia de apoyo para disminuir tensiones, angustias.
- b) Establecer relaciones interpersonales positivas, que proporcionen en el paciente seguridad y elevación de su autoestima.
- c) Proporcionar orientación y servicios espirituales.

#### **Manejo de equipo y material.**

- a) Manejo y control de monitores, pulmonares, resucitadores.
- b) Elaborar material y equipo.
- c) Empaquetar y membretar ropa, material y equipo.
- d) Esterilizar material, equipo y soluciones.
- e) Acomodar equipo y material.
- f) Lavar instrumental y equipo.
- g) Hacer aseo de aparatos complejos y mobiliario médico.
- h) Preparar material y equipo para realizar procedimientos.

### **1.14.2 Funciones administrativas.**

La administración representa al organismo encargado de las funciones directrices de una institución en el aspecto mercantil y de organización. Se deriva de la palabra latina "administra", que representa "yo sirvo" o "yo proveo" e indica suministro de servicio. La administración es a la vez una ciencia y un arte; para que funcione con éxito se requiere una persona rectora con un elevado grado de capacidad. La enfermera administrativa debe de poseer el nivel mas alto de habilidad y las mayores habilidades personales. Tales lideres no estan limitadas por pensar, lo que no puede hacerse, mas bien ellas ven los mismos enigmas que los demás, pero imaginan diferentes formas de resolverlos. El servicio de enfermería puede definirse como la atención que proporciona al paciente hospitalizado el grupo que integran las enfermeras profesionales y sus auxiliares. Esta atención incluye no solo los cuidados que indican las técnicas aprendidas en la escuela de enfermería.

Los factores útiles para la administración son los siguientes: para que una administración sea eficaz, son necesarios tres factores importantes: CONOCIMIENTOS, APTITUDES Y CAPACIDAD.

**CONOCIMIENTOS.-** Acerca de los procedimientos administrativos, entre los que se incluyen la planeación, organización, dirección coordinación e inspección, así como tener un sentido de la organización y conocer las capacidades y el comportamiento del personal. La jefa de enfermeras se enfrenta a diario con problemas que corresponden a las relaciones humanas. El conocimiento de estas últimas es como un medio para comprender, analizar y diagnosticar la causa de los problemas. Los conocimientos que requieren de la atención clínica son necesarios, ya que sin ellos no se pueden desempeñar bien las funciones.

**ACTITUDES Y CRITERIO.-** Se le debe de prestar atención e importancia a su labor, y sentir un genuino interés por el trabajo diario. Ya que el que solo se interesa de su labor de manera superficial, pronto comete alguna falla. El administrador eficaz deberá tener confianza en sí mismo, al igual que la jefa de enfermeras, deberá tener en cuenta las limitaciones del ser humano. La prueba de una buena dirección es reconocer los errores y corregirlos. Aunque la jefa de enfermeras más eficaz este constantemente acosada por problemas, deberá considerar cada uno de ellos como un obstáculo para probar su capacidad como administradora y emplear todos sus conocimientos, habilidad y destreza en busca de una solución viable. Las decisiones deberán basarse en hechos más que en emociones u opiniones. Las actitudes y el criterio en las relaciones humanas deberán desarrollarse con miras a comprenderse a uno mismo y a comprender a las otras personas de la organización administrativa.

**CAPACIDAD.-** La capacidad incluye destreza, arte, juicio y prudencia. Además de que incluye la capacidad de hacer uso de los conocimientos de manera eficaz al ejecutar cualquier cosa.. El arte se refiere a la habilidad adquirida por la experiencia o estudio, o al uso sistemático de los conocimientos y destreza para hacer cualquier cosa. "La enfermera es un arte, así como una ciencia; el arte se logra por la práctica tanto, de las relaciones humanas como de las técnicas asistenciales". (37)

El juicio indica el acto de pensar; cuando se hace la comparación se valora y se consideran cosa para juzgar respecto a su valor o componer las relaciones mutuas, supone la capacidad para tomar decisiones prudentes.

" La jefa de enfermeras debe tener buen juicio al tomar decisiones; debe ser tolerante, pero no indiferente; positiva, pero no tener prejuicios". ( 38)

La prudencia se refiere a la capacidad, de tener conocimientos y habilidad para usarlos de manera más valiosa para uno mismo y para los demás. La capacidad desarrollada con la práctica o la experiencia, hace que para poder resolver un problema se tenga la debida sensatez, así como para planearlo. La jefa de enfermeras utiliza determinados procedimientos administrativos entre los cuales se incluyen los siguientes: Normas, Registros, Informes, Organización de servicio, Presupuestos, Valoración del personal, Gráficas de organización, División del personal especializado y servicio general.

---

37) Tiny M. Calender. Ibidem.pp.22

38) Tiny M. Calender. Ibidem.pp.22

“Cada miembro del servicio de enfermería necesita tener algún conocimiento de administración incluso aquellos que no tengan la unidad a su cargo.” (39)

La directora de enfermería delega en otros miembros de su personal- supervisoras, jefes de servicio y enfermeras- la administración directa de la atención, les da los medios, el apoyo y la orientación general que necesitan para desempeñar sus tareas con éxito.

Con el fin de desempeñar eficientemente las responsabilidades y funciones de administrador de los servicios de enfermería, la persona debe poseer cualidades específicas. La magnitud, carácter y tipo de organización de atención de la salud, que se tiene que administrar determinan el nivel y la combinación de estas características.

Las características se clasifican en tres categorías:

- 1) Aptitudes intelectuales, la base de conocimientos necesaria para la administración de servicios de enfermería. Su relación con su capacidad de adquirir y utilizar los conocimientos.
  - a) Capacidad para comprender y aplicar conocimientos.
  - b) Habilidad para enseñar a los demás.
  - c) Capacidad de abordar los problemas, de manera científica.
  - d) Capacidad de crear una filosofía personal bien estructurada y para guiar y dirigir las funciones administrativas y de su vida personal.
- 2) Competencia en el ámbito de la dirección, operación y comunicación.
- 3) Características personales: Cualidades físicas y psicológicas. La capacidad mental del administrador de enfermería, deberá de asumir la función de especialista en el proceso administrativo.

Las funciones administrativas, no tienen límites claros y bien definidos, por el contrario el administrador de enfermería, se encuentra en una red de relaciones interdependientes. El administrador de enfermería debe unir satisfactoriamente a las personas; aplicar las medidas institucionales, la tecnología, crear el ambiente adecuado para desempeñar las tareas y formular el diseño y la estructura de la organización más conveniente.

#### Funciones de enfermería.

- a) La enfermera constituye el enlace entre el paciente y el sistema de salud; organiza, coordina y administra la atención de enfermería en relación con las funciones de salud.
- b) Participa en la elaboración de planes y programas dirigidos a pacientes, personal y servicios.
- c) Dirige y toma decisiones hacia un objetivo del servicio.
- d) Desarrollo de personal y suministro de la atención de enfermería.
- e) Supervisa y valora las acciones de enfermería.



- f) Manejo de instrumentos de control en la atención del paciente.
- g) Enuncia normas y técnicas administrativas en los procedimientos de enfermería.
- h) Formula políticas del departamento de enfermería, participa en la definición de funciones y responsabilidades del personal de enfermería.
- i) Organiza y controla el sistema de enfermería y registro de enfermería.
- j) Dirige y toma de decisiones.
- k) Delega funciones y asigna actividades participa en la evaluación de los servicios de salud.
- l) Supervisa y valora las acciones de enfermería.
- ll) Lleva el control de material y equipo necesario en la atención al paciente.
- m) Promueve reuniones multidisciplinarias para la atención al paciente.
- n) Discute problemas del servicio y presenta soluciones.
- ñ) Calcula el personal necesario en los servicios.

### 1.14.3 Funciones docentes.

La docencia en hospitales tiene un importante desarrollo, ya que el hospital significa la escuela práctica permanentemente de la enseñanza de la enfermería, de todos los elementos profesionales, técnicos o manuales, los cuáles tienen la posibilidad de beneficiarse con la experiencia diaria en el contacto con los pacientes. El programa de docencia puede comprender el adiestramiento para varios profesionistas: Médicos de diversas especialidades, enfermeras, dietistas, etc.

### PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE.

Uno de los factores importantes del proceso enseñanza aprendizaje es el referente a la formulación de los objetivos. En ellos se definen las metas del mismo y las características que tendrá el recurso humano que ha alcanzado dichas metas. Los objetivos son cambios de conducta que el educando será capaz de demostrar al final del aprendizaje, por eso es que se considera una conducta terminal, dichos objetivos deben de interesar por igual al binomio maestro - alumno. Para formular los objetivos se requieren de conocimientos y destrezas (que deben de ser adquiridos con anterioridad por el maestro) y la observación de los resultados para retroalimentar la actividad del proceso. En relación con la tecnología educativa y sus principales resultados se encuentra el nivel académico deseado, la superación del alumno y del maestro, la evaluación eficiente y confiable y el desarrollo de habilidades de auto enseñanza. El objetivo en didáctica, es una conducta alcanzable, observable y medible, en la cuál el alumno sea capaz de demostrar al final del proceso enseñanza - aprendizaje.

"El hablar de docencia nos vamos a referir a las situaciones educativas intencionales que organizan y sistematizan el proceso enseñanza-aprendizaje y en las que por consiguiente, interactúan profesores y alumnos con propósitos explícitamente determinados". (40)

La docencia varía en el tiempo y espacio; es decir tiene un carácter histórico-social. La práctica docente de enfermería, como actividad organizada, sistemática e intencional, a través de la cuál se forman profesionales con los conocimientos y habilidades del pensamiento, destrezas prácticas y criterios necesarios para tomar decisiones que tienen que ver con la vida profesional, concentra en la enseñanza clínica la posibilidad de garantizar los mejores resultados de la formación. La importancia de la enseñanza clínica, constituye el laboratorio donde se aplica la ciencia básica en la solución de problemas con fundamento en el proceso lógico de toma de decisiones. Por lo siguiente Zemelman señala, enseñar es entre otras cosas formar conciencia y desarrollar la capacidad de pensar, sin embargo estas habilidades son muy poco promovidas en los procesos de la educación formal. Los docentes tienen la función de ejercitar con los alumnos la utilización de los procesos básicos de pensamiento: El análisis, síntesis, inducción, deducción que son fundamentales en la vida profesional.

La enfermera debe de poseer conocimientos profundos acerca de los principios y teorías pedagógicas y ser capaz de poner en práctica los principios del aprendizaje y de la instrucción en situaciones reales de perfeccionamiento y enseñanza del personal. Como estrategia de la enseñanza, debe de ser capaz de identificar las situaciones pedagógicas, entender las condiciones y medio de la enseñanza, poder enseñar a los demás a transmitir los conocimientos aprendidos y dominar los métodos y técnicas de la enseñanza al trabajar con individuos o grupos.

La docencia " Es un medio sistema de una sociedad dada para su conservación y su eventual transformación, hace referencia a situaciones educativas en las que se realiza un proceso de enseñanza-aprendizaje, en las que se efectúa un proceso de interacción entre profesores y estudiantes; en las que existe un nivel de institucionalidad con finalidades explícitas; en las que finalmente la acción educativa es estructurada y organizada, a través de una tecnología para la consecución de los resultados buscados." (41) Es decir que la educación y la docencia como educación organizada pretende el desarrollo integral del individuo en una sociedad dada.

La docencia en enfermería consiste en formar enfermeras que, a través de una comprensión del hombre como un total biopsicosocial en constante adaptación, con el medio estén capacitados para actuar en todas las fases del ciclo salud-enfermedad, ejerciendo las funciones que determinan los programas de salud.

La docencia se caracteriza como un proceso entre personas es decir una unión de interrelación entre profesores, estudiantes e institución. En este proceso intervienen las características y rasgos peculiares de cada uno de los individuos. Es un proceso que se realiza en condiciones de espacio y tiempo que afectan, conforman o sustentan las posibilidades mismas de la docencia particularmente de sus resultados.

40) Arredondo G, Martíniano et.al "Notas para un modelo de docencia", Perfiles Educativos, Núm. 3 México, CISE-UNAM, 1973 pp. 49-50.

41) Arredondo, G Martíniano. Ibidem. pp. 54

El papel de cualquier maestro es ayudar a que los demás aprendan. Aquí se incluyen a todos los miembros del personal, desde las supervisoras con más experiencia, hasta las estudiantes de enfermería y auxiliares, cada una de ellas debe preocuparse por enseñar, de una manera u otra, es tarea de ellas el ayudar, guiar y prestar apoyo a todas aquellas personas, pacientes, personal del hospital, familiares, etc.

“Todos los miembros del personal docente en el área clínica han de poner el ejemplo permitiendo que las estudiantes observen la realización de los procedimientos: no sólo rápida y hábilmente, sino con seguridad” (42)

La jefa del servicio es miembro vital del personal docente. Es la que mantiene y evalúa la calidad de la atención que se proporciona. Las enfermeras de base desarrollan sus habilidades docentes, con un poco de ayuda, y su capacidad para explicar en forma clara y concisa las cosas, tanto a los pacientes como a las estudiantes. Las profesoras en enfermería clínica tienen la ventaja de haber estudiado algún curso formal de preparación; y muchas la oportunidad de estudiar una licenciatura.

Las profesoras de enfermería tienen una gran responsabilidad en el aprendizaje dentro del aula. Son ellas quienes comunican los conceptos básicos y de ser pocas, les resultará difícil visitar a los diferentes servicios y trabajar con las alumnas.

Cada servicio puede construir un centro de recursos en una determinada especialidad. La experiencia que se obtiene con el cuidado del paciente es muy valiosa. El enfermo está en el hospital para el tratamiento de su enfermedad y, por lo tanto, la atención debe contribuir al bienestar para darlo de alta en las mejores condiciones. Esta actitud de atención integral es mucho más satisfactoria, tanto para el paciente como para la propia enfermera. La estudiante aprenderá mucho mejor si es ella quien se encarga por completo del paciente, lo conocerá mejor y podrá formar un cuadro completo de las necesidades físicas, psicológicas y sociales de él. , las ventajas que tiene el cuidado integral son inmensas, ya que el paciente se puede identificar con una enfermera y sentirse confiado por el tratamiento que recibe. Además de que la estudiante se sentirá motivada a aprender porque le interesan los enfermos como individuos. El contacto personal permitirá que el aprendizaje y el recuerdo sean más fáciles.

La teoría y los principios en los que se fundamenta se pueden haber enseñado en el aula y ello garantiza una práctica segura y cierto grado de seguridad entre las alumnas. Durante el servicio son indispensables la supervisión y el apoyo, hasta que la alumna sea competente para llevar a cabo los diversos procedimientos. , a la vez que perfecciona sus habilidades, la estudiante debe aprender a adaptarlas a las necesidades de cada paciente y a entender que papel juegan los procedimientos en el cuidado integral. Ya que durante su formación necesita adquirir una gran variedad de destrezas, algunas de las cuales son específicas para determinados servicios del hospital. La alumna requiere de gran apoyo y guía al poner en práctica nuevos procedimientos. En este trabajo las enfermeras principiantes y expertas deben de trabajar juntas cuidando a un grupo de pacientes.

“Enseñar y aprender constituirá un cometido conjunto entre las alumnas de nuevo ingreso y las de grado superior.” (43)

---

42) Hinchliff Susan M. Enseñanza en Enfermería Clínica. Nueva Editorial Interamericana, México 1982, pp. 22

43) Hinchliff Susan M Ibidem pp.38

El personal especializado que trabaja en las diversas secciones, puede ayudar a que la alumna mejore sus conocimientos y experiencias anteriores. También aprenderá la importancia que tiene el trabajo en equipo, en todo el campo clínico, si observa la contribución de cada uno de los miembros al cuidado integral del paciente. La práctica en el servicio constituye un medio ideal para aprender, además de que se anima a la alumna a que lo haga y ayudarla a aprovechar las oportunidades. El aprendizaje ha de ser un proceso gradual; es probable que la alumna no entienda el valor de las discusiones acerca de la atención a los enfermos durante los informes de enfermería. Hay que recordar que no es lo mismo enseñar que aprender: la alumna no ha de confiar sólo en la enseñanza para adquirir pericia.

La enseñanza en el aula es valiosa como fundamento y para darle seguridad. pero el lapso entre la enseñanza que se impartió en el aula y la práctica en el hospital varia y lo aprendido se puede olvidar, ya que abarca una extensa gama de temas y destrezas

En el servicio se presentan muchas oportunidades de aprender a aplicar sus conocimientos y habilidades, si es que se quiere prestar una atención de calidad, pero solo se obtendrá el máximo del beneficio de esas oportunidades si existe la colaboración entre alumna, personal y pacientes.

La enfermera profesora debe de participar en la formación de las alumnas durante toda su preparación y tiene el encargo de enseñar en la escuela de enfermería, la preparación de las clases, sesiones de instrucción y sus deberes administrativos limitan por fuerza el tiempo de que puede disponer para la docencia al lado del enfermo. El servicio puede usarse junto con una clase teórica y entonces la atención del paciente servirá para demostrar la aplicación práctica de un tema.

La instructora debe mantenerse al día en los avances del tratamiento y cuidado de los pacientes y darse cuenta de si las alumnas están muy nerviosas. La labor de la profesora de enfermería clínica depende del modo en como tienen organizadas sus responsabilidades.

#### Funciones docentes y de investigación.

- a) Participar en la enseñanza a individuos y grupos.
- b) Colaborar en la enseñanza de estudiantes de enfermería en prácticas clínicas, sanitarias o asistenciales.
- c) Participar en los programas de enseñanza en servicio.
- d) Aplicación de métodos de investigación científica con el propósito de mejorar la atención de enfermería, innovando técnicas, procedimientos e incluso conceptos y acciones.
- e) Dar orientación y educación para la salud.
- f) Proporcionar enseñanza en tratamientos especiales.

- g) Sugerencia y participación en estudios o investigaciones que se efectúen en los servicios.
- h) Realización de estudios de investigación relativos a las diferentes áreas de enfermería.
- l) Participación en los estudios de investigación y control epidemiológica.

#### 1.14.4 Funciones de Investigación.

La enfermería se preocupa porque las personas reciban la mejor atención posible, por ayudar a resolver los problemas de salud de la sociedad y por elaborar una base científica para la práctica de la profesión. Una forma de contribuir a lograr estas metas es la Investigación.

La investigación se define como una encuesta sistemática para descubrir datos o probar teorías a fin de obtener respuestas válidas para las preguntas de los problemas que puedan surgir. Y también como una búsqueda diligente y exhaustiva, encaminada al descubrimiento e interpretación de datos aplicables a la práctica de teorías nuevas o revisadas.

“ Esta necesidad ha aumentado rápidamente como resultado de: 1) Los cambios en enfermería y en los cuidados de salud, 2) El descontento del público con los servicios de salud, 3) La necesidad de mejorar la atención que se da a los pacientes, 4) Una mayor preocupación por establecer fundamentos científicos para la práctica en enfermería, .5) Una creciente necesidad de investigaciones en enfermería en general la docencia, administración y liderazgo en enfermería, 6) La ampliación en las funciones de la enfermera y la demanda de investigación que facilita una base filosófica para la atención de enfermería y 7) La necesidad de aumentar el número de investigadores potenciales.” (44)

En enfermería la investigación sistemática en la práctica de la profesión, y en sí del efecto en esta atención del paciente o en la salud de individuo, familia o comunidad.

“La investigación en enfermería se enfoca al proceso de atención de enfermería y los problemas que implica el desarrollo de la enfermería, como la conservación de la higiene, el descanso, el sueño y la alimentación, la liberación del dolor y de la incomodidad, la asesoría, educación de salud y rehabilitación.” (45)

Enfermería reconoce la gran responsabilidad que como profesión posee para investigar, ampliar y reafirmar los conocimientos para su práctica profesional; pero esto solo se logra a través de los esfuerzos sistemáticos de la investigación.

Se debe de alentar al personal de enfermería para que amplíe su concepto del significado de la investigación ya que se considera así como partícipe, colaborador e imitador de la misma y usuario de los descubrimientos. A medida que su entendimiento se amplíe, verá como su práctica se basa menos en la limitación y en intuición. La investigación es una parte integral de enfermería; más y más profesionales se están volviendo investigadores.

44)Divincenti Marie R.N Administración de los servicios de enfermería. 1981 México pp.249

45)Divincenti Marie R.N Ibidem.pp249-250

La enfermera esta interesada en resolver los problemas que se le presenten en el ejercicio de su profesión. Además de que considera que la investigación es un medio para alcanzar los objetivos de enfermería, de los cuidados de salud y para dar una base científica a la práctica.

La investigación en enfermería se ha desarrollado y basado en el método científico, en sus diferentes áreas de ejercicio profesional, con el fin de identificar y dar solución a los problemas que se enfrenta. Además permite rescatar la esencia de la enfermería en la atención a la salud y con el fin de evaluar su propia eficacia.

El proceso de investigación lleva a las enfermeras a comprometerse en la toma de decisiones en sus actividades profesionales y a seleccionar ejes de investigación centrales para el incremento de su calidad profesional, los resultados de la investigación permiten tomar decisiones en conocimiento de causa o efecto y esclarecen el papel único de la enfermera en el sistema de salud.

La investigación en la práctica de la enfermería administrativa proporciona una base de conocimientos empíricos para las diversas funciones y responsabilidades relacionadas con la enfermería administrativa. La enfermera debe promover la investigación para apoyar la reestructuración organizacional de la prestación de servicios de enfermería para definir las funciones y responsabilidades de las enfermeras.

La investigación es una actitud plenamente humana y el primer paso consiste en reconocer cada uno, en su propia categoría humana, ese interés natural por conocer. La investigación como trabajo: lo que significa la aplicación de un esfuerzo para la obtención de un producto. En la investigación, el esfuerzo físico, mental, implican el consumo de materiales a veces baratos y a veces costosos y el producto, invariablemente debe de ser el conocimiento. La enfermera tiene una gran importancia en la conservación de la salud del hombre, esta responsabilidad compromete a la superación constante; en la tarea, la investigación científica es fundamental. La profesión de enfermería tiene un enfoque eminentemente social, como tal, requiere acrecentar los conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos que le den validez a su práctica social.

Uno de los fines de la investigación en enfermería es proveer una base para tomar decisiones en todos los niveles de la profesión. La tarea primaria de la investigación en enfermería es desarrollar y refinar las teorías que sirven de guía a la práctica de la carrera y que pueden organizarse en un cuerpo de conocimientos científicos de enfermería.

“Los expertos de la Organización Mundial de la Salud, en su necesidad de investigar y de identificar las necesidades de la comunidad, hace partícipe al profesional de enfermería, ya que su cuidado es bueno si está adecuado a las necesidades de la comunidad a la cual sirve” (46)

La educación en servicio es un medio que puede usarse para enseñar la metodología de la investigación el personal de enfermería puede apreciar su propia contribución a la investigación dentro de la institución y puede aumentar su capacidad de observación, crítica y de participación en los problemas.

---

46) Atalina Cruz, Supervisión en los servicios de enfermería 1984. Ediciones Científicas, la prensa medica mexicana. S.A pp.125

El propósito de la investigación clínica es resolver problemas relacionados con el cuidado de los enfermos, los problemas, pueden surgir de ideas, observaciones, frustraciones diferencias de opiniones, sentimientos o premisas. "La investigación en enfermería está sistemáticamente enfocada a la práctica de la carrera y a los efectos de dicha práctica en el cuidado del paciente o del individuo, la familia y la salud de la comunidad". (47)

La investigación clínica requiere de una amplia comprensión de las situaciones estudiadas, y tratándose del cuidado del paciente, la enfermera esta en la posición más estratégica para realizarla. Es indispensable desarrollar nuevos métodos y técnicas en enfermería debe proveer el fundamento para esos cambios.

"Los propósitos de la investigación clínica son los siguientes: " (48)

1. - Proveer nuevos conocimientos buscando contestaciones válidas a preguntas en problemas identificados.
2. - Interesan al personal de enfermería en los principios de investigación y en la lectura de proyectos de investigación.
3. - Capacitar al personal para que pueda interpretar los hallazgos de la investigación y aprovecharlos para mejorar sus propias prácticas de trabajo.
4. - Conseguir que el personal desarrolle nuevos procedimientos y hábitos de trabajo.
5. - Desarrollar en el personal una mente científica a través del estudio de trabajo en investigación y publicarlos.
6. - Desarrollar el hábito mental de formarse un juicio después de tener una prueba, que lo justifique.
7. - Estimular la cooperación inteligente con los que llevan acabo la investigación.
8. - Utilizar los estudios de investigación para la educación del personal y para mejorar el cuidado que se ofrece al paciente.
9. - Motivar al personal de enfermería a interesarse en estudios más avanzados, a fin de poder desarrollar las capacidades que requiere la investigación.

"La investigación en enfermería y ciencias de la salud entraña una búsqueda sistemática para el ejercicio profesional en estos campos"(49) Ya que brinda a los profesionistas una base cada vez más sólida de conocimientos para la práctica. La meta final de toda profesión es mejorar la aptitud práctica de sus integrantes, de modo que los servicios prestados a los pacientes tengan la mayor eficacia. Cualquier profesión que busque acrecentar su estatura profesional pugna por el continuo desarrollo de un conjunto de conocimientos científicos fundamentales para su práctica. , a la adquisición de ciertos conocimientos son una pieza clave para fomentar la dedicación y la responsabilidad frente al paciente.

La necesidad de ampliar la base del conocimiento es parte de la responsabilidad profesional en la asistencia a la salud,, conviniendo en que la investigación científica constituye una vía para el logro de los objetivos. Gotner señaló que la calidad de la asistencia del paciente sólo podría mejorar cuando la responsabilidad científica tuviera la tradición de enfermería un lugar similar al del humanismo. El profesional de la salud se halla obligado a documentar su participación en el suministro de servicios de salud.

---

47) Atalina Cruz, *Ibidem* pp.126

48) Atalina Cruz, *Ibidem* pp126-127

49) Polit, Denise y Hungler, Bernadette. *Investigación científica en ciencias de la salud*, Editorial Interamericana 4a. Edición México 1994 pp.3.

La investigación contribuye de manera importante a establecer un fundamento científico para la práctica en la atención de la salud.

Un gran número de enfermeras recurren, como método de práctica clínica y de evaluación de la calidad de su desempeño en la asistencia de la salud, a las "Normas de Práctica de Enfermería". El investigador científico persigue entender, explicar y predecir o controlar los fenómenos de interés. El conocimiento humano tiene diversas raíces, es por eso que enfermería, como otras disciplinas cuenta también con un cúmulo de información que se transmite por tradición o costumbre.

La tradición brinda ciertas ventajas como fuente de conocimiento. Es eficiente, en el sentido de que evita que cada cuál tenga que partir de cero en su esfuerzo por comprender el mundo.

La investigación científica, se vale de la constructación y el cotejo, a fin de reducir al máximo la posibilidad de que los sentimientos o prejuicios del investigador alteren los resultados. El enfoque científico es el método más avanzado para la adquisición de conocimientos que hayan desarrollado el ser humano. En él se combinan las características básicas de la inducción y la deducción para dar forma, al lado de otros elementos, a un sistema de adquisición de conocimientos.

La investigación en enfermería tuvo su inicio con Florence Nightingale y paulatinamente ha ganado aceptación. El enfoque de las primeras investigaciones respondió a los problemas que encaraban las enfermeras; casi todos los primeros estudios tuvieron como tema la docencia y la administración en enfermería. Durante el decenio de 1950, la investigación comenzó a ser admitida como parte de la actividad profesional de las enfermeras; esta aceptación continúa a pasos cada vez más acelerados.

A partir del decenio de 1970, la investigación en enfermería se ha enfocado sobre la práctica clínica. El interés recae cada vez más en problemas como enfermedades, la eficacia de las intervenciones asistenciales y las necesidades de grupos expuestos a riesgos específicos de salud. En el año de 1993, la fundación del National Institute of Nursing Research, dentro del sistema de los National Institutes of Health, atestigua el crecimiento y la importancia actual de la investigación en este campo.

El enfoque científico puede ser comparado con otras fuentes de conocimientos. Ciertos hechos son transmitidos por vía de la tradición o de la costumbre; esto quiere decir que se aceptan como verdades culturales sin que se exijan pruebas al respecto.



## 1.15 INTERVENCIONES QUE DEFINEN LA PRACTICA DE ENFERMERIA.

### 1.15.1 a) "Intervenciones respiratorias con definiciones". ( 50 )

Respiratorio, sostén.

Sostén continuo de las vías respiratorias mediante aspiración, cambios de posición y oxigenoterapia.

Auscultación.

Valoración del estado de los ruidos pulmonares y el esfuerzo necesario para la respiración.

Oxígeno, tratamiento.

Aporte de oxígeno mediante dispositivos artificiales y la vigilancia del efecto de éstos en el paciente.

Pulmonar, tratamiento.

Valoración y cuidados de todo el aparato respiratorio.

Expectoración, fomento.

Facilitación de la eliminación o expectoración de secreciones de vías respiratorias, para conservar el intercambio gaseoso adecuado.

Reanimación.

Administración de medidas de urgencia para sostener la vida.

Aspiración.

Extracción de secreciones del aparato respiratorio con un dispositivo que produce presión negativa.

Traqueostomía, cuidados.

Mantenimiento y limpieza higiénica del tubo artificial insertado en la tráquea.

Sondas y tubos, cuidados.

Los correspondientes a un dispositivo de drenaje externo que sale del cuerpo proveniente de alguna parte del aparato respiratorio.

Ventilación.

Medidas coadyuvantes para fomentar el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones, con frecuencia por medios artificiales.

1.15.2 b) "Intervenciones neurológicas y sus definiciones." (51)

Neurológica, vigilancia.

Vigilancia continua del estado neurológico.

Edema Cerebral, tratamiento.

Limitación de lesiones cerebrales secundarias causadas por edema cerebral.

Presión intracraneal, vigilancia.

Medición, registro e interpretación seguras y precisas de la presión intracraneal.

Tubos y sondas, cuidados: Ventriculostomía-drenaje lumbar.

Atención de un sistema de drenaje externo de líquido cefalorraquídeo.

Hemorragia subaracnoidea, precauciones.

Reducción de los estímulos o factores estresantes internos y externos para minimizar el riesgo de hemorragia recurrente antes de la aneurismectomía.

Bronco aspiración, precauciones.

Prevención o minimización de factores de riesgo de bronco aspiración, cuando lo hay.

Convulsiones, precauciones.

Prevención o minimización de posibles lesiones en pacientes con trastornos convulsivos diagnosticados.

Convulsiones, tratamiento.

Cuidados de pacientes durante las convulsiones y periodo postconvulsivo.

Entorno, cambios.

Modificación del entorno del paciente con fines terapéuticos.

Conducta, cambios.

Utilización de técnicas para reforzar conductas positivas y minimizar los inconvenientes.

Cognición estimulación.

Mejoramiento del nivel de conciencia y de la comprensión del entorno mediante uso de estímulos planeados.

Alineación corporal: Neurológica.

Logro de la alineación corporal correcta y óptima en pacientes neurológicos.

Ojos, cuidados.

Prevención o minimización de riesgos contra la integridad ocular o visual.

---

50)Gloria M. Bulechek, Joanne C. Mc. Closkey, Clínicas de Enfermería de Norteamérica. Interamericana. MC:GRAW-HILL México 1992 pp323.44

51)Gloria M. Bulechek, Joanne C. Mc. Closkey. Ídem. pp349

### 1.15.3 c) " Intervenciones relacionadas con el dolor y sus definiciones." (52)

#### Dolor, tratamiento.

Alivio del dolor o su reducción a intensidades aceptables para el paciente.

#### Analgésicos, administración.

Uso de agentes farmacológicos para reducir o aliviar el dolor.

#### Entorno, control.

Medidas ambientales para optimizar el bienestar.

#### Piel, estimulación.

Estimulación de la piel y tejidos subyacentes para disminuir manifestaciones como el dolor, espasmo muscular o inflamación.

#### Calor y frío, aplicación.

Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con calor o frío para disminuir el dolor, espasmo muscular o inflamación.

#### Masaje sencillo.

Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con presión manual de grado variable para disminuir el dolor, producir relajación o mejorar la circulación.

#### Electroestimulación nerviosa transcutánea.

Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con vibraciones eléctricas controladas de bajo voltaje, mediante electrodos, para modificar las sensaciones dolorosas.

#### Distracción.

Concentración intencionada de la atención, desviándola de las sensaciones desagradables.

#### Imaginación guiada sencilla.

Uso intencionado de la imaginación para lograr relajación, desviar la atención de sensaciones desagradables o ambos fines.

#### Relajación sencilla, tratamiento.

Técnicas que facilitan y producen relajación para disminuir la intensidad de manifestaciones como el dolor, tensión muscular o ansiedad.

1.15.4 d) "Intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente y sus definiciones." (53)

**Vigilancia: seguridad.**

Recopilación y análisis constantes de información acerca de los pacientes y su entorno para fomentar y conservar la seguridad de los mismos.

**Entorno, control: seguridad.**

Vigilancia y modificación del entorno físico para fomentar la seguridad de los pacientes en dicho entorno.

**Entorno, control: Prevención de caídas.**

Vigilancia y modificación del entorno físico para disminuir las probabilidades de caídas.

**Entorno, control: prevención de la violencia.**

Vigilancia y modificación del entorno físico para disminuir las probabilidades de conducta violenta contra sí mismo, a otros o el entorno.

**Física, restricción.**

Aplicación y vigilancia de los dispositivos de restricción física o de restricción manual para limitar la movilidad física del paciente.

**Aislamiento.**

Aislamiento en un entorno totalmente protegido para fines de seguridad o control de la conducta, que permita la vigilancia estrecha por enfermeras.

**Área, restricción.**

Limitación de la movilidad del paciente a un área específica por razones de seguridad o control de conducta.

**Ira, control.**

Facilitación de la expresión de la ira de manera adaptativa y no violenta.

**Realidad, orientación.**

Fomento de la conciencia del paciente acerca de su identidad personal, tiempo y del entorno.

**Limites, fijación.**

Comunicación entre la enfermera y paciente con que se define la conducta deseable del segundo.

**Crisis, intervención.**

Orientación a corto plazo que facilita al paciente el afrontamiento de crisis y la recuperación de un estado funcional comparable al que había antes de la crisis o mejor que éste.

1.15.5 e) "Intervenciones de enseñanza, con sus definiciones." (54)

**Aprendizaje, mejoramiento del estado de ánimo.**

Mejorar la capacidad y estado de ánimo del estudiante para recibir información.

**Aprendizaje, facilitación.**

Fomentar la capacidad del estudiante para procesar y comprender la información.

**Enseñanza: individual.**

Valorar, planear, poner en práctica y evaluar un programa de enseñanza personalizada.

**Enseñanza : grupos.**

Desarrollar, poner en práctica y evaluar un programa de enseñanza a grupos de pacientes.

**Enseñanza: Enfermedades.**

Ayudar al paciente en la comprensión de datos relacionados con una enfermedad específica.

**Enseñanza: Preparatoria.**

Ayudar al paciente en la comprensión y preparación mental para la operación y el periodo de recuperación postoperatorio.

**Enseñanza: Procedimientos y tratamientos.**

Ayudar al paciente en la comprensión y preparación mental para un procedimiento o tratamientos prescritos.

**Enseñanza: Medicamentos prescritos.**

Preparar a pacientes para administrar inocuamente los medicamentos preescritos, y vigilar sus efectos.

**Enseñanza: Dieta prescrita.**

Preparar a los pacientes para acatar debidamente una dieta prescrita.

**Enseñanza: Actividad y ejercicios pre-escritos.**

Preparar a los pacientes para lograr o conservar un nivel de actividades pre escrito.

**Enseñanza: Habilidades psicomotoras.**

Preparar a los pacientes para la ejecución de actividades que comprenden aspectos psicológicos y motores.

**Enseñanza: Actividad Sexual.**

Preparar a los pacientes para tener una actividad sexual que concuerde con el régimen médico preescrito y el grado de actividad que se busca.

**Orientación previsor.**

Preparar a los pacientes para crisis de desarrollo o circunstancias previstas.

1.15.6 f) "Intervenciones de fomento del apego, sus definiciones." (55)

Apego, fomento.

Facilitación para el desarrollo de la relación paternoinfantil.

Entorno, estructuración: Apego.

Creación de un entorno que facilite el desarrollo de la relación maternoinfantil.

Integridad familiar, fomento: Familia en etapa de crianza.

Facilitación para el crecimiento de individuos o familias a las que se agrega un lactante.

Lactación, promoción.

Fomento del amamantamiento mediante información y apoyo.

Parental, educación: Familia en etapa de crianza.

Preparación de individuos para realizar sus funciones como progenitores.

Riesgos, identificación: Familia en etapa de crianza.

Determinar qué individuos o familias tienen probabilidades de sufrir dificultades, alteraciones o déficit relativos a su estado de salud y su capacidad para la crianza del hijo.

1.15.7 g) "Intervenciones relacionadas con cuidados circulatorios, sus definiciones."

(56)

Hemostáticas, precauciones.

Disminución del riesgo de pérdida hemática en pacientes con coagulación insuficiente.

Hemostasia.

Limitación de la pérdida de sangre durante un episodio de hemorragia activa.

Hemostasia: Gastrointestinal.

Limitación del volumen de sangre perdida de las porciones superior e inferior del aparato digestivo.

Hemostasia: Nasal.

Limitación del volumen de sangre perdido de las fosas nasales.

---

55)Gloria M. Bulechek, Joanne C. Mc. Closkey. Ídem. Pp. 459

56)Gloria M. Bulechek, Joanne C. Mc. Closkey. Ídem. Pp. 481

**Hemostasia: Heridas.**

Limitación de la pérdida de sangre de heridas resultantes de traumatismos, incisiones, heridas o lesiones yatrogenas por colocación de sondas y catéteres.

**Cardiacos, cuidados.**

Limitación de complicaciones resultantes de desequilibrio entre el consumo y aporte miocárdicos de oxígeno en pacientes con síntomas de disfunción cardiaca.

**Cardiacos, cuidados: Agudos.**

Limitación de complicaciones en pacientes que sufren en los 3-5 días previos un desequilibrio entre el consumo y aporte miocárdicos de oxígeno, con disfunción cardiaca como consecuencia.

**Cardiacos, cuidados: Rehabilitación.**

Fomento de la actividad funcional máxima en pacientes que han sufrido un episodio de disfunción cardiaca, a causa de desequilibrio entre el consumo y aporte miocárdicos de oxígeno.

**Cardiacas, precauciones.**

Prevención de episodios agudo de disfunción cardiaca al minimizar el consumo miocárdico de oxígeno o al aumentar el aporte de este gas al miocardio.

**Circulatorios, cuidados.**

Fomento de la circulación arterial y venosa en pacientes con disminución del flujo sanguíneo en la circulación general.

**Circulatorias, precauciones.**

Protección de un área limitada con flujo sanguíneo deficiente.

**1.15.7 h) " Intervenciones relacionadas con el acatamiento, sus definiciones." ( 57)**

**Conducta, modificación.**

Análisis de la conducta del paciente y modificación de ésta mediante aplicación sistemática de principios de aprendizaje y conducta.

**Afrontamiento, mejoramiento.**

Ayudar al paciente en la adaptación a factores estresantes, cambios o amenazas percibidos, que obstaculizan la satisfacción de las exigencias y situaciones que le plantea la vida.

**Objetivos mutuos, definición.**

Colaboración del paciente y profesional de la salud para identificar y definir prioridades en los objetivos del paciente y luego crear un plan para el logro de tales objetivos mediante la creación y uso de una escala de logro de objetivos.

**Paciente, celebración de convenios con.**

Acuerdo negociado entre el paciente y profesional de la salud, cuya realización precisa en un cambio de conducta específico, que se refuerza o recompensa.

**Modificaciones autodirigidas.**

Cambios que emprende el propio paciente de manera voluntaria, con la guía de un profesional de la salud, para lograr objetivos personalmente importantes o resultados deseables.

#### 1.15.8 I) " Intervenciones de supervisión, sus definiciones". (58)

**Hemodinámica intracorporal, vigilancia.**

Medición e interpretación de parámetros hemodinámicos por métodos.

Intra corporales para determinar la función cardiovascular y regular el tratamiento en la medida apropiada.

**Presión intracraneal, vigilancia.**

Medición e interpretación de los datos de presión intracraneal para regular la presión del flujo sanguíneo cerebral.

**Neurológica, vigilancia.**

Recolección y análisis de datos neurológicos para la toma de decisiones clínicas.

**Choque, prevención.**

Diagnóstico y tratamiento tempranos de pacientes en riesgo de choque inminente.

**Signos vitales, vigilancia.**

Recolección y análisis de datos del sistema cardiovascular, aparato respiratorio y temperatura corporal, para la toma de decisiones clínicas.

**Hidratación, vigilancia.**

Recolección y análisis de datos para regular el balance hídrico.

**Supervisión.**

Adquisición, interpretación y síntesis constantes e intencionadas de datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.



**Electrólitos, vigilancia.**

**Recolección y análisis de datos del paciente para regular el equilibrio electrolítico.**

**Riesgo, identificación.**

**Análisis de posibles factores de riesgo, determinación de riesgos de salud y definición de prioridades de reducción de riesgos en individuos y grupos.**

**Ácido básica, vigilancia.**

**Recolección y análisis de datos del paciente para regular el equilibrio ácido básico.**

#### **1.15.9 j) " Intervenciones relacionadas con la familia, su definición." (59)**

**Familia, apoyo.**

**Fomento de los intereses y objetivos familiares.**

**Familia, conservación de procesos.**

**Minimización de los efectos de alteración de procesos familiares.**

**Familia, fomento de la integridad.**

**Fomento de la unidad familiar.**

**Familia, participación.**

**Participación de la familia en los cuidados físicos y emocionales del paciente intervenciones dirigidas a la familia como unidad y como concepto.**

**Familia, movilización.**

**Utilización de las características de la familia para influir positivamente en la salud del paciente intervenciones dirigidas a la familia como unidad y como concepto.**

**Prestadores de cuidados, apoyo.**

**Aporte de la información, defensa y apoyo necesarios para facilitar los cuidados primarios del paciente por personas ajenas a las profesiones de la salud intervenciones dirigidas a la familia como contexto.**

**Familia, terapia**

**Interacción de la familia como agente de cambio para lograr un cambio de vida más productivo de la familia intervenciones dirigidas a la familia como unidad.**

**Hermanos, apoyo.**

**Fomento de los intereses de los hermanos, cuando alguno se enferma.**

**Parental, educación: Adolescentes.**

**Ayudar a los padres para que comprendan y auxilien a sus hijos adolescentes intervenciones dirigidas a la familia como contexto.**

1.15.10 k) "Intervenciones de actividades, sus definiciones". ( 60)

Sueño, mejoramiento.

Facilitación de los ciclos de sueño y vigilia regulares.

Energía, administración.

Ayuda para regular el uso de energía, tratamiento y prevención de la fatiga.

Actividades, terapia.

Ayudar en actividades físicas, cognoscitivas, sociales o espirituales específicas para aumentar la gama, frecuencia o duración de las actividades de un individuo o grupo.

Ejercicio, terapia: Movilidad articular.

Uso de movimientos corporales activos o pasivos para conservar o restaurar la flexibilidad articular.

Ejercicio, terapia: Control muscular.

Uso de protocolos de actividades o ejercicios específicos para mejorar o restaurar el control de los movimientos corporales.

Ejercicio, terapia: Ambulación.

Promoción y ayudar en la caminata para conservar o restaurar las funciones corporales voluntarias y del sistema nervioso autónomo durante el tratamiento y recuperación de enfermedades o lesiones.

Deglución, terapia.

Uso de técnicas específicas para desarrollar, conservar o restaurar la función de deglución y prevenir complicaciones de trastornos de dicha función.

Ejercicio, promoción.

Facilitación de la práctica regular de ejercicios físicos para ayudar a individuos y grupos de personas sanas en la conservación o logro de un mejor nivel acondicionamiento y salud.

Mecánica corporal, promoción.

Facilitación del uso de la postura y sinestesia correcta en las actividades cotidianas para prevenir la fatiga musculoesquelética, distensiones o lesiones.

## 2. DELIMITACION DEL FENÓMENO DE ESTUDIO

Según el modelo de la adquisición de habilidades y aptitudes propuesto por Benner intenta adaptarse a las actividades que desarrolla el profesional de Enfermería con el objeto de construir una visión mas clara sobre la práctica asistencial que desarrollan las enfermeras expertas tanto en el campo de la ADMINISTRACIÓN, DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y LA PRACTICA CLINICA.

La adaptación que se hace del modelo DREYFUS en el campo de la enfermería trata de demostrar como actúan las enfermeras experimentadas en situaciones cotidianas y de contingencia en la práctica diaria, y en la diferencia que existe en las formas de proceder de las enfermeras principiantes y de las profesionales expertas.

También es importante destacar que la enfermera a medida que va adquiriendo experiencia en su campo de trabajo, cambia su orientación intelectual, integra y analiza sus conocimientos para perfeccionar sus criterios en cuanto a la toma de decisiones.

De acuerdo con la TEORIA DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS existen cinco escalas o grados de competencia en el campo de la Enfermería.

Principiante, Principiante Avanzado, Competente, Aventajado y Experto.

Es importante destacar que el conocimiento perceptivo que tiene el profesional enfermero sirve para aplicar la correcta toma de decisiones en el campo clínico, a través de conocimientos y no de intuiciones, ya que la experiencia permite eliminar las percepciones.

Según lo anterior los profesionales enfermeros expertos tienen mas grado de análisis sobre todo en situaciones de contingencia para facilitar sus acciones.

Se trata de demostrar que las enfermeras a veces no son conscientes de los efectos que producen sus intervenciones en la recuperación de un paciente, las enfermeras suelen ver esto como parte de una rutina, y ante esto no prestan mucha atención, esto debido a la interrelación constante de intimidad y distanciamiento que se dan en todos momentos de la existencia humana.

Se quiere ver a la profesional enfermera desde sus diferentes ángulos con la finalidad de erradicar la secuencia simplificada y lineal para la resolución de sus problemas.

Con base en lo anterior el grupo investigador se propone saber:

¿ Según la Teoría de Patricia Benner, cuál es el perfil del nivel de competencias clínicas en un grupo de enfermeras de servicio?.

## 3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1. - Establecer un diagnóstico del grado de expertez clínica de un grupo de enfermeras en servicio.

## 2. DELIMITACION DEL FENÓMENO DE ESTUDIO

Según el modelo de la adquisición de habilidades y aptitudes propuesto por Benner intenta adaptarse a las actividades que desarrolla el profesional de Enfermería con el objeto de construir una visión mas clara sobre la práctica asistencial que desarrollan las enfermeras expertas tanto en el campo de la ADMINISTRACIÓN, DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y LA PRACTICA CLINICA.

La adaptación que se hace del modelo DREYFUS en el campo de la enfermería trata de demostrar como actúan las enfermeras experimentadas en situaciones cotidianas y de contingencia en la práctica diaria, y en la diferencia que existe en las formas de proceder de las enfermeras principiantes y de las profesionales expertas.

También es importante destacar que la enfermera a medida que va adquiriendo experiencia en su campo de trabajo, cambia su orientación intelectual, integra y analiza sus conocimientos para perfeccionar sus criterios en cuanto a la toma de decisiones.

De acuerdo con la TEORIA DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS existen cinco escalas o grados de competencia en el campo de la Enfermería.

Principiante, Principiante Avanzado, Competente, Aventajado y Experto.

Es importante destacar que el conocimiento perceptivo que tiene el profesional enfermero sirve para aplicar la correcta toma de decisiones en el campo clínico, a través de conocimientos y no de intuiciones, ya que la experiencia permite eliminar las percepciones.

Según lo anterior los profesionales enfermeros expertos tienen mas grado de análisis sobre todo en situaciones de contingencia para facilitar sus acciones.

Se trata de demostrar que las enfermeras a veces no son conscientes de los efectos que producen sus intervenciones en la recuperación de un paciente, las enfermeras suelen ver esto como parte de una rutina, y ante esto no prestan mucha atención, esto debido a la interrelación constante de intimidad y distanciamiento que se dan en todos momentos de la existencia humana.

Se quiere ver a la profesional enfermera desde sus diferentes ángulos con la finalidad de erradicar la secuencia simplificada y lineal para la resolución de sus problemas.

Con base en lo anterior el grupo investigador se propone saber:

¿ Según la Teoría de Patricia Benner, cuál es el perfil del nivel de competencias clínicas en un grupo de enfermeras de servicio?.

## 3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1. - Establecer un diagnóstico del grado de expertez clínica de un grupo de enfermeras en servicio.

2. - Conocer un grupo de profesionales enfermeras (os) sobre sus actividades asistenciales en servicio.
3. - Perfilar el tipo de praxis de enfermería y su correlación con la Teoría sobre los niveles de competencia.
4. - Describir nuestra práctica perfilándola desde el punto de vista de las enfermeras clínicas.
5. - En base a los resultados hacer propuestas para desarrollar niveles de competencia de las enfermeras profesionales, buscando alcanzar el nivel de expertez clínica.

#### 4. CATEGORIAS O VARIABLES DE ESTUDIO IDENTIFICADAS E INDICADORES Y DEFINICION CONCEPTUAL.

VARIABLES	INDICADORES
Campos de dominio	Principiante P. avanzado Competente Aventajado Experto
Campos de acción	Función de ayuda al enfermo Función docente- tutelar Función diagnóstica y de vigilancia al paciente Gestión eficaz de situaciones críticas Administración y supervisión de intervenciones de tratamientos terapéuticos Supervisión y garantía de la calidad de la asistencia sanitaria Competencias en el plano de organización y contacto laboral
Variables asociadas	Antigüedad Especialización Turno Categoría Servicio
Funciones de enfermería	Función clínica Función administrativa Función docente Función de investigación

2. - Conocer un grupo de profesionales enfermeras (os) sobre sus actividades asistenciales en servicio.
3. - Perfilar el tipo de praxis de enfermería y su correlación con la Teoría sobre los niveles de competencia.
4. - Describir nuestra práctica perfilándola desde el punto de vista de las enfermeras clínicas.
5. - En base a los resultados hacer propuestas para desarrollar niveles de competencia de las enfermeras profesionales, buscando alcanzar el nivel de expertez clínica.

#### 4. CATEGORIAS O VARIABLES DE ESTUDIO IDENTIFICADAS E INDICADORES Y DEFINICION CONCEPTUAL.

VARIABLES	INDICADORES
Campos de dominio	Principiante P. avanzado Competente Aventajado Experto
Campos de acción	Función de ayuda al enfermo Función docente- tutelar Función diagnostica y de vigilancia al paciente Gestión eficaz de situaciones criticas Administración y supervisión de intervenciones de tratamientos terapéuticos Supervisión y garantía de la calidad de la asistencia sanitaria Competencias en el plano de organización y contacto laboral
Variables asociadas	Antigüedad Especialización Turno Categoría Servicio
Funciones de enfermería	Función clínica Función administrativa Función docente Función de investigación

## **4.1. CAMPOS DE DOMINIO DE LA ENFERMERA.**

**4.1.1 PRINCIPIANTE.** Son aquellos que aún no tienen experiencia en el campo clínico y es preciso darles todos los elementos teóricos y prácticos que encaucen su actuación.

**4.1.2 PRINCIPIANTE AVANZADO.** Son los que pueden acreditar una ejecución de sus actividades aceptable, ellos ya se han enfrentado a diferentes situaciones prácticas en la forma de observadores.

**4.1.3 COMPETENTE.** Es aquella enfermera que tiene de dos a tres años de experiencia desempeñando su labor, empieza a valorar sus iniciativas en función de objetivos o planes.

**4.1.4 AVENTAJADO.** Son las enfermeras que entienden el significado de una situación, la ejecución de sus actividades las hacen en forma espontánea, debido a su experiencia.

**4.1.5 EXPERTO.** Son aquellos profesionales que no necesitan de un principio analítico, ya que a estas alturas ha hecho acopio de suficiente experiencia y se centra en el núcleo correcto del problema, ella actúa a partir de sus conocimientos sobre el problema o situación que se le presente.

## **4.2 CAMPOS DE ACCION DE LA PRÁCTICA.**

### **4.2.1 FUNCION DE AYUDA AL ENFERMO.**

- La relación curativa: creación de un clima que favorezca y consolide un esfuerzo en pro de la curación.
- Prodigar medidas de alivio y preservar la dignidad del individuo frente al dolor y al colapso extremo.
- Acto de presencia: permanecer junto al paciente.
- Potenciar al máximo la participación y supervisión del enfermo sobre su proceso de recuperación.
- Interpretar las clases de dolor y escoger los medios idóneos para cuidar y controlar el sufrimiento.
- Proporcionar el alivio y establecer una comunicación mediante el contacto físico.
- Guiar al paciente en el curso de las fluctuaciones emocionales y orgánicas: sugerir alternativas, desechar las ya conocidas, encauzar, aleccionar y servir de mediador.
- Proceder como intermediario en el plano psicológico y cultural.

- Utilizar los objetivos con fines terapéuticos.
- Esforzarse por crear y mantener una comunión terapéutica.

#### 4.2.2 FUNCIÓN DOCENTE - TUTELAR.

- Sentido de la oportunidad: evaluar la disposición del paciente para ser aleccionado.
- Ayuda de los pacientes a integrar las secuelas de la enfermedad y el restablecimiento en sus formas de vida.
- Descubrir y comprender la interpretación que hace el paciente de su enfermedad.
- Facilitar una interpretación del estado del paciente y ofrecer una exposición razonada de los tratamientos aplicables.
- La función tutelar o preparatoria: hacer asequibles y comprensibles aquellos aspectos de una enfermedad soslayados por razones de índole sociocultural.

#### 4.2.3 FUNCION DIAGNOSTICA Y DE VIGILANCIA AL PACIENTE.

- Apreciación y documentación de cambios significativos en el estado del paciente.
- Facilitar señales de detección temprana: prevenir las crisis y el empeoramiento antes de que se produzcan síntomas claros de diagnóstico que confirmen la estimación inicial.
- Prevención de complicaciones contemplar las posibles contingencias futuras.
- Hacerse cargo de las exigencias y situaciones específicas de una enfermedad: Anticiparse a las necesidades asistenciales del enfermo.
- Valoración de las posibilidades de satisfacción del paciente y de su capacidad de respuesta a las distintas vías de tratamiento.

#### 4.2.4 GESTION EFICAZ Y DE SITUACIONES CRITICAS.

- Ejecución diestra en casos de extrema urgencia que ponen en peligro la vida del paciente: rápida detección de una alteración.
- Actuación en una contingencia: rápida evaluación de las necesidades y recursos en casos de apremio.
- Detección y tratamiento de una crisis hasta la llegada del médico.



#### **4.2.5 ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN DE INTERVENCIONES DE TRATAMIENTOS TERAPEUTICOS.**

- Iniciación y mantenimiento de la terapia endovenosa con un mínimo de riesgo y complicaciones.
- Administración eficaz y segura de medicaciones: vigilancia de los efectos negativos, reacciones, respuestas terapéuticas, toxicidad e incompatibilidades.
- Combatir los peligros de la inmovilidad: prevenir y actuar en caso de afecciones cutáneas; hacer que el enfermo no guarde cama y realice ejercicio para fortalecer al máximo la movilidad y la rehabilitación: prevención de complicaciones respiratorias.
- Elaborar un sistema de tratamiento de las heridas que propicie la cicatrización, la comodidad y el drenaje adecuados.

#### **4.2.6 SUPERVISIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA.**

- Facilitar un dispositivo de soporte que garantice la dispensación de una asistencia médica y enfermera sin riesgos.
- Discernir que puede omitirse o añadirse a las prescripciones médicas sin riesgos suplementarios.
- Obtener del personal médico respuestas idóneas y en el momento propicio.

#### **4.2.7 COMPETENCIAS EN EL PLANO DE ORGANIZACION Y CONTACTO LABORAL.**

- Coordinar, ordenar y satisfacer las necesidades y exigencias de múltiples pacientes: establecer un orden de prioridades.
- Crear y conservar un equipo terapéutico capaz de facilitar una terapia óptima.
- Hacer frente a la escasez de personal y al exceso de trabajo.
- Planificar las contingencias.
- Anticipar y prepararse con antelación frente a una sobrecarga extrema de trabajo en un turno determinado.
- Saber aprovechar y mantener el espíritu del equipo: contar con la solidaridad de las restantes enfermeras.

- Adoptar una actitud flexible con los pacientes, con el instrumental y equipo técnico y con la burocracia.

## **5 VARIABLES ASOCIADAS.**

### **5.1 ANTIGÜEDAD:**

Es el tiempo total en años de trabajo que tiene el personal de enfermería en su lugar de trabajo.

### **5.2 ESPECIALIZACION.**

Es el grado de conocimientos especializados que tiene el personal enfermero en su campo de trabajo.

### **5.3 TURNO.**

Existen Cuatro turnos en casi todos los hospitales de segundo y tercer nivel y son: el matutino, el vespertino y dos turnos nocturnos.

### **5.4 CATEGORIA:**

De acuerdo a las actividades que realiza el personal enfermero y al grado de escolaridad que se tenga, se le asigna cierta categoría.

### **5.5 SERVICIO.**

En este rubro de acuerdo a los departamentos con que cuenta el Hospital se le asigna al personal de Enfermería un servicio en específico, generalmente se otorga de acuerdo a su especialización y categoría.

## **6 FUNCIONES DE ENFERMERIA.**

### **6.1- FUNCION CLINICA.**

Son todas aquellas actividades asistenciales directas que realiza la enfermera para proporcionar bienestar a su paciente, estas pueden ser derivadas de una orden médica o independientes, es decir las actividades que realiza la enfermera de acuerdo a su criterio propio.

### **6.2 FUNCION ADMINISTRATIVA.**

Son todas aquellas actividades que realiza la enfermera para poder suministrar a su paciente o a su trabajo, los insumos necesarios para su tarea. Para llevar a cabo esta actividad se necesita de una persona rectora con un elevado grado de capacidad, debe poseer el nivel mas alto de habilidades técnicas y personales.

### **6.3 FUNCION DOCENTE.**

Es el sistema de una sociedad que hace referencia a situaciones educativas en la que se realiza un proceso de enseñanza-aprendizaje en la que se efectúa un proceso de interacción entre el que enseña y el que solicita aprendizaje.

La docencia en enfermería consiste en formar enfermeras que a través de una comprensión del hombre como un ente biopsicosocial en constante adaptación, estén capacitadas para actuar en todas las fases del ciclo salud-enfermedad.

### **6.4 FUNCION DE INVESTIGACION.**

Se define como encuesta sistemática para descubrir datos o probar teorías a fin de obtener respuesta válida para las preguntas de los problemas que puedan surgir.

La investigación en enfermería se enfoca al proceso de atención en enfermería y los problemas que implica el desarrollo de la enfermería, como la conservación de la higiene, el descanso, el sueño y la alimentación, la liberación del dolor y la incomodidad, la asesoría en educación para la salud y rehabilitación.

## **7 MATERIAL Y METODOS.**

### **7.1 TIPO DE DISEÑO.**

Se propone un estudio exploratorio, transversal, observacional de corte cualitativo.

### **7.2 UNIVERSO.**

514 enfermeras que conforman la Dirección de Enfermería del Hospital Angeles del Pedregal.

### **7.3 POBLACION.**

90 enfermeras del turno nocturno B del Hospital Angeles del Pedregal.

### **7.4 MUESTRA.**

Una muestra por conveniencia de 77 enfermeras especialistas, generales y auxiliares de enfermería.

### **7.5 CRITERIOS DE INCLUSION.**

- Enfermeras contratadas por el Hospital Angeles del Pedregal del turno nocturno B.
- Las enfermeras dispuestas a contestar la entrevista.
- Enfermeras especialistas.
- Enfermeras Generales y pasantes.
- Auxiliares de enfermería.

## 7.6 CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Las enfermeras de otros turnos.
- Las enfermeras que se encontraban de vacaciones, incapacidad o falta injustificada o permiso con o sin goce de sueldo.

## 7.7 CRITERIOS DE ELIMINACION.

- Las enfermeras que pudiendo participar se negaron a responder el formato.

## 8 PROCESO DE DATOS.

### 8.1 TECNICA

Encuesta dirigida al personal de enfermería del turno nocturno B del Hospital Angeles del Pedregal, por cinco veladas continuas.

### 8.2 METODO

Entrevista directa instrumentada y testimonio documental.

### 8.3 CLASIFICACION DE DATOS

Se clasificó de acuerdo a tipo de variables:

- Antigüedad
- Categoría
- Servicio
- Tipo de actividades Administrativas
- Actividades clínicas
- Actividades Docentes
- Actividades Investigación

### 8.4 RECUENTO

Por método de paloteo, los datos se presentarán mediante cuadros y gráficas, el análisis se hará mediante porcentajes.

En las preguntas abiertas contestadas mediante testimonio, se transcribirán para posteriormente hacer un proceso de Interpretación por análisis de contenido.

## 9 PROCEDIMIENTO

- a) Diseño del instrumento. (anexo 1)
- b) Se hizo una prueba piloto entre las investigadoras.
- c) Se solicitó autorización a la Directora de Enfermería del Hospital Angeles del Pedregal.

- d) Se autorizó la investigación en el turno nocturno B.
- e) Previo a la aplicación de la encuesta se informó al personal de enfermería de todos los servicios sobre la investigación, se disiparon dudas.
- f) Se dio a todo el personal la encuesta por cinco veladas continuas, en caso de existir alguna duda se resolvieron en el momento.
- g) Al finalizar la encuesta se agradeció a todo el personal de enfermería por su colaboración.
- h) Las investigadoras realizan el recuento de los resultados y análisis de los mismos.

## **10 ASPECTOS ETICOS ( LEY GENERAL DE SALUD)**

La aplicación de la encuesta se llevó acabo previa explicación a los encuestados, de la finalidad y características de las mismas. Se pidió a cada persona su participación (consentimiento informado)

En caso afirmativo se procedió a su aplicación, en caso negativo se les agradeció y se les explicó que ello no repercutiría en ningún ámbito de su ejercicio laboral. Así mismo se les comunicó que la información obtenida del instrumento era confidencial. No existe compromiso con el hospital.

## **11 PRESUPUESTO**

Los gastos para la realización de la presente investigación se calculan en \$ 5.000.00 aproximadamente, los cuáles serán cubiertos por ambas investigadoras.

## **12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (anexo 2)**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICIA**

**HOSPITAL ANGELES DEL PEDREGAL  
REPORTE DE ACTIVIDADES EN LA PRÁCTICA TURNO NOCTURNO**

Justificación: Con este formulario se recaban las actividades profesionales de las enfermeras en servicio. El objetivo fundamental es describir nuestra práctica perfilándola desde el punto de vista de las enfermeras clínicas.

INSTRUCCIONES: Describe en el recuadro que se le presente las actividades que desarrolló durante su turno.

HORA	ACTIVIDAD

Describa la experiencia de hoy más significativa para usted.

Como fue abordada y resuelta dicha experiencia.

Comentela con su Supervisora y entregue este reporte al final del turno.

Elaboraron: Martha León Silva y Miriam Robles Pérez  
Documento de uso interno en fase de validación

Marzo, 2000.

Justificación: Con este formulario se recaban las actividades profesionales de las enfermeras del servicio.

El objetivo fundamental es describir nuestra práctica perfilándola desde el punto de vista de las enfermeras clínicas.

¿Cómo describirías tu primer día en el servicio en el que estas?

¿Cómo describirías tu primera confrontación con la muerte de un paciente?

En tu grupo hay alguna enfermera que admires, puedes describir porqué

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>Exámen</b>							<b>**</b>
<b>Análisis de resultados</b>						<b>**</b>	
<b>Revisión de Tesis</b>					<b>**</b>		
<b>Recolección de Datos</b>				<b>**</b>			
<b>Aplicación de la Encuesta</b>			<b>**</b>				
<b>Prueba Piloto</b>			<b>**</b>				
<b>Elaboración de la Encuesta</b>		<b>**</b>					
<b>Elaboración del Marco Teórico</b>		<b>**</b>					
<b>Limitación del Problema</b>	<b>**</b>						

**MZO. ABR. MAY. JUN. JUL. AGO. SEP.**

**(ANEXO 2)**

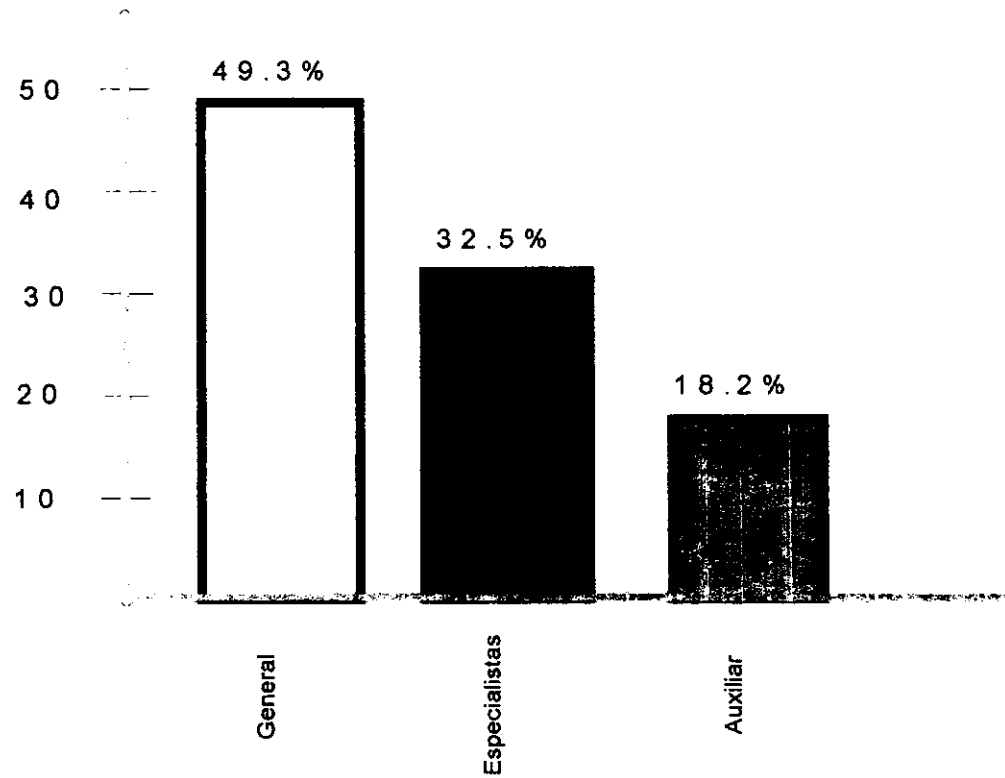


**CUADRO # 1**  
**DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL POR CATEGORIA Y SERVICIOS EVALUADO RESPECTO**  
**AL NIVEL DE COMPETENCIAS**  
**HOSPITAL ANGELES**  
**2000**

SERVICIO	AUXILIAR	GENERAL	ESPECIALISTA	TOTAL
	Fo	Fo	Fo	
URGENCIAS	1	2	2	5
RECUPERACION	-	1	-	1
C.E.Y.E.	3	1	-	4
T. INTENSIVA	1	-	8	9
1° PISO T. intermedia	1	4	1	6
LABOR	1	1	1	3
CUNAS	1	3	2	6
2° PISO hospitalización	2	3	4	9
3° PISO hospitalización	1	5	1	7
4° PISO hospitalización	1	6	-	7
5° PISO hospitalización	1	4	1	6
6° PISO hospitalización	1	5	1	7
QUIROFANO	-	3	4	
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>77</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>18.2</b>	<b>49.3</b>	<b>32.5</b>	<b>100</b>

FUENTE: MISMA CUADRO# 1

GRAFICA # 1  
DISTRIBUCION DEL PERSONAL POR CATEGORIA Y SERVICIOS EVALUADO RESPECTO AL  
NIVEL DE COMPETENCIAS  
HOSPITAL ANGELES  
2000



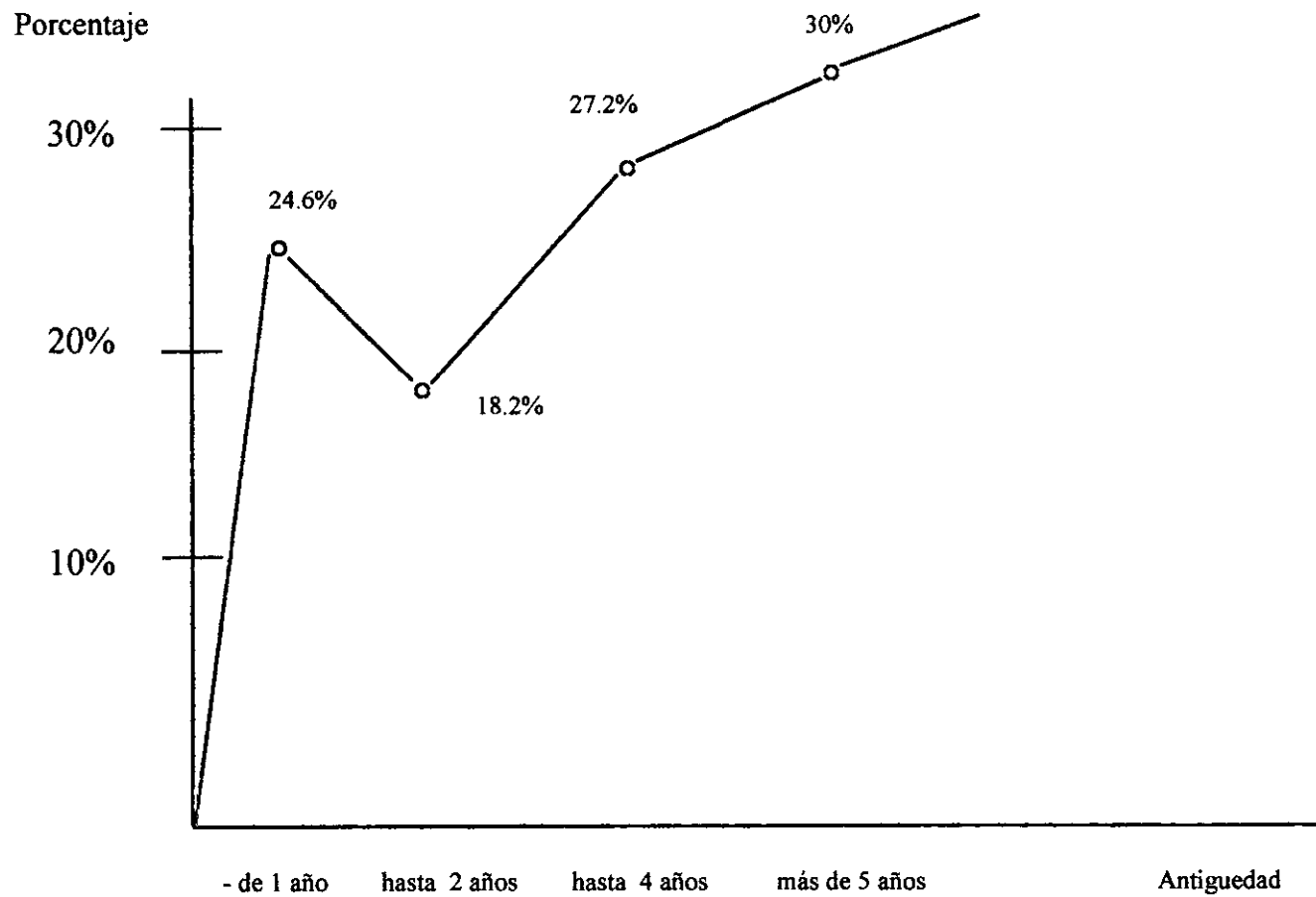
FUENTE: CUADRO # 1

**CUADRO # 2**  
**DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL POR ANTIGUEDAD EVALUADO RESPECTO AL**  
**NIVEL DE COMPETENCIAS**  
**HOSPITAL ANGELES**  
**2000**

	Fo	%
<b>Menos de un año</b>	19	24.60
<b>hasta 2 años</b>	15	18.20
<b>Hasta 4 años</b>	20	27.20
<b>más de 5 años</b>	23	30.00
<b>TOTAL</b>	77	100.00

FUENTE: MISMA CUADRO#2

GRAFICA # 2  
DISTRIBUCION DEL PERSONAL POR ANTIGUEDAD EVALUADO  
RESPECTO AL NIVEL DE COMPETENCIAS  
HOSPITAL ANGELES  
2000



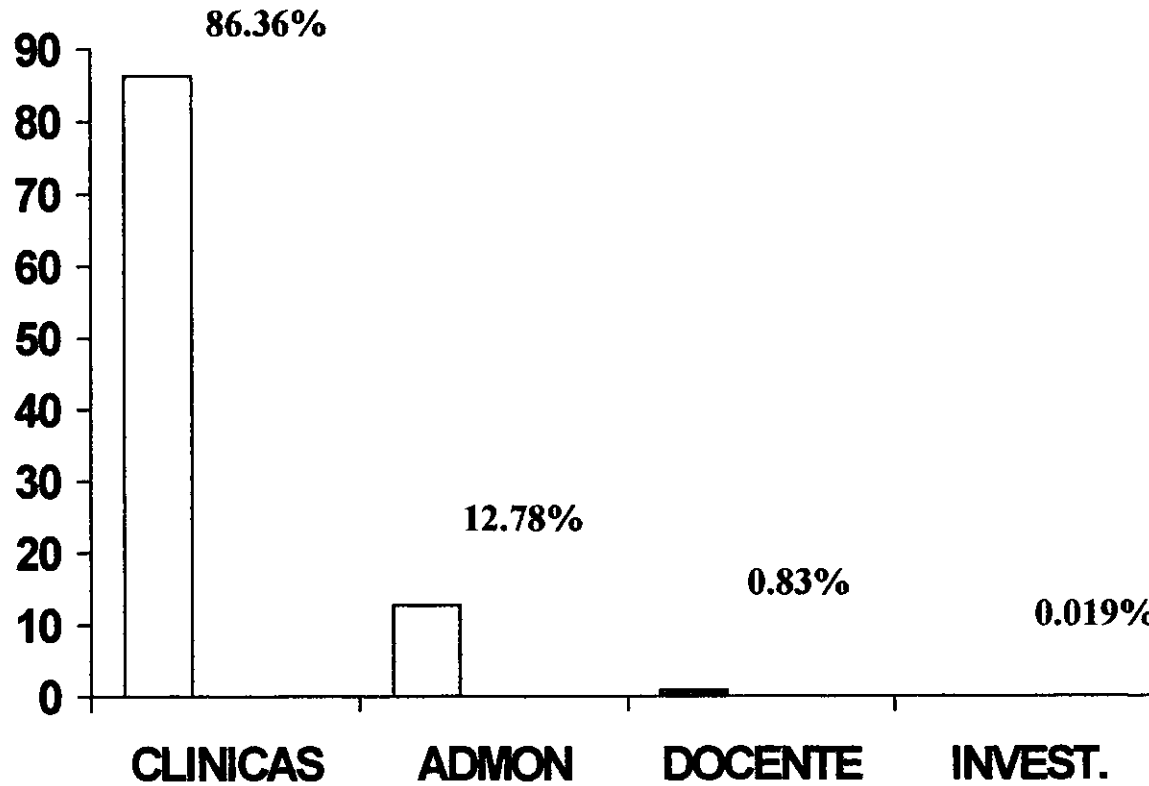
FUENTE: CUADRO #2

CUADRO # 3  
DISTRIBUCION DE FUNCIONES POR SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EVALUADO  
RESPECTO AL NIVEL DE COMPETENCIAS CLINICAS EN EL  
HOSPITAL ANGELES  
2000

SERVICIOS	F U N C I O N E S					Total	Fo
	Clinicas	Administrativas	Docentes	Investigación			
Urgencias	253	25	15	0		293	5.56
Quirofano	200	19	0	0		219	4.15
Recuperación	254	48	2	0		304	5.77
C.E.Y.E.	102	9	6	0		117	2.22
UTI. - UCC	836	28	4	0		868	16.46
1° piso hosp.	386	43	1	0		430	8.16
LABOR	161	23	0	0		184	3.49
Cunas	233	24	0	0		257	4.87
2° piso hosp.	481	56	6	0		543	10.30
3° piso hosp.	443	99	3	0		545	10.34
4° piso hosp.	430	147	2	0		579	10.98
5° piso hosp.	263	59	0	1		323	6.13
6° piso hosp.	511	94	5	0		610	11.57
<b>TOTAL</b>	<b>4553</b>	<b>674</b>	<b>44</b>	<b>1</b>		<b>5272</b>	<b>100.00</b>
Porcentaje	86.3619	12.7845	0.834598	0.01897			
x por velada	910.6	134.8	8.8	0.2			

FUENTE: MISMA CUADRO #3

GRAFICA # 3  
DISTRIBUCION DE FUNCIONES POR SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA  
EVALUADO RESPECTO AL NIVEL DE COMPETENCIAS CLINICAS EN EL  
HOSPITAL ANGELES  
2000

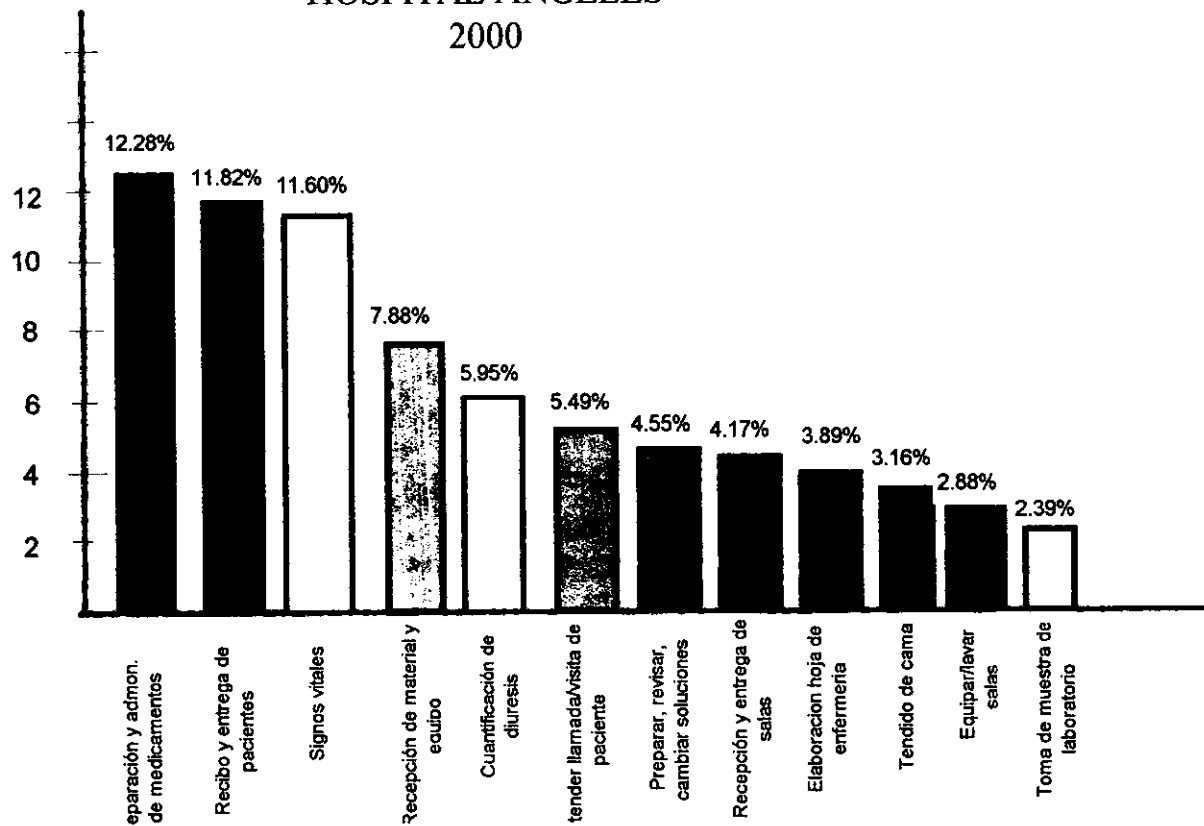


FUENTE: CUADRO #3

**CUADRO # 4**  
**CLASIFICACION PROGRESIVA DE ACTIVIDADES CLINICAS REALIZADAS CON MAS**  
**FRECUENCIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EVALUADO RESPECTO A**  
**COMPETENCIAS CLINICAS EN EL**  
**HOSPITAL ANGELES**  
**2000**

ACTIVIDADES CLINICAS	S E R V I C I O S														Total	
	6° piso	5° piso	4° piso	3° piso	2do. piso	Cunas	Labor	1° piso	T. Intenciones	C.E.Y.E.	Quirofano	Recuperación	Urgencias	Total		
Preparación y admon. de medicamentos	88	43	78	90	98	7	3	59	81	0	3	0	11	559	12.28	
Recibo y entrega de pacientes	66	41	65	75	49	38	25	51	60	0	30	14	24	538	11.82	
Signos vitales	60	31	42	42	54	37	2	86	176	0	0	1	17	528	11.60	
Recepción de material y equipo	34	13	28	18	53	8	40	25	29	30	17	15	51	359	7.88	
Cuantificación de diuresis	15	11	2	0	8	1	0	11	223	0	0	0	0	271	5.95	
Atender llamada/visita de paciente	76	58	29	21	17	0	1	43	4	0	0	1	2	250	5.49	
Preparar, revisar/cambiar soluciones	31	10	23	34	29	7	0	17	38	0	0	0	18	207	4.55	
Recepción y entrega de salas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	95	190	4.17	
Elaboración hoja de enfermería	40	15	20	0	39	14	0	32	14	0	1	1	1	177	3.89	
Tendido de cama	19	8	21	12	33	10	8	18	15	0	0	0	4	144	3.16	
Equipar/lavar salas	0	0	0	0	0	4	0	0	6	0	109	12	0	131	2.88	
Toma de muestra de laboratorio	0	6	8	27	5	6	0	1	45	0	0	0	11	109	2.39	
Revisión/cuantificación de drenajes	9	2	14	22	11	6	0	2	10	0	0	0	0	76	1.67	
Control de líquidos	1	13	21	6	4	2	0	3	11	0	0	0	0	61	1.34	
Cambio de posición	6	4	0	5	0	4	2	12	28	0	0	0	0	58	1.27	
Recepción de medicamentos	24	2	15	0	3	2	0	0	6	0	4	0	0	56	1.23	
Instrumentar salas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	0	46	1.01	
Entrega de mat. a C.E.Y.E./almacen	0	0	0	6	0	0	0	3	0	0	37	0	0	46	1.01	
Preparar/ proporcionar biberón	0	0	0	0	9	37	0	0	0	0	0	0	0	46	1.01	
Preparación de instrumental	0	0	0	0	0	5	2	0	0	31	0	0	0	38	0.83	
Circular salas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	0	35	0.77	
Valoración de pacientes	0	3	9	7	7	1	0	3	5	0	0	0	0	35	0.77	
Cambio de pañal	4	0	0	0	10	19	0	0	1	0	0	0	0	34	0.75	
Asistir al medico	0	0	1	0	0	0	11	1	5	0	11	0	4	33	0.72	
Aplicación de medios físicos	1	0	7	4	10	2	0	1	3	0	0	0	1	29	0.64	
Aspiración de secreciones	0	0	0	0	5	3	0	0	21	0	0	0	0	29	0.64	
Rev./ vigil. de medicamentos de riesgo	7	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0.33	
Acomodar material	0	0	0	0	0	0	6	0	6	8	0	0	0	20	0.44	
Programación de cirugías de urgencias	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	7	11	0	20	0.44	
Protocolo de caída	0	0	4	11	0	0	0	3	0	0	0	0	0	18	0.40	
Meter carga a C.E.Y.E.	0	0	0	0	0	0	8	0	0	9	0	0	0	17	0.37	
Aseo de cavidades	0	0	0	0	8	0	3	1	3	0	0	0	1	16	0.35	
Aplicación de hemoderivados	1	0	0	5	2	1	0	1	3	0	0	0	2	15	0.33	
Lavado gástrico, permeabilizar BNG	1	0	0	1	0	7	0	0	5	0	0	0	0	14	0.31	
Valoración del dolor	0	0	0	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0.31	
Toma E.C.G	1	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	3	14	0.31	
Entrega a C.E.Y.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	13	0.29	
Pedir material a C.E.Y.E.	7	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0.29	
Valoración de glasgow	0	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0	0	0	12	0.26	
Toma de glicemia capilar	0	0	0	1	0	1	0	6	4	0	0	0	0	12	0.26	
Revisión de carro rojo	0	0	3	0	2	0	0	3	0	0	0	2	1	11	0.24	
Cuidados pre-operatorios	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0.20	
Fisioterapia pulmonar	0	0	0	3	1	5	0	0	0	0	0	0	0	9	0.20	
Perimetro abdominal	1	0	0	0	5	0	0	0	2	0	0	0	0	8	0.18	
Colocación de línea arterial	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8	0.18	
Baño de paciente	0	0	0	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	6	0.13	
Canalización del paciente	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6	0.13	
Atención a recién nacido	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	0.11	
Aplicación de enema	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0.11	
Amortajamiento	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	5	0.11	
Aplicación de vendaje	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0.11	
Alimentación enteral y parenteral	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0.11	
Proporcionar dieta	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0.09	
Preparar carro p/ curación	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.09	
Cediluvios	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.09	
Solicitud de dietas	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4	0.09	
Colocación de sonda foley	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0.09	
Alimentación por sonda	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0.07	
Vigilar reflejo de succión y deglución	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.07	
Vigilar fototerapia y prot. ocular	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0.04	
RCP. avanzado	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0.04	
Valorar evacuaciones	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.04	
Tricotomía	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0.04	
Sugestión a paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.02	
Retirar cateter epidural	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.02	
Cuidados a paciente aislado	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.02	
Identificar pacientes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.02	
<b>Total</b>	<b>511</b>	<b>263</b>	<b>430</b>	<b>443</b>	<b>461</b>	<b>233</b>	<b>181</b>	<b>386</b>	<b>836</b>	<b>102</b>	<b>254</b>	<b>200</b>	<b>253</b>	<b>4553</b>	<b>100</b>	
X por velada	102.2	52.6	86	88.6	98.2	46.5	32.2	77.2	167.2	20.4	50.8	40	50.6			
Porcentaje	11.223	6.7764	9.4443	9.7298	10.564	5.1175	3.536	8.4779	18.38	2.2403	5.579	4.393	5.557			

**GRAFICA # 4**  
**CLASIFICACION PROGRESIVA DE LAS 12 ACTIVIDADES CLINICAS REALIZADAS CON MAS**  
**FRECUENCIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EVALUADO RESPECTO**  
**COMPETENCIAS CLINICAS EN EL**  
**HOSPITAL ANGELES**



FUENTE: CUADRO # 4

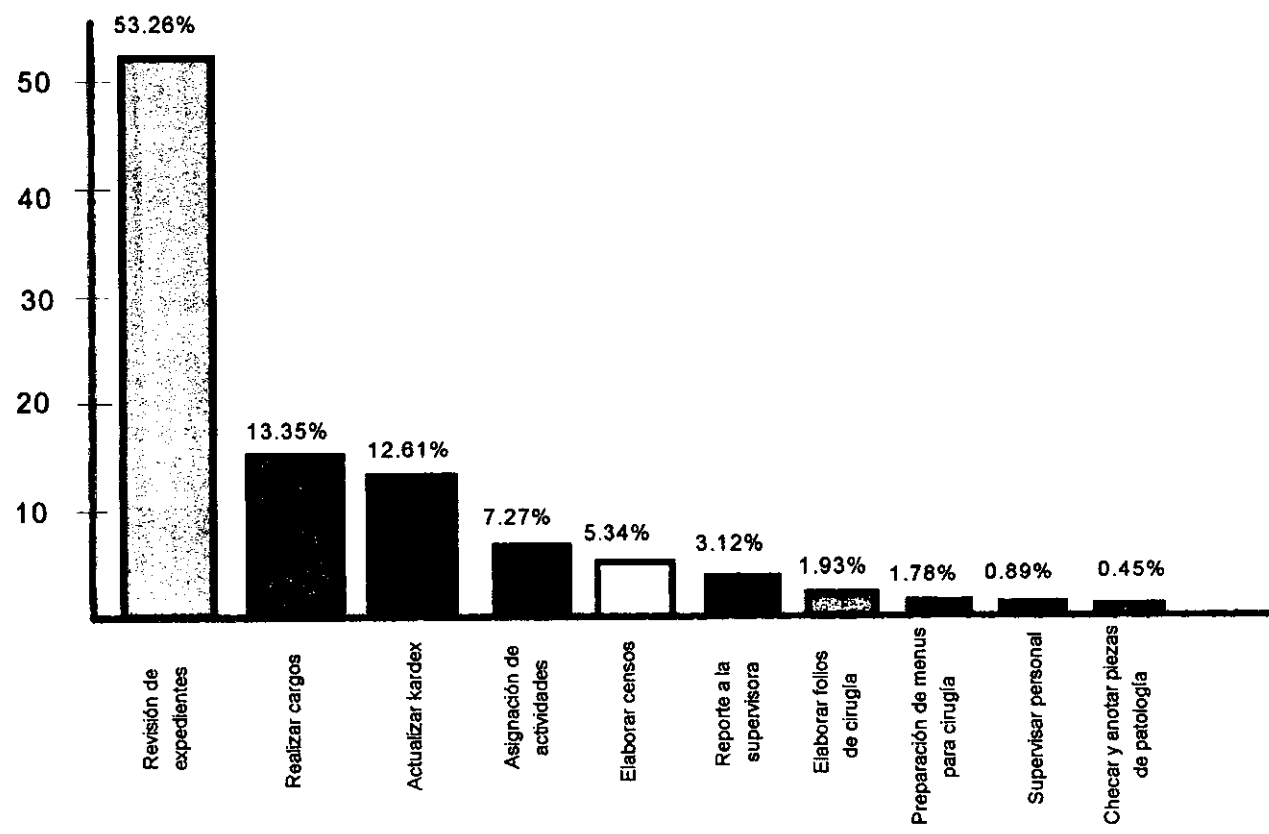


**CUADRO # 5**  
**CLASIFICACION PROGRESIVA DE LAS 10 ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS REALIZADAS**  
**POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EVALUADO RESPECTO A**  
**COMPETENCIAS CLINICAS EN EL**  
**HOSPITAL ANGELES**  
**2000**

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	S E R V I C I O S													Total	
	6° piso	5° piso	4° piso	3° piso	2do. piso	Cunas	Labor	1° piso	T. intensiva	C.E.Y.E.	Quirofano	Recuperación	Urgencias		
Revisión de expediente	47	26	81	44	44	20	1	35	24	0	6	10	21	359	53.26
Realizar cargos por consumo	5	17	17	22	1	0	16	3	0	0	0	9	0	90	13.35
Actualizar kardex	28	2	30	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	85	12.61
Asignación de actividades	5	8	5	4	6	4	6	4	2	0	5	0	0	49	7.27
Elaborar censos:	5	6	10	4	4	0	0	1	2	0	0	0	4	36	5.34
Reporte a la supervisora	4	0	4	0	1	0	0	0	0	5	7	0	0	21	3.12
Elaborar folios de cirugía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	13	1.93
Preparación de menus para cirugía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	8	0	0	12	1.78
Supervisar personal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	6	0.89
Checar y anotar piezas de patologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0.45
Total	94	59	147	99	56	24	23	43	28	9	48	19	25	674	
x por velada	18.8	11.8	29.4	19.8	11.2	4.8	4.6	8.6	5.6	1.8	9.6	3.8	5		
Porcentaje	13.95	8.75	21.81	14.69	8.31	3.56	3.41	6.3798	4.15	1.34	7.12	2.82	3.71		

FUENTE: MISMA CUADRO#5

**GRAFICA # 5**  
**CLASIFICACION PROGRESIVA DE LAS 10 ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS REALIZADAS CON MAS FRECUENCIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EVALUADO RESPECTO A COMPETENCIAS CLINICAS EN EL HOSPITAL ANGELES 2000**



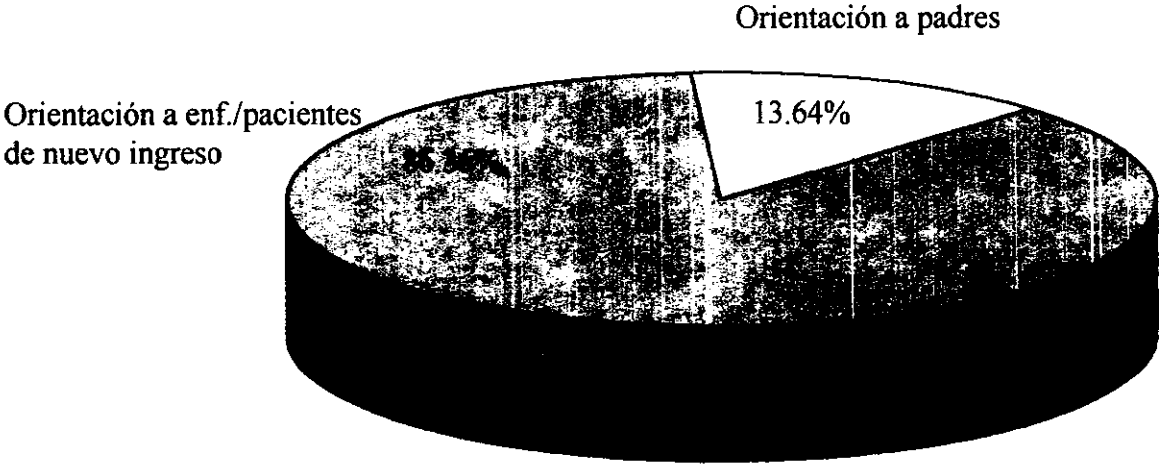
FUENTE: CUADRO # 5

CUADRO # 6  
 CLASIFICACION PROGRESIVA DE ACTIVIDADES DOCENTES REALIZADAS CON MAS  
 FRECUENCIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EVALUADO RESPECTO A  
 COMPETENCIAS CLINICAS EN EL  
 HOSPITAL ANGELES  
 2000

ACTIVIDADES DOCENTES	6° piso	5° piso	4° piso	3° piso	2do. piso	Cunas	Labor	1° piso	T. intensiva	C.E.Y.E.	Quirofano	Recuperación	Urgencias	Total	
Orien. enf./pacientes nuevo ingreso	3	0	2	3	2	0	0	1	4	6	2	0	15	38	86.36
Orientación a padres	2	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	6	13.64
Total	5	0	2	3	6	0	0	1	4	6	2	0	15	44	
x por velada	1	0	0.4	0.6	1.2	0	0	0.2	0.8	1.2	0.4	0	3		
Porcentaje	11.364	0	4.55	6.82	13.64	0	0	2.27	9.09	13.64	4.55	0	34.09		

FUENTE: MISMA CUADRO# 6

GRAFICA # 6  
CLASIFICACION PROGRESIVA DE ACTIVIDADES DOCENTES REALIZADAS CON  
MAS FRECUENCIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EVALUADO RESPECTO  
A COMPETENCIAS CLINICAS EN EL  
HOSPITAL ANGELES  
2000



FUENTE: CUADRO #6

**CUADRO # 7**  
**CLASIFICACION PROGRESIVA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACION REALIZADAS CON**  
**MAS FRECUENCIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA,**  
**EVALUADO RESPECTO A COMPETENCIAS CLINICAS EN EL**  
**HOSPITAL ANGELES**  
**2000**

ACTIVIDADES DE INVESTIGACION	6° piso	5° piso	4° piso	3° piso	2do. piso	Cunas	Labor	1° piso	T. intensiva	C.E.Y.E.	Quirofano	Recuperación	Urgencias	Total	
Investigación	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100.00
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
Total	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
x por velada	0	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Porcentaje	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

FUENTE: MISMA CUADRO #7

## **DESCRIPCION DE HALLAZGOS CUALITATIVOS SOBRE NIVELES DE COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA**

La descripción de los siguientes hallazgos corresponden a las expresiones de las enfermeras a partir de las cuales fueron tipificadas como Principiante, Competente y Experto. Se plantearon cinco ejemplos de cada uno y la interpretación se deja al libre albedrío del lector, ya que el investigador hizo la tipificación en base a la planteación.

### **Hallazgos representativos mas importantes.**

3

### **HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORÍA: PAS. DE ENF.  
ANTIGÜEDAD: MENOS DE 1 AÑO.  
SERVICIO: TERAPIA INTERMEDIA**

#### **CASO# 6**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MAS SIGNIFICATIVA PARA USTED.**

Al recibir una paciente con padecimiento neurológico debido a un accidente automovilístico de pronto se levantó bruscamente asustada.

**COMO FUE ABORDADA Y RESUELTA DICHA EXPERIENCIA:**

La traté con tranquilidad, necesité la ayuda de una compañera, posteriormente le di sus medicamentos y se durmió.

**NOTA: PRINCIPIANTE**

**HALLAZGOS CUALITATIVOS SOBRE NIVELES DE COMPETENCIA DEL  
PERSONAL DE ENFERMERIA**

**CASOS DE NIVEL PRINCIPIANTE**

5

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: AUX. DE ENF.  
ANTIGUEDAD: DE 1 A 2 AÑOS.  
SERVICIO: TERAPIA INTERMEDIA**

**CASO # 14**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Quando un paciente se va muy contento y agradecido con nuestro trabajo.

**COMO FUE ABORDADA Y RESULTA DICHA EXPERIENCIA.**

**NOTA: PRINCIPIANTE.**

5

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: AUX. DE ENF.  
ANTIGUEDAD: DE 1 A 2 AÑOS.  
SERVICIO: TERAPIA INTERMEDIA**

**CASO 15**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Reingresó un paciente a nuestro servicio y me reconoció de su ingreso anterior.

**COMO FUE ABORDADA Y RESULTA DICHA EXPERIENCIA**

El que se recupere muy pronto.

**NOTA: PRINCIPIANTE.**

**HALLAZGOS CUALITATIVOS SOBRE NIVELES DE COMPETENCIA DEL  
PERSONAL DE ENFERMERIA**

**CASOS DE NIVEL PRINCIPIANTE**

4

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: ENF. GRAL.  
ANTIGUEDAD: MENOS DE 1 AÑO.  
SERVICIO: TERAPIA INTERMEDIA**

**CASO # 11**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Tener un paciente con impactación fecal.

**COMO FUE ABORDADA Y RESUELTA DICHA EXPERIENCIA**

Se intentó estimulación rectal pero posteriormente se realizó un tacto rectal.

**NOTA: PRINCIPIANTE.**

4

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: ENF. GRAL.  
ANTIGUEDAD: MENOS DE 1 AÑO.  
SERVICIO: TERAPIA INTERMEDIA**

**CASO # 10**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Haber recibido a un paciente con EPOC, observarla con polipnea con pequeños esfuerzos.

**COMO FUE ABORDADA Y RESUELTA DICHA EXPERIENCIA**

Vigilar estado hemodinámico.  
Administrar los medicamentos.

**NOTA: PRINCIPIANTE.**



**HALLAZGOS CUALITATIVOS SOBRE NIVELES DE COMPETENCIA DEL  
PERSONAL DE ENFERMERIA.**

**CASOS DE NIVEL COMPETENTE**

10

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: AUX. DE ENF.  
ANTIGUEDAD: HASTA 4 AÑOS.  
SERVICIO: 6° PISO DE HOSP.**

**CASO # 26**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Un paciente traía un vendaje mal colocado, causándole gran molestia.

**COMO FUE ABORDADA Y RESULTA DICHA EXPERIENCIA**

Le sugerí cambiar el vendaje explicándole el procedimiento quedando muy agradecido.

**NOTA: COMPETENTE.**

12

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: ENF. ESP.  
ANTIGUEDAD: MAS DE 5 AÑOS  
SERVICIO: CUNAS**

**CASO # 29**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Mi bebé come a libre demanda y con buen apetito.

**COMO FUE ABORDADA Y RESUELTA DICHA EXPERIENCIA**

Darle a su hora la fórmula, succionando y deglutiendo bien.

**NOTA: COMPETENTE.**

**HALLAZGOS CUALITATIVOS SOBRE NIVELES DE COMPETENCIA DEL  
PERSONAL DE ENFERMERIA**

**CASOS DE NIVEL COMPETENTE**

3

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

CATEGORIA: PAS. DE ENF.  
ANTIGUEDAD: MENOS DE 1 AÑO.  
SERVICIO: TERAPIA INTERMEDIA

CASO # 8

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Una paciente presentó dolor en la herida quirúrgica.

**COMO FUE ABORDADA Y RESUELTA DICHA EXPERIENCIA**

Le adelanté el analgésico que tenía indicado, posterior a media hora lo volví a valorar y ya estaba dormido.

NOTA: COMPETENTE.

9

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

CATEGORIA: ENF. ESP.  
ANTIGUEDAD: MAS DE 5 AÑOS.  
SERVICIO: 6° PISO HOSP.

CASO # 21

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Una paciente rechazó la atención de una cuidadora argumentando que era mayor de edad, y que como no veía bien era preferible que se retirara.

**COMO FUE ABORDADA Y RESULTA DICHA EXPERIENCIA**

Le expliqué a los familiares del paciente que las actividades de la cuidadora son específicas y que el cuidado integral lo brindaría la enfermera, pero ellos prefirieron que se retirara.

NOTA: COMPETENTE

**HALLAZGOS CUALITATIVOS SOBRE NIVELES DE COMPETENCIA DEL  
PERSONAL DE ENFERMERIA**

**CASOS DE NIVEL COMPETENTE**

10

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: AUX. DE ENF.  
ANTIGUEDAD: HASTA 4 AÑOS.  
SERVICIO: 6° PISO DE HOSP.**

**CASO # 24**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Tuve un paciente muy demandante e inquieto.

**COMO FUE ABORDADA Y RESUELTA DICHA EXPERIENCIA**

Acudí a su llamado de inmediato y en forma tranquila. Le expliqué todos los procedimientos a realizarle.

**NOTA: COMPETENTE**

10

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: AUX. DE ENF.  
ANTIGUEDAD: HASTA 4 AÑOS.  
SERVICIO: 6° PISO DE HOSP.**

**CASO # 25**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Encontré a una compañera ayudando a un médico a tomar un electrocardiograma, pero aún le faltaban otras actividades.

**COMO FUE ABORDADA Y RESUELTA DICHA EXPERIENCIA**

Me propuse ayudarla para que terminara sus actividades.

**NOTA: COMPETENTE.**

**HALLAZGOS CUALITATIVOS SOBRE NIVELES DE COMPETENCIAS DEL  
PERSONAL DE ENFERMERIA**

**CASOS DE NIVEL EXPERTO**

37

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: ENF. ESP.  
ANTIGUEDAD: HASTA 4 AÑOS.  
SERVICIO: URGENCIAS.**

**CASO # 93**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Sentirme que a pesar de la falta de personal de enfermería de más antigüedad, puedo organizar a mi grupo y sacar adelante el trabajo.

**COMO FUE ABORDADA Y RESULTA DICHA EXPERIENCIA**

Conociendo el servicio, sabiendo como organizar a mi grupo y saber que tiene más prioridad e importancia.

**NOTA: EXPERTA.**

37

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: ENF. ESP.  
ANTIGUEDAD: HASTA 4 AÑOS.  
SERVICIO: URGENCIAS**

**CASO # 94**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

El gusto de los pacientes al ser bien atendidos y tratados.

**COMO FUE ABORDADA Y RESUELTA DICHA EXPERIENCIA**

Al identificarme con el paciente y que sea recíproca la atención y el bienestar del paciente.

**NOTA: EXPERTA.**

**HALLAZGOS CUALITATIVOS SOBRE NIVELES DE COMPETENCIAS DEL  
PERSONAL DE ENFERMERIA**

**CASOS DE NIVEL EXPERTO**

7

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: ENF. GRAL.  
ANTIGUEDAD: MAS DE 5 AÑOS.  
SERVICIO: 6° PISO DE HOSP.**

**CASO # 18**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

Reacción de agrado de un paciente por proporcionarle cuidados de enfermería.

**COMO FUE ABORDADA Y RESUELTA DICHA EXPERIENCIA**

Dando las gracias y continuar con un diálogo agradable.

**NOTA: EXPERTA.**

8

**HALLAZGOS CUALITATIVOS**

**CATEGORIA: ENF. GRAL.  
ANTIGUEDAD: HASTA 4 AÑOS.  
SERVICIO: 6° PISO DE HOSP.**

**CASO # 19**

**DESCRIBA LA EXPERIENCIA HOY MÁS SIGNIFICATIVA PARA USTED**

A una paciente le agradó mi forma de tratarla y de explicarle todos los procedimientos que se le realizan.

**COMO FUE ABORDADA Y RESUELTA DICHA EXPERIENCIA**

Llevando a cabo todos mis procedimientos con agrado.

**NOTA: EXPERTO.**

### 13. RESULTADOS.

Los datos muestran que la Categoría en enfermería prevalece con el 49.3 %, las Enfermeras Generales, con un 32.5 %, de Enfermeras Especialistas y con un 18.2 %, las Enfermeras Auxiliares.

Con relación a la Antigüedad el 30.00 % corresponde al personal que tiene mas de 5 años, el 27.20 % las enfermeras que tienen hasta 4 años, el 24.60 % las enfermeras que tienen menos de 1 año y el 18.20 % tienen hasta 2 años trabajando en el hospital.

Los datos señalan que la distribución de Funciones Clínicas ocupa el 86.36 %, un 12.78 % las Funciones Administrativas, en un 0.83 % Funciones Docentes y el 0.01 % las Funciones de Investigación.

En relación a la práctica clínica, la preparación y administración de medicamentos ocupa el 12.28 %, recibo y entrega de pacientes 11.82 %, toma de signos vitales 11.60 %, recepción de material y equipo el 7.88 %, cuantificación de diuresis 5.95 %, atender llamadas y visita de pacientes el 5.49 %, preparar, revisar, cambiar soluciones el 4.55 %, recepción y entrega de sala el 4.17 %, elaboración de la hoja de enfermería el 3.89 %, tendido de cama 3.16 %, equipar y lavar sala el 2.88% y la toma de muestras de laboratorio el 2.39 %.

Los datos obtenidos de las Actividades Administrativas en Enfermería, muestran que el 53.26 % es de la revisión de expedientes, el 13.35 % de la realización de cargos por consumo, el 12.61 % en la actualización de Kardex, 7.27 % en la asignación de actividades, el 5.34 % en la elaboración de Censos, 3.12 % en el reporte a la supervisora, 1.93 % elaboración de folios de cirugía, 1.78 % la preparación de menús para cirugía, 0.89 % el supervisar al personal y el 0.45 % checar y anotar piezas de Patología.

En las Actividades Docentes se muestra que el 86.36 % fueron de la orientación ha enfermeras y pacientes de nuevo ingreso y el 13.64 % Orientación a Padres.

Las actividades de Investigación que realizan las Enfermeras en un 100 % son las de investigación incidental.

## 14. CONCLUSIONES.

El rol de la enfermera como docencia e investigación esta desdibujado esto puede tener un sustento ya que, según Patricia Benner la profesión de Enfermería se ha estudiado y postulado básicamente desde un patrón sociológico y de culturación en la práctica profesional pero también como lo establece la autora abarca muy poco sobre el análisis de Enseñanza de los saberes contenidos en el ejercicio cotidiano de la tarea asistencial. Esto explica la dificultad de transmitir el conocimiento y sobre todo de abordarlo mediante la investigación.

Con relación a la práctica clínica desde el enfoque del nivel de competencias se establece que, el constatar y comprender las diferencias que se observan en el desempeño de las actividades clínicas críticas exigen una confrontación con la experiencia acumulada en el tiempo y por la enfermera. Puede afirmarse entonces que la experiencia y el campo de dominio del personal de enfermería evaluado, se centra mas en el contexto de la clínica que en otros campos, se hace por lo tanto necesario que la enfermera comprenda la función de ayuda al enfermo, función docente-tutelar, la función diagnostico y de vigilancia al paciente, como tres ejes fundamentales de las siete áreas o campos de acción que propone la Teoría del nivel de competencias de Patricia Benner.

En el caso particular de este estudio se pudieron tipificar y encontrar patrones de comportamiento en las cuatro escalas o niveles de dominio. Se pudieron encontrar a las Enfermeras Expertas cuyo discurso hace evidente su capacidad en la ayuda al enfermo, la gestión eficaz en situaciones de crisis, el control adecuado de intervenciones y tratamiento, etc.

Con relación a las Enfermeras competentes se identifico también, entre otros aspectos que el tiempo de experiencia acumulado no rebasa los tres años de desempeño, y no obstante esta en condiciones de plantear iniciativas en función de objetivos perfectamente identificados.

Un capitulo muy especial lo constituyen el grupo de Enfermeras Principiantes, aquellas que tenían menos de un año hicieron evidente su dificultad para desenvolverse en situaciones clínicas complejas por carecer de experiencia en situaciones similares.

En la población estudiada prevalecieron las enfermeras expertas por encima de las competentes y principiantes aunque puede notarse numéricamente una superioridad de principiantes y competentes juntas por encima de la población experta.

Con relación a lo que las actividades desarrolladas por las enfermeras permiten inferir como proceso de trabajo, como dice Sánchez Vázquez el hombre se vale de instrumentos o medios adecuados para transformar la realidad. La praxis productiva es la Praxis fundamental en tanto que como proceso humanizado permite satisfacer necesidades humanas.

Diríamos entonces que la actividad clínica de la Enfermería como proceso de trabajo en el que

la Enfermera se vale de instrumentos y medios para transformar su práctica constituyéndose un ejercicio fundamental en el que la enfermera no solo produce o se perfecciona atendiendo sus necesidades siempre y cuando perfile dicha práctica a partir de proyectos y fines humanos perfectamente definidos.



## 15. PROPUESTAS.

- Establecer a manera de proyecto piloto un sistema de evaluación por niveles de competencia del personal de enfermería para:
  - \* La asignación idónea del personal en los diferentes servicios y turnos.
  - \* La designación de las encargadas de servicio, jefes de servicio y/o supervisoras.
  - \* La elección de tutoras para el personal de nuevo ingreso.
  - \* Para la asignación de becas, horas beca en cursos relacionados con Enfermería. incluyendo maestrías, licenciaturas en enfermería, post-gradados, diplomados, siempre relacionado con el desarrollo de competencias clínicas.
  - \* Evaluar el impacto de la rotación continua del personal en función de los niveles de expertéz deseados.
  - \* Utilizar el modelo de desarrollo de competencias clínicas para el adiestramiento efectivo sobre las actividades más recurrentes en el Hospital.

## BIBLIOGRAFIA.

- ARREDONDO, G. Martiniano et.al, Notas para un Modelo de Docencia, ed. perfiles educativos núm. 3, México CISE-UNAM 1973, 250.
- ASOCIACION NACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERIA, AC Estudio de actividades que realiza el personal de enfermería en la Republica Mexicana, México 1976.
- BALDERAS, Ma. De la Luz, Administración de los Servicios de Enfermería, ed. Interamericana México 1987 109p.
- BARQUIN, Calderón Manuel, Administración en Enfermería, ed. Interamericana. Mc Graww-Hill México 1995 228p.
- BENNER, Patricia, Práctica Progresiva en Enfermería Manual de Comportamiento Profesional, ed. Grijalbo Barcelona 1987 329p.
- BULECHEK, M. Gloria Joanne C. Mc. Closkey, Clínicas de Enfermería de Norteamérica, ed. Interamericana Mc Graw-Hill México 1992 340p.
- CALENDER, M. Tiny, Administración Hospitalaria para Enfermería. ed. Mosby 3a. 1996. 523p.
- CLARA, Arndt, Loucine m. Daderian Huckabay, Colombia, 1980 375p.
- DIVINCENTI, HN Ed. Administración de los Servicios de Enfermería, ed. Limusa 1981 499p.
- ESPINOSA, Olivares Artemisa, Rodríguez Jiménez Sofia, Docencia en Enfermería (antología) D: R división Universidad Abierta, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, impresos Yuceda, México 1998,320p.
- HINCHLIFF, Susan M. Enseñanza en Enfermería Clínica. ed. Nueva Interamericana México 1982 214p.
- KENNETH, R Cox, Cristine E. Ewan, La Docencia en Medicina, Ed. Doyma España 1995, 238p.
- MARRINER, Ann-Tomey, p,h. Modelos y Teorías en Enfermería. ed. Mosby 3a 1996 523p.
- PALMERO, Zilveti Olga, Consuelo Varelas Lechuga, Administración de lo Servicios de Salud en Enfermería, ed. Organización Panamericana de la Salud 1992 238p.
- POLIT, Dennise y Hungler, Bernadette, Investigación Científica en Ciencias de la Salud, Ed. Interamericana Mc. Graw-Hill , México 1994 4a. ed. 563p.

- PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO PARA INSTRUCTORES CLINICOS. Manual de Adiestramiento. Universidad de California, Los Angeles. División de Educación Vocacional. En Colaboración con: El Departamento de Salubridad, Educación y Bienestar de los Estados Unidos y del Servicio Social y de Rehabilitación 1969.
- SANCHEZ, Vázquez Antonio, Filosofía de la Praxis, Ed. Grijalbo. México 1980 460p.
- SIMMS, Lilian M, Price N. Ervin, Administración de los Servicios de Enfermería, Ed. Interamericana, México 1986 410p.
- UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Sistema de Universidad Abierta. Investigación Clínica en Enfermería, (antología) 1996, 303p.