



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
RESPECTO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

P.L.E.S.S. LÓPEZ VARGAS LEONOR

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ



LOS REYES IZTACALA. TLALNEPANTLA. EDO. DE MÉXICO. SEPTIEMBRE 2019



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
RESPECTO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS”**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

P.L.E.S.S. LÓPEZ VARGAS LEONOR

MIEMBROS DEL JURADO:

Presidente: Dr. Luis Alberto Regalado Ruíz

Vocal: Dra. María de los Ángeles Godínez Rodríguez

Secretaria: Mtra. Dinora Valadez Díaz

Suplente: Mtra. María de los Ángeles Torres Ramírez

Suplente: Mtra. Alexandra Garduño Magaña

LOS REYES IZTACALA. TLALNEPANTLA. EDO. DE MÉXICO. SEPTIEMBRE 2019





RESÚMEN

INTRODUCCIÓN: La Toma de Decisiones Clínicas (TDC) que realiza el profesional de Enfermería es un proceso complejo, que incluye una serie de factores y elementos que van a permitir o limitar las mismas, quien mejor que los mismos profesionales experimentados para compartirnos sus percepciones sobre el tema.

OBJETIVO: Describir la percepción que tienen los profesionales de Enfermería respecto a la toma de decisiones clínicas (TDC).

METODOLOGÍA: Estudio cualitativo, fenomenológico, descriptivo; realizado en el Hospital General de Zona No. 58. Se incluyeron a 7 Licenciados en Enfermería, del turno matutino, con una antigüedad mayor a cinco años; se excluyeron aquellos participantes que se encontraron de vacaciones o licencia, en el momento de las entrevistas. La muestra fue no probabilística, a conveniencia y nos guiamos mediante saturación de datos. Para abordar los aspectos éticos, se otorgó un consentimiento informado a los participantes. El instrumento de recolección de datos fue una entrevista semi-estructurada, los informantes fueron entrevistados de manera individual y grabados en una sesión, posteriormente las entrevistas fueron transcritas y sometidas a la metodología de Miles y Huberman.

RESULTADOS: Surgieron tres categorías: 1.- Elementos para la Toma de Decisiones Clínicas, con tres subcategorías: formación académica, conjunción teoría-práctica y auto-reconocimiento. 2.- Factores que favorecen la TDC, con dos subcategorías: apoyo y confianza del personal médico y enfermería, y superación profesional. 3.- Limitantes en la TDC, con cuatro subcategorías: falta de reconocimiento institucional, falta de reconocimiento médico, falta de reconocimiento del personal de Enfermería y falta de interés.

CONCLUSIONES: El profesional de enfermería se percibe como un ser con conocimientos, habilidades y actitudes para poder tomar decisiones sobre la gestión del cuidado al paciente y a pesar de las limitantes presentes, deben considerarlas como retos a seguir trabajando para que disminuyan.

Palabras clave: Profesionales de enfermería, toma de decisiones clínicas.



ABSTRACT

INTRODUCTION: Clinical Decision Making by the Nurse Practitioner is a complex process that includes a series of factors and elements that will allow or limit them, who better than the experienced professionals themselves to share their perceptions on the subject.

OBJECTIVE: To describe the perception of nursing professionals regarding clinical decision making (CDM).

METHODOLOGY: Qualitative, phenomenological, descriptive study; conducted in the General Hospital of Zone No. 58. Included were seven graduates in Nursing, from the morning shift, with seniority > 5 years; those participants who found themselves on vacation or leave at the time of the interviews were excluded. The sample was a non-probability, at convenience and we were guided by data saturation. To address ethical issues, informed consent was given to participants. The data collection instrument was a semi-structured interview. The informants were interviewed individually and recorded in one session, then the interviews were transcribed and subjected to the Miles and Huberman methodology.

RESULTS : Three categories emerged: 1.-Elements for Clinical Decision Making, with three subcategories: academic formation, conjunction theory-practice and self-recognition. 2. Factors that favor CDM, with two subcategories: support and trust of the medical and nursing staff and professional improvement. 3.- Limitations in the CDM, with four subcategories: lack of institutional recognition, lack of medical recognition, lack of recognition of nursing staff and lack of interest.

CONCLUSIONS : The nursing professional is perceived as a being with knowledge, skills and attitudes to be able to Make Decisions on the management of patient care and despite the present limitations, should consider them as challenges to continue working to diminish.

Keywords: Nursing Professionals, clinical decision making.



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
DEDICATORIA	9
CAPÍTULO I	11
INTRODUCCIÓN.....	11
PROBLEMATIZACIÓN.....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
OBJETIVOS	14
JUSTIFICACIÓN	15
CAPÍTULO II	17
ESTADO DEL ARTE	17
ABORDAJE CONCEPTUAL	22
DEFINICIÓN DE PERCEPCIÓN	22
DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA	23
DEFINICIÓN DE PROFESIÓN Y PROFESIONALIZACIÓN	24
MARCO TEÓRICO.....	25
ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN	25
PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA Y MÉXICO	27
FORMACIÓN POR COMPETENCIAS EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	30
UNIFICACIÓN DE COMPETENCIAS EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	31
AUTONOMÍA PROFESIONAL.....	34
LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SALUD.....	36
ENFOQUES PERMISIVOS Y RESTRICTIVOS DE ENFERMERÍA.....	37
NOM 019 PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SNS	38
ÁMBITO DE PRÁCTICA DE ENFERMERÍA	40
GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	42
TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS	43
MARCOS PARA LA TOMA DE DECISIONES	44
DELEGACIÓN Y SUPERVISIÓN. MEJORA EL USO DE LOS MARCOS PARA LA TOMA DE DECISIONES.....	45



CAPÍTULO III	47
ABORDAJE METODOLÓGICO	47
DISEÑO	47
PARADIGMA. ENFOQUE	47
DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO UTILIZADO	48
CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE INFORMANTES	49
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
CONTEXTUALIZACIÓN	50
MÉTODO PARA DETERMINAR EL NÚMERO DE SUJETOS INFORMANTES	51
MÉTODO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	51
ASPECTOS ÉTICOS	53
CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	54
CAPÍTULO IV	56
HALLAZGOS	56
CAPÍTULO V	82
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES Y/O PROPUESTAS	83
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	91
ANEXO No. 1 ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA DEL TEMA	91
ANEXO No. 2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	92



*El esfuerzo y el trabajo duro construyen el puente
que conecta tus sueños con la realidad.
Los que hacen esfuerzos constantes están llenos de
esperanza. Y la esperanza, a su vez, surge de los
esfuerzos constantes.
Abraza tus sueños y avanza hasta donde te puedan
llevar.*

Daisaku Ikeda
Filósofo, educador, escritor y poeta



AGRADECIMIENTOS

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ

Siempre la he admirado por un sinfín de virtudes, uno en especial es su gran labor de dirección de tesis. Es un honor que haya aceptado dirigir ésta.

Gracias por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento.

Gracias por sus enseñanzas, orientaciones, acompañamiento, paciencia, por el espacio, por su tiempo invertido para las revisiones de mi tesis y ser mi guía.

Es la mejor.

AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 58

Con mención especial a la M.D Fabiola Alday Medina.

Por haberme proporcionado todas las facilidades que me permitieron llevar a cabo mi tesis. Gracias por darme el tiempo y espacio para elaborar mis entrevistas y resultados.

Por ser una persona que confió en mí de muchas maneras y me brindó su apoyo.

Estoy agradecida con Dios por haberla conocido.

Gracias Dra. Rocío Bautista de Anda por sus grandes consejos de seguir adelante, siempre adelante, viendo a futuro que más voy a hacer y el no descansar hasta lograr lo deseado. No lo olvidaré.

Es una persona que hizo sacar lo mejor de mí, es muy difícil y usted lo logró.



A MIS SINODALES

Por darse el tiempo de revisar con paciencia este trabajo.

Gracias Dr. Luis Alberto Regalado Ruíz, Mtra. Dinora Valadez Díaz, Mtra. María de los Ángeles Torres Ramírez y Mtra. Alexandra Garduño Magaña.

Todos contribuyeron en mi formación, agradezco sus enseñanzas, correcciones y recomendaciones, eso me hizo crecer como persona y profesionalmente.

A LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN ESTA INVESTIGACIÓN

Sin ustedes no hubiera sido posible la misma.

Al inicio tenía incertidumbre si habría participación por parte de ustedes y bendito sea Dios que sí. Ustedes mostraron gran disponibilidad e interés de participar en la investigación.

Gracias por su valioso tiempo y por aportarnos sus experiencias y vivencias.

A MI UNIVERSIDAD Y FACULTAD

Que orgullo y responsabilidad de pertenecer a la máxima casa de estudios.

Agradezco que me hayan aceptado y me dejen ser parte de ustedes.

Gracias a mi carrera Enfermería, la más hermosa de todas, por formarme.

A las personas que conocí y a los profesores que fueron partícipes de mi formación.



DEDICATORIA

A DIOS

*Por darme la vida, por las grandes bendiciones, por cada amanecer,
por la salud, por mi familia y amigos.*

*Me ha brindado la oportunidad de aprender tanto de los fracasos
como de los éxitos, con ello tengo experiencia ganada.*

*Por acompañarme siempre y no abandonarme, por darme fuerzas y
paciencia para llegar hasta donde estoy.*

*Gracias a ti, el día de hoy se presenta la parte final del trabajo y
esfuerzo de un año. He alcanzado mi meta.*

Gracias por este triunfo

A MI FAMILIA

*A mi querida madre Eutiquia Vargas Rosales quien me dio la vida, me
inculcó valores, ha estado conmigo en los mejores y peores momentos
de mi vida, quien nunca me ha dejado sola. Gracias por sus palabras de
aliento, por sus consejos, por su amor, bondad y apoyo.*

*Ella es mi todo, mi amiga, mi confidente, mi orgullo, mi inspiración y
un ejemplo a seguir.*

*Me ha dado la oportunidad de prepararme, ha apoyado mis sueños,
mis decisiones y proyectos.*



Es la primera promotora de mis sueños y estuvo dispuesta a acompañarme en este largo camino. Es la persona a la que le debo todo lo que soy.

A mi querida hermana Isabel López Vargas, la persona con la que compartí mi infancia y ahora de adultas seguimos siendo tan unidas como de niñas.

Ella estuvo pendiente de mí, siempre que la necesité, fue mi guía, me aconsejó y corrigió en mis decisiones, admiro sus sabios consejos que hacen que vea más allá de lo posible.

Por siempre estar presente en los eventos importantes de mi vida, dándome su apoyo incondicional. Gracias por sus buenos deseos y anhelar lo mejor para mí.

A mi pareja, que ya es parte de mi familia, por ser el elemento perfecto para poder lograr esta dichosa victoria.

Gracias por tu preocupación por mí en todo momento, por ser inspiración, motivación y siempre querer lo mejor para mi porvenir.

Mis sinceras gracias.

A MIS ÁNGELES GUARDIANES

Yo sé que desde el cielo me protegen y bendicen, en algún momento me reuniré con ustedes.

Siempre los llevo en mi corazón.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Anteriormente la formación en enfermería era mayormente enfocada hacia la práctica, posteriormente con las nuevas necesidades de la población, avances en la ciencia y nuevas tecnologías, hubo cambios en la formación, avanzando de los cuidados técnicos hacia la profesionalización de los cuidados, con ello se adquirieron nuevas y mayores responsabilidades.

En la actualidad, México necesita de profesionales de enfermería que demuestren un sólido conocimiento teórico, conceptual y metodológico adherido a la ciencia; esto sin duda le otorgará la autonomía de ser y la autodeterminación en los actos de vida personal y profesional. El reconocimiento de sus compañeros de trabajo o de otros profesionales del área de la salud le confiere respeto, confianza y credibilidad a su actuar profesional. Pero alcanzará una mayor autoridad si además domina las competencias de utilizar herramientas de forma interactiva, sabe interactuar en grupos heterogéneos, actuar con autonomía y cooperar de forma disciplinada¹.

Deberemos ser profesionales de enfermería rigurosamente científicos, académicos, éticos, empáticos y tener el suficiente amor para cuidarnos y calidad humana, atender amorosamente a personas sanas y enfermas; sólo de esta manera podremos enfrentar los retos del cuidado que demanden las personas en este nuevo milenio¹.

Uno de los retos en el cuidado de enfermería es, que como profesionales al enfrentarse a la vida laboral se tienen que poner en práctica las competencias adquiridas durante la formación educativa y al estar frente al paciente tomar decisiones independientes.

Con el paso de los años las competencias en el profesional de enfermería se van solidificando, haciendo que la TDC se vuelva más fácil, que las decisiones sean



mejores cada día. Por lo anterior esta investigación permitirá conocer aspectos aún desconocidos sobre TDC, viniendo de los expertos (personal de enfermería).

Fue una investigación cualitativa que permitió conocer la percepción de los profesionales de enfermería, respecto a la TDC.

Con el fin de dar seguimiento a la investigación, el contenido está organizado en cinco capítulos.

En el capítulo I abarca la introducción, donde se contextualiza el tema TDC y se describe el contenido por capítulos, a continuación en la problematización se explica por qué se considera un tema a investigar, con lo cual surge la pregunta de investigación, el objetivo y se justifica la investigación.

El capítulo II está conformado por el estado del arte y el marco teórico; en el primero rescata los estudios previos relacionados con la TDC y el segundo es la revisión documental que sustenta la investigación.

En el capítulo III se encuentra el abordaje metodológico, el cual es la descripción misma paso a paso de cómo se llevó a cabo la investigación.

El capítulo IV denominado hallazgos desglosa los resultados obtenidos, esquematizando las categorías y subcategorías encontradas, luego la descripción de cada una de éstas, con su respectivo análisis y discusión.

Finalmente, en el capítulo V se presentan las conclusiones a las que se llegó, además se hacen recomendaciones y/o propuestas pertinentes al haber concluido la investigación.



PROBLEMATIZACIÓN

Durante mi formación metodológica como Licenciada en Enfermería, adquirí numerosas competencias teórico-prácticas. Un aspecto particular que siempre me llamó la atención fue la toma de decisiones del profesional de enfermería para brindar el cuidado. En la praxis, lo viví en las prácticas clínicas, a partir del tercer semestre, donde observaba como había profesionales de enfermería autónomos, capaces de decidir respecto al cuidado del paciente y a otros que les costaba trabajo tomar decisiones clínicas. Y me preguntaba por qué sucedía esto, qué factores intervenían para poder tomar decisiones.

En el área hospitalaria, el cuidado del enfermo agudo y crítico coloca al profesional de enfermería en un área de retos que requieren de personal capaz de tomar decisiones de manera independiente, adaptándose a las exigencias laborales y demandas de salud.

Al encontrarme realizando mi servicio social en un hospital de segundo nivel, mi curiosidad se acentuó, porque al sentirme a unos pasos del área laboral y al relacionarme con el personal de enfermería, que mejor oportunidad que ésta, para saber de los propios profesionales expertos y experimentados, cuál es su percepción respecto a la TDC.

Al llevar a cabo la búsqueda de antecedentes sobre TDC existieron pocos estudios enfocados hacia profesionales de enfermería ya laborando.

Por tanto, los escasos estudios sobre TDC son un problema, es decir, falta conocimiento, incluyendo nuestro país, no se cuenta con suficiente información que venga de los profesionales, de cómo toman sus decisiones, en qué se basan, qué les ayuda a tomarlas o qué factores limitan las mismas.

Por lo tanto la investigación no solo saciará mi curiosidad, sino que servirá de base o antecedente a próximas investigaciones, y cubrirá una laguna de conocimiento.



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de los profesionales de enfermería respecto a la toma de decisiones clínicas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción que tienen los profesionales de enfermería respecto a la toma de decisiones clínicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

*Identificar las competencias con las que cuenta el profesional de enfermería para la toma de decisiones clínicas.

*Identificar las limitantes a las que se enfrentan los profesionales de enfermería para la toma de decisiones clínicas.



JUSTIFICACIÓN

La enfermería “es tan vieja como la humanidad”, es lo que han planteado diversos autores². Al efectuar un recorrido a través de la historia, se logra visualizar que los cuidados transitaron desde una etapa doméstica a una profesional, donde el cuidado basado en la experiencia y el conocimiento natural, se transforma en uno caracterizado por concepciones cristianas y religiosas, para pasar luego por una tecnificación de los cuidados, llegando hasta la época actual³. Ésta serie de cambios ha permitido avanzar hacia la profesionalización de Enfermería².

La enfermería dispone de un recorrido histórico que da cuenta de los importantes avances para que hoy pueda ser considerada como una disciplina profesional autónoma, puesto que dispone de los fundamentos históricos, filosóficos, éticos y legales para desenvolverse en su ámbito de experticia, esto es, el cuidado y la gestión del mismo³. Su responsabilidad en la sociedad manifiesta la demanda que el entorno requiere y del cual debe hacerse cargo, liderando permanentemente y asumiendo con autonomía la función que solo ella puede cumplir.

La autonomía, se relaciona con la posibilidad de aplicar conocimientos generados a través de la investigación en la práctica para cambiar los cuidados de atención a las personas, familia y comunidad, según la mejor evidencia disponible y hacerse responsable de ello. Es necesario que los profesionales de enfermería se empoderen de su rol autónomo y se sientan con la autoridad suficiente para cambiar los cuidados otorgados a las personas según la mejor evidencia disponible, incorporando su juicio profesional, además de los valores y necesidades de los usuarios⁴.

La presente investigación, tiene gran relevancia, desde el punto de vista internacional y nacional, ya que existen escasos registros relacionados con el tema, de investigaciones hacia profesionales de enfermería mexicanos, acerca de la toma de decisiones y más aún que sean trabajadores. Ésta investigación proporcionará nuevo conocimiento, logrando recabar las percepciones, experiencias, emociones y vivencias, directamente de profesionales de



enfermería, también nos darán a conocer las competencias que les permiten decidir sobre el cuidado del paciente y conoceremos las limitantes con las que se han enfrentado al ejercer la toma de decisiones hacia el paciente. Todo lo que se obtenga de la investigación servirá para otorgar mejores cuidados de enfermería. Además de la investigación surgirán propuestas para mejorar la TDC en el área laboral, recordando siempre que los más beneficiados son nuestros pacientes, quienes confían en que el personal de enfermería tomará las mejores decisiones clínicas sobre su salud.



CAPÍTULO II

ESTADO DEL ARTE

Para fines de ésta investigación se encontraron los siguientes artículos relacionados con el objeto de estudio, de los cuales se abordarán los más actuales:

Aguilera *et al*⁵ (2017) en su investigación “Vivencias del egresado de enfermería en la toma de decisiones clínicas”. Su objetivo fue explorar vivencias del egresado de licenciatura de una universidad pública de México, durante el proceso de TDC, así como sus sustentos.

Fue un estudio cualitativo, fenomenológico. Fueron invitados egresados del pregrado en servicio social en diversos escenarios clínicos, aceptando participar siete. Fueron entrevistados de manera individual y posteriormente mediante grupo focal en una sesión videograbada de aproximadamente dos horas, utilizando la guía semiestructurada de Marshall, 2008. La información fue analizada con la propuesta de Minayo, 2009.

En resultados, surgieron dos categorías: 1) Factores presentes en el proceso de TDC con cuatro subcategorías: la formación tradicional, la disociación teórico-práctica, el desafío de estar solo y tener que tomar decisiones y la influencia de las relaciones de poder. 2) El sustento para tomarlas, con dos subcategorías: el saber práctico como experiencia, y la consulta de fuentes orales y libros vs. Uso de la evidencia científica. De ésta manera concluyeron que el egresado en enfermería vive una transición, tomar decisiones le genera inseguridad, sufrimiento y miedo de brindar cuidado; siente desventaja por la formación tradicional y falta de experiencia. En general, no utiliza la evidencia científica, ni la reflexión para tomar decisiones, sino que la sustenta en imitación y aprobación de las enfermeras. Es necesario apoyar con una tutoría clínica una transición saludable.



Quezada *et al*⁶ (2017), realizaron una investigación denominada “Análisis de modelos y habilidades para la toma de decisiones clínicas en egresados de enfermería”, cuyo objetivo fue identificar el modelo cognitivo y las habilidades para la toma de decisiones clínicas que predominan en los egresados de enfermería en servicio social.

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con 119 egresados que realizaban servicio social en instituciones de salud de los tres niveles de atención. Se aplicó el instrumento “Toma de decisiones en enfermería” (Lauri y Salanterä, 2002) con 56 ítems en una escala tipo Likert para identificar el modelo cognitivo predominante y las habilidades para la TDC por etapa.

Obtuvieron que en general predominó el modelo analítico-intuitivo (67%). En los resultados por etapa, “Manejo de datos” presentó un modelo analítico-intuitivo con 97% (lento, sin integralidad, ni simultaneidad), en contraste con “Implementación y evaluación de la condición del paciente” en el que predominó un modelo intuitivo-analítico (69%). La percepción del desarrollo de sus habilidades para la TDC fue solo de un 60% (media=166 \pm 4,765 de 280). Llegaron a concluir que el modelo predominante fue el analítico-intuitivo, lo que coincide con la etapa de novato del modelo de Benner; si las habilidades para la TDC no están plenamente desarrolladas, los problemas clínicos se identifican parcialmente, afectando la calidad del cuidado. Lo anterior es un foco de atención para las instituciones educativas y de salud, pues son imprescindibles estrategias educativas que las promuevan.

Morán *et al*⁷ (2016), con su estudio “Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de la práctica reflexiva en enfermería. Análisis de literatura”. Su objetivo fue realizar un estado del arte relativo a las principales variables de estudio implicadas.

La revisión implicó búsquedas sistemáticas en bases de datos como Medline, CINAHL, Scielo, Lilacs, Cochrane, Cuiden y Redalyc, que permitieron localizar: 3 revisiones sistemáticas, 11 estudios con enfoque cuantitativo, 11 con enfoque



cualitativo y 2 mixto, 14 artículos de revisión y 5 libros, publicados en los últimos 15 años.

Obtuvieron los aspectos: 1) Importancia de la práctica reflexiva en enfermería. Algunos autores han dado claridad conceptual a lo que puede entenderse como practica reflexiva, y otros han desarrollado y/o evaluado estrategias que la apoyan. 2) Resolución de problemas clínicos. Los artículos encontrados fueron en dos sentidos: los que se relacionan las características de los recién egresados y/o sus habilidades para resolver problemas clínicos, y otros que los han contextualizado en el marco de la aplicación del proceso enfermero. 3) La toma de decisiones clínicas. Se identificaron publicaciones referentes a las teorías y modelos que les subyacen, así como algunos instrumentos para evaluarlas, el proceso para tomarlas, los factores facilitadores o inhibidores y algunas estrategias curriculares para desarrollarlas. Finalmente concluyeron que existen modelos que pueden apoyar el desarrollo de habilidades para los procesos cognitivos referidos, lo que coadyuvaría a un ejercicio profesional reflexivo y autónomo, en lugar de la adhesión a prácticas asistenciales rutinarias. Las escuelas de enfermería tienen el compromiso para incorporar en el currículo diversas estrategias deliberadas y progresivas que apoyen el desarrollo de dichas habilidades, así como generar ambientes de aprendizaje áulicos y clínicos que las promuevan.

Ferreira *et al*^β (2012), con su investigación, que lleva por nombre “Percepciones de Licenciados en Enfermería sobre regulación del ejercicio de su profesión y autonomía profesional”, su objetivo fue conocer las percepciones de los Licenciados en Enfermería que desarrollan funciones en el segundo nivel de atención acerca de la regulación del ejercicio de la disciplina y su relación con la autonomía profesional, en instituciones públicas y privadas de Montevideo.

Es un estudio cualitativo a nivel descriptivo. Los sujetos de estudio fueron 11 profesionales enfermeros del segundo nivel de atención de instituciones prestadoras de salud, los que se escogieron en función de los años de ejercicio (tener \geq 5 años de laborar) y el nivel de atención donde se desempeñaron. Para la recolección de datos se utilizaron entrevistas a profundidad. Las preguntas



orientadoras fueron las siguientes: ¿Tiene conocimiento si en la legislación existente hay una ley que regule su desempeño como profesional? ¿Qué importancia le da? Referente a la gestión del cuidado de los pacientes: ¿En qué aspectos usted se considera un profesional independiente? ¿A lo largo de estos años usted colmó sus expectativas? ¿Siente que pudo aplicar su formación académica en la práctica?

En resultados, a partir de las entrevistas se construyeron 5 categorías: relevancia-trascendencia, factores determinantes, independencia, satisfacción y relación formación – ejercicio. En definitiva, el grupo estudiado en este trabajo se caracterizó por un escaso grado de conocimiento e influencia del marco regulatorio en el ejercicio de la profesión, con una percepción marcada sobre los elementos que influyen en la independencia profesional.

Berti *et al*⁹ (2008), realizaron una investigación denominada “Percepción de los enfermeros recién graduados sobre su autonomía profesional y sobre el proceso de la toma de decisiones del paciente”. Su objetivo fue describir la percepción de los enfermeros recién graduados que tienen sobre su autonomía profesional y sobre el proceso de toma de decisiones del paciente.

Se trata de un estudio cualitativo, conducido después de ser aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Institución, en abril de 2005 y de obtener el Consentimiento Libre y Esclarecido para participar de los enfermeros recién graduados. La estrategia adoptada para obtener los datos fue la de grupo focal. Los registros de las experiencias se hicieron con un grabador, después fueron transcritos en su totalidad y sometidos a un análisis bajo el marco metodológico *Grounded Theory*.

De los resultados surgieron dos fenómenos: 1) Percibiendo la fragilidad de la autonomía del enfermero y la del paciente. 2) Moviéndose en dirección a fortalecer la autonomía del enfermero y del paciente. Fue identificada la categoría central: movimiento emprendido por enfermeros recién formados en dirección a fortalecer la autonomía profesional y la autonomía del paciente. Concluyeron que

la comprensión de la experiencia permitió ampliar el conocimiento sobre los enfrentamientos de los enfermeros recién formados, lo que favoreció nuestra actuación como profesores de enfermería.



ABORDAJE CONCEPTUAL

DEFINICIÓN DE PERCEPCIÓN

Percepción proviene del latín, de la palabra *perceptio*, que significa recibir, recolectar o tomar posesión de algo, la percepción es entendida por la psicología como el primer momento de elaboración cognoscitiva, es decir, la primera instancia en la cual la información recibida se transforma en un elemento conocible y comprensible. Siempre partiendo de los datos otorgados por los cinco sentidos, se dice que la persona percibe la información cuando ya ha hecho un proceso de asimilación y comprensión de la misma que es, obviamente, inmediato, pero que implica una elaboración propia de la misma¹⁰.

La percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también otro inconsciente; es consciente cuando el individuo se da cuenta de que percibe ciertos acontecimientos, cuando repara en el reconocimiento de tales eventos. Por otro lado, en el plano inconsciente se llevan a cabo los procesos de selección (inclusión y exclusión) y organización de las sensaciones¹¹.

Uno de los elementos importantes que definen a la percepción, es el reconocimiento de las experiencias cotidianas. El reconocimiento es un proceso importante involucrado en la percepción, porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno¹¹.

Por lo tanto, la percepción debe ser entendida como relativa a la situación histórico-social pues tiene ubicación espacial y temporal, depende de las circunstancias cambiantes y de la adquisición de experiencias novedosas que incorporen otros elementos a las estructuras perceptuales previas, modificándolas y adecuándolas a las condiciones¹¹.



De acuerdo con la Real Academia Española¹² percepción es la acción y efecto de percibir. Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. Idea.

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

La definición de enfermería ha estado en constante evolución. A continuación se presentan algunas definiciones:

Virginia Henderson, definió la enfermería en términos funcionales¹³, mencionando que la única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)¹⁴, la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos. Comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, así como el cuidado de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.

De acuerdo con la Real Academia Española¹⁵, la enfermería es “la profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas”.

La American Nurses Association¹⁶, define la enfermería como la protección, el fomento, la optimización del estado de salud, las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad, las lesiones y el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, a través de la asistencia a los individuos, familias, las comunidades y las poblaciones.

La NOM 019¹⁷, describe la enfermería como ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, con el



objetivo de promover, prevenir, fomentar y educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.

DEFINICIÓN DE PROFESIÓN Y PROFESIONALIZACIÓN

Definición de profesión, según la Real Academia Española¹⁸, proviene del latín *professio-onis* acción y efecto de profesar. Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución.

El concepto de profesión, es habitualmente asociado en el colectivo social a un título que es obtenido a través de estudios superiores. Sin embargo, el término requiere mayor análisis desde su concepto, evolución histórica y de este modo lograr comprender como se fue perfilando una profesión dentro de la sociedad¹⁹.

Profesión está asociado al desarrollo de la sociedad, ha determinado la identificación de varios campos laborales que al cumplir con ciertas características son reconocidos entonces como profesión¹⁹.

El concepto de profesión en la historia es algo que no está tan claro, resultando incluso difícil trazar una línea divisoria entre las profesiones y los oficios. Lo que parece evidente es que el adjetivo «profesional» se utiliza para cubrir lo opuesto a aficionado y lo opuesto a trabajo no especializado²⁰.

Profesionalización conforme la RAE²¹, es la acción y efecto de profesionalizar. Dar carácter de profesión a una actividad. Convertir a un aficionado en profesional (persona que ejerce una profesión).



MARCO TEÓRICO

ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

Para comprender la enfermería como profesión, debemos hacer una breve revisión histórica del desarrollo de los cuidados en la sociedad, tan antiguos como el hombre mismo y su asociación con el desarrollo de la enfermería¹⁹.

La profesión de enfermería se ha construido con el tiempo. Su inicio data del siglo XIX, con Florence Nightingale, quien comenzó la integración formal de la enfermería, con la contribución de entusiastas de esta disciplina²². Esta enfermera reconocida como la "Señora de la lámpara", consciente de la necesidad de impartir una formación adecuada, estableció un sistema de enseñanza que instauró en esa época a la enfermería como profesión emergente. Hoy con la formación de un cuerpo de conocimientos, la aplicación del método científico, la postulación de modelos y teorías que orienten el quehacer se fundamentan las bases de la profesión, y emerge la autonomía de los cuidados basados en evidencia científica como su objeto central de estudio que es el cuidado del individuo o comunidad¹⁹.

Durante mucho tiempo la atención de las personas estuvo asociada con una actividad de altruismo mal entendida. Esto se vincula con los primeros cuidados que se otorgaban en forma gratuita, luego como una expresión de caridad y salvación del alma en la era cristiana, posteriormente una forma de pago a una falta en la vida en sociedad, posteriormente muchas enfermeras iniciaron su formación en hospitales, en donde tenían que trabajar gratuitamente con el argumento que se encontraban aún en formación, el establecimiento les ofrecía entrenamiento práctico y alimentación. El gran desafío se presentó en años posteriores, al establecerse en una profesión de formación formal y por lo tanto esto se debía también traducir en una compensación económica y reconocimiento social¹⁹.



Podemos establecer que enfermería ha ido evolucionando hasta instaurarse como una profesión, presentando las características definidas por Ellis y Hartley¹⁹ de lo que es una profesión en la sociedad actual.

Ellis y Hartley, citados por Sosa²², menciona que las profesiones deben tener 7 características:

1.- Tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo. En todas partes del mundo, las enfermeras se han dedicado a elaborar teorías y modelos de la disciplina, de tal forma que paulatinamente se ha gestado el cuerpo de conocimientos propio de la enfermería. Ejemplos de autoras que se han dedicado a conformar este corpus son Orem, Newman, Henderson, King, Rogers, Leininger, Orlando, Pender.

2.- Utilización del método científico. Es decir, de una metodología propia de la profesión que contribuya a la relación del ser y hacer de la profesión. En enfermería, este aspecto se cumple con el proceso de atención, que consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

3.- Profesionales con alto nivel educacional. En la actualidad, numerosos profesionales de enfermería son formados en universidades con elevada exigencia académica.

4.- Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades. La necesidad de generar conocimiento basados en el método científico se evidencia en la instauración del proceso de atención de enfermería, y en el desarrollo de modelos y teorías que sustentan el quehacer. Este conocimiento y al delimitar a los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, los profesionales perfilan claramente un quehacer autónomo e indelegable¹⁹.

5.- Disponer de un código de ética que regule las acciones de la profesión y el trato del ser humano. El código de ética establecido y reconocido establece las normas y valores de todos quienes profesen a la enfermería como profesión.



Ligado a este código, está la contribución que históricamente ha reconocido a las enfermeras socialmente¹⁹.

6.- Reconocimiento de la sociedad a la profesión por los servicios que presta. La profesión de enfermería es identificada socialmente por la relación humana que se establece con las personas de todas las edades que reciben cuidados por parte del personal de esta disciplina. Desde su origen se ha caracterizado por el interés de cuidar al otro, de ahí la importancia de la reflexión en torno a sus particularidades²².

7.- Compensación profesional en autonomía, desarrollo y seguridad económica. En la actual enfermería se destaca la toma de decisiones en los cuidados que se proporcionan a los pacientes, así como el seguimiento de los resultados; de igual forma, la libertad, responsabilidad en el cuidado del individuo y de la sociedad en general, por ende, existe reconocimiento a la formación profesional. Las enfermeras a través de sus organizaciones han luchado porque el reconocimiento social se traduzca en mejores condiciones laborales, oportunidades y remuneraciones para el gremio¹⁹.

La enfermería, al igual que otras actividades profesionales, fue antes un hacer que un saber, lo que durante muchos siglos dio la impronta particular al cuidado de los enfermos. La enfermería es una profesión joven. Nos aventuramos a realizar esta afirmación tras el análisis desde el punto de vista sociológico realizado a partir de los datos disponibles por la historia de la enfermería²⁰.

PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA Y MÉXICO

En América Latina, el desarrollo de la enfermería ha sido fiel reflejo de la diversidad cultural. La profesión ha sabido enfrentar reorientarse y adecuarse a los cambios sociopolíticos y económicos ocurridos en los diferentes países. Ha sufrido innovaciones debido a estos cambios, los cuales se han realizado con una mirada vanguardista, que le ha permitido permanecer vigente, respetada y con un liderazgo reconocido²³.



La profesionalización de enfermería en México, debe entenderse desde dos vertientes: El esfuerzo organizado y sistemático de los miembros de la profesión (Colegios, Asociaciones, Enfermeras, Instituciones Educativas e Instituciones de Salud) para que enfermería cumpla con los estatutos de profesión, es decir, primero la formación profesional conforme a las características universales del sistema de educación en la carrera, lo que comprende requisitos de ingreso, permanencia y egreso semejantes, contenidos académicos homólogos, perfil académico profesional congruente y un sistema de control de certificaciones académicas como garantía de interés público, ya que es indispensable tener licencia para ejercer nuestra actividad profesional como sucede en todas las sociedades modernas. Es importante también, que en la profesión se haga investigación disciplinar y participe en investigación multi e interdisciplinaria con transferencia de conocimiento de enfermería a la solución de problemas de salud, lo que se proyecta en publicaciones, desarrollo de tecnología y capacidad de innovación²⁴.

Un aspecto más es la acreditación de programas académicos como control de calidad de la formación profesional, que debe ser autónomo y de alta exigencia y con estándares de reconocimiento internacional. De la misma importancia es el sistema de certificación de los profesionistas que asegure el dictamen de suficiencia para tener permiso de práctica profesional reconocida por los pares y el respaldo para mantener la licencia de práctica profesional actualizada y vigente. Es en este sentido necesario la reglamentación y capacidad de autorregulación, pero también consolidar el sistema de estímulos, asegurar los aranceles que merecen quienes se dedican a tan delicada actividad y tener un sistema de reconocimientos al mérito y trayectoria; todos estos factores son los que contribuyen a la profesionalización de la profesión, y a desarrollar el valor de su función en las instituciones, para asegurar que las nuevas generaciones busquen dedicarse a esta delicada tarea de servicio²⁴.

Por otra parte, la profesionalización entendida como el compromiso de las enfermeras para alcanzar el nivel académico profesional con título y licencia de la



Dirección General de Profesiones (DGP), preferentemente en el nivel académico, el nivel superior, nivel de estudios que caracteriza a los profesionistas, principalmente en las profesiones reguladas por la ley, como es el caso de enfermería desde la aparición de la misma en 1945²⁴.

En 1945, la Ley General de Profesiones determinó que enfermería quedaba regulada para evitar improvisación y charlatanería en su práctica, pero fundamentalmente para impulsar el naciente sistema de salud, lo que también dio un impulso al crecimiento de Escuelas de Enfermería en el Sistema Universitario. Sin embargo, las condiciones del nivel de estudios promedio en la mujer para aquella época, obligó a mantener la oferta de nivel técnico (ingreso a carrera profesional con requisito previo de estudios de secundaria), plan académico con exigencias de nivel superior en contenidos, créditos y experiencias de formación profesional²⁴.

La Carrera de Licenciatura en Enfermería se inició en 1967, pero su desarrollo fue lento, de una transición prolongada, baja demanda y de un índice también bajo en la relación ingreso-egreso y la titulación. Las primeras generaciones se ubicaban en la docencia y en la investigación. De manera transitoria en los hospitales, pero finalmente frente a los pacientes predominaba la participación de enfermeras técnicas y auxiliares de enfermería. Por lo anterior se consideró urgente la profesionalización de enfermeras destacadas, con amplia trayectoria, incluso especializadas, para desarrollar la imagen y el valor de la enfermería profesional, quienes deberían alcanzar la formación de nivel superior y ubicarse o mantenerse en el vértice de la pirámide de la profesión y en el cuidado institucionalizado de los pacientes²⁴.

En este sentido, desde 1975, por recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud, se inició el proyecto para profesionalizar enfermeras a nivel superior, en reconocimiento a que el plan académico de la carrera de nivel técnico comprendía las mismas disposiciones de contenidos y prácticas del primero al sexto semestre. En el caso de la UNAM, el nivel técnico de la



Licenciatura, en organización curricular, sólo se diferenciaba por el séptimo y octavo semestres (área de enfermería avanzada)²⁴.

Así se creó el curso especial transitorio para obtener la Licenciatura en Enfermería, con duración de un año, y que mediante un acuerdo con la SEP tendría una vigencia de sólo 10 años, lo que permitió profesionalizar a las enfermeras líderes del sistema, la mayoría profesoras y jefes de enfermeras en las Instituciones de Salud. En 1987, la Lic. Graciela Arroyo de Cordero pretendía renovar el convenio, pero las autoridades universitarias indicaron que debía hacerse mediante el procedimiento de Ingreso a Años Posteriores al Primero, con acreditación global del 75% de créditos (en reconocimiento a que el Plan de Estudios de Nivel Técnico es equivalente a la formación del 1º al 6º semestres) y con base en la experiencia sobre la metodología de educación abierta que en la ENEO se había iniciado en 1976 para profesionalizar auxiliares de enfermería. El Dr. José Narro Robles, entonces Secretario General de la UNAM y el Dr. José Meljem Moctezuma, fueron impulsores del programa y la estrategia que se registró en la Dirección General de Profesiones. En 1990, se autorizó en el H. Consejo Técnico que la oferta de estudios se ampliara a diversas regiones del país en convenio con Escuelas de Enfermería de las Universidades Estatales y con Instituciones de Salud del Sistema Nacional²⁴.

FORMACIÓN POR COMPETENCIAS EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

En el ámbito curricular es imprescindible la utilización de la cognición situada, que implica el diseño de estrategias educativas tales como el análisis de caso, que promuevan: el aprendizaje activo del estudiante de enfermería, el desarrollo de habilidades cognitivas que le permitan reflexionar en su actuar profesional, tomar decisiones clínicas dirigidas a mejorar la calidad de los cuidados y transferir el conocimiento teórico a los complejos contextos de práctica del cuidado en los que se inserta el recién egresado⁶.

El término competencia puede conceptualizarse desde 2 acepciones básicas. La primera incluye la suma de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten al profesional tomar las decisiones más apropiadas en cada caso y en cada



situación. La competencia en este sentido (“ser competente”) es atribuible a cada persona de manera singular. La competencia así entendida engloba las características y cualidades individuales indicativas de una ejecución efectiva y diferenciada, es decir, que pueden contribuir a explicar el “valor añadido” que cada profesional aporta a su práctica y a los resultados clínicos de los pacientes²⁵.

La competencia también puede entenderse, como segunda acepción, en el sentido del ámbito de responsabilidad en la práctica profesional, la delimitación del campo de actuación de un grupo profesional, diferenciándolo así de otros. Desde esta perspectiva, las competencias son un marco de referencia, unos estándares o normas que guían la práctica, comunes para todos los profesionales de una disciplina determinada y que permiten establecer el área de responsabilidad y el compromiso y la garantía del servicio que cada profesión ofrece a la sociedad²⁵.

UNIFICACIÓN DE COMPETENCIAS EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

En América Latina, la formación de enfermería es responsabilidad exclusiva de las universidades, por declaración de la Ley de Educación Superior de cada país. A nivel pregrado, esta formación tiene orientación generalista, que da cuenta de un profesional capacitado para la asistencia integral de la persona, familia y comunidad y conduce al título profesional de enfermera(o), con el grado académico de licenciado(a)²³.

Las instituciones de salud demandan a las Instituciones de Educación Superior la formación de alumnos competentes, capaces de satisfacer sus demandas de salud. En respuesta a tal demanda para mejorar la educación superior a nivel nacional e internacional han surgido proyectos como es Tuning América Latina.

Tuning América Latina²³ ha sido concebido como un espacio de reflexión de actores comprometidos con la educación superior, que a través de la búsqueda de consensos, contribuye para avanzar en el desarrollo de titulaciones fácilmente comparables y comprensibles, de forma articulada, en América Latina. La metodología Tuning América-Latina tiene 4 grandes líneas de trabajo:

- Competencias (genéricas y específicas de las áreas temáticas).



- Enfoques de enseñanza, aprendizaje y evaluación de estas competencias.
- Créditos académicos.
- Calidad de los programas.

La primer línea de trabajo de Tuning, abarca las competencias genéricas y específicas, en las primeras, se trata de identificar competencias compartidas, que puedan generarse en cualquier titulación y que son consideradas importantes por ciertos grupos sociales. Hay ciertas competencias como la capacidad de aprender y actualizarse permanentemente, capacidad de abstracción, análisis y síntesis, etc. Por otro lado están las competencias específicas, aquellas que se relacionan con las áreas temáticas y difieren de disciplina a disciplina²³.

De los programas de Licenciatura en Enfermería se identificaron 27 competencias específicas. En cuanto a grupos de profesionales de enfermería se distribuyeron: académicos, empleadores, estudiantes y graduados. Para fines de la presente investigación a continuación se describen las competencias de menos a más importantes de los graduados (**Ver cuadro No. 1**).

Con la segunda línea de trabajo, se propone preparar una serie de materiales que permitan visualizar cuáles serán los métodos de enseñanza, aprendizaje y evaluación más eficaces para el logro de los resultados del aprendizaje y las competencias identificadas²³.

En la tercera línea, se inicia una reflexión sobre el impacto y la relación con este sistema de competencias con el trabajo del estudiante, y su conexión con el tiempo resultante medido en créditos académicos²³.

La cuarta línea destaca que la calidad es parte integrante del diseño del currículo basado en competencias, lo que resulta fundamental para articular las tres líneas expuestas anteriormente²³.

El proyecto Tuning América Latina es un importante agente dinamizador del proceso de movilidad de los alumnos y profesionales de enfermería de la región,



de manera que contribuye a la formación profesional en el pregrado, posgrado y educación continua²³.

Cuadro No. 1. Competencias de los graduados de Lic. Enfermería.

MENOS IMPORTANTES	MÁS IMPORTANTES
<p>V07 Capacidad para diseñar y gestionar proyectos de investigación.</p> <p>V19 Capacidad para participar activamente en los comités de ética de la práctica de la enfermería y bioética.</p> <p>V13 Capacidad para participar en equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios en la formulación de proyectos educativos.</p> <p>V15 Conocimiento y capacidad para aplicar la tecnología y la informática de investigaciones de enfermería y salud.</p> <p>V09 Capacidad de participar activamente en el desarrollo de las políticas de salud, respetando la diversidad cultural.</p> <p>V23 Capacidad para participar y concertar en organismos colegiados a nivel local, regional y nacional e internacionales que promueven el desarrollo de la profesión.</p>	<p>V21 Capacidad para administrar en forma segura fármacos y otras terapias con el fin de proporcionar cuidado de enfermería de calidad.</p> <p>V17 Capacidad para aplicar en la práctica los principios de seguridad e higiene en el cuidado de enfermería.</p> <p>V16 Conocimiento de las distintas funciones, responsabilidades y papeles que debe desempeñar el profesional de enfermería.</p> <p>V5 Demuestra respeto por la cultura y los derechos humanos, en las intervenciones de enfermería en el campo de la salud.</p> <p>V20 Capacidad para defender la dignidad de la persona y el derecho a la vida en el cuidado interdisciplinario de la salud.</p> <p>V10 Capacidad para planificar, organizar, ejecutar y evaluar actividades de promoción, prevención y recuperación de la enfermedad, con criterios de calidad.</p>



AUTONOMÍA PROFESIONAL

La enfermería, desde la segunda mitad del siglo XX, toma conciencia de su papel autónomo y de que debe ejercerlo dentro del área de la salud. Sus competencias, en torno a lenguaje y métodos de trabajo, son el debate actual. Pero autonomía no debe confundirse, ya que el intento de afirmar una, no debe excluir la relación con otras disciplinas. Entendiéndose esto como la interpretación confusa de conceptos de multidisciplinariedad, trabajo en equipo e interdisciplinariedad²⁶.

Autonomía no es lo mismo que toma de decisiones clínicas, aunque el conocimiento clínico y la competencia se ubican en el centro de la práctica autónoma. La autonomía no se define por los límites alrededor de las funciones independientes o las tareas definidas por el campo de acción de la práctica. Sin embargo, la autonomía disminuye cuando los enfermeros no pueden practicar, aplicando toda su preparación, entrenamiento, habilidades, conocimientos, competencia y juicio²⁷.

La autonomía podría ser entendida solamente como la aplicación de un trabajo independiente o individual, pero la autonomía va mucho más allá de eso, se relaciona con la posibilidad de generar conocimientos que puedan ser aplicados en la práctica, la elaboración de juicios críticos basados en conocimientos que se fundamentan en la ciencia del cuidado⁴.

La autonomía profesional se torna en un factor clave para permitir y favorecer la implementación de los hallazgos de la investigación en la práctica, ya que un profesional autónomo es capaz de tomar decisiones independientes y fundamentadas⁴.

La autonomía profesional ha de estar implícita en el desempeño de las actividades que realiza cada enfermera, quienes deben empoderarse de su rol autónomo y practicar la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) en la toma de decisiones que contribuyan a elevar la calidad de los cuidados⁴.

El uso de la investigación da mayor credibilidad a las intervenciones del profesional de enfermería como experto en su área de trabajo y hace más eficaz la



toma de decisiones que le competen, la autonomía se torna en un factor clave para el logro de la EBE y con ello para el logro del reconocimiento profesional y la mejora en la calidad de los cuidados y en su costo efectividad⁴.

En la medida que la enfermera se ha empoderado de los cuidados como su principal propósito, cuenta con argumentos teóricos capaces de perfilar su hacer autónomo e indelegable²⁸.

La autonomía de enfermería ha sido identificada como una variable importante que afecta la percepción de la enfermera en relación con su satisfacción en el trabajo, los ambientes positivos de su práctica profesional y la calidad del cuidado de enfermería²⁷.

De acuerdo con los hallazgos de Tapp²⁷ sobre la autonomía en práctica de enfermería, resalta por parte de los enfermeros que el sentido de autonomía estaba claramente disminuido en situaciones en las cuales el conocimiento de enfermería se ignoraba, o no era valorado. Los enfermeros ofrecieron muchos ejemplos en los cuales la autonomía tenía obstáculos, y la habilidad de comprender e influir en el plan de cuidado del paciente, resolver los conflictos o coordinar los recursos, era interrumpida o limitada.

-Así como autonomía implica independencia, los relatos de los enfermeros revelaron que la autonomía tiene muchas interrelaciones y se apoya en el mutuo respeto y reconocimiento de todos los miembros del equipo de salud²⁷.

-El deseo de ser respetados y reconocidos por los médicos se comentó en todos los grupos de discusión. Los enfermeros quieren que su conocimiento y contribución única al cuidado del paciente sean reconocidos y valorados²⁷.

-Los enfermeros aprecian el reconocimiento genuino de su esfuerzo y compromiso en la toma de decisiones correctas y el trabajo bien hecho, y algunas veces por los turnos pesados que tienen. Algunos enfermeros comentaron sobre sus expectativas para que no se presenten errores, así como la posibilidad de que sucedan. Ellos esperan que sus decisiones sean apoyadas por el director de



enfermería en situaciones difíciles (por ejemplo, “voy a estar al lado del personal de enfermería y tendré en cuenta sus juicios hasta que se pruebe que están equivocados”). Quieren que sus decisiones sean cuestionadas y sus errores discutidos, pero insisten en que la crítica y retroalimentación de los directores debe darse en forma cuidadosa y en privado. Esto requiere una atmósfera de apoyo al aprendizaje, y que si ocasionalmente se comenten errores, no se tenga temor al castigo²⁷.

-Requieren ser considerados como responsables en la toma de decisiones, y trabajar en una atmósfera donde los errores sean oportunidades de aprendizaje y no situaciones de crítica y castigo²⁷.

-Es obvio que el liderazgo del enfermero es crucial para mantener un ambiente que apoye el desarrollo de capacidades en la toma de decisiones clínicas²⁷.

-Los directores de enfermería tienen una posición única para hacerle frente a los médicos y otros miembros del equipo de salud en la búsqueda de un ambiente que apoye la toma de decisiones de enfermería, y que promueva todo el campo de acción de su práctica. El director otorga autoridad legítima para manejar los resultados clínicos que se logran en el servicio. Además, si las relaciones profesionales son positivas y todas las disciplinas se apoyan para participar en el desarrollo del plan del tratamiento, es posible que la toma de decisiones clínicas se fortalezca²⁷.

-Los médicos como los enfermeros necesitan reconocer el enriquecimiento mutuo en sus relaciones profesionales²⁷.

LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SALUD

La función primordial de un gobierno en relación con la reglamentación de la enfermería profesional es establecer la legislación adecuada. Las leyes que emanan de los parlamentos deberían estar concebidas para fomentar la capacidad de la enfermería para responder a las necesidades sociales y para promover el papel de la enfermera en los servicios de atención sanitaria y en la consecución de los objetivos nacionales e internacionales en materia de salud²⁹.



La profesión de enfermería puede ser reglamentada mediante distintos mecanismos. Estatutos, leyes, decretos u ordenanzas constituyen el nivel más elevado (nos referiremos a todos ellos con el término "legislación"). Una vez establecida la legislación, pueden publicarse normas o reglamentos de segundo nivel. A ello sigue la interpretación y la aplicación tanto de la legislación como de las normas y reglamentos²⁹.

La legislación, las normas y reglamentos sobre enfermería constituyen generalmente, los niveles más elevados de reglamentación dentro de un país. La responsabilidad de los consejos (o juntas) de enfermería es la administración de estas leyes y normativas. Mediante la interpretación y aplicación de la legislación y las normativas, los consejos establecen políticas y procedimientos que informan tanto a la profesión como al público de la formación, práctica, conducta y normas de acreditación que han de exigirse²⁹.

ENFOQUES PERMISIVOS Y RESTRICTIVOS DE ENFERMERÍA

Antes de explorar los conceptos fundamentales y las distintas definiciones del ámbito de la práctica de enfermería utilizada en el mundo, es importante señalar que estas definiciones dependen del enfoque que se adopte a la hora de describir el ámbito de la práctica²⁹.

- **Los enfoques permisivos o centrados en el cliente/paciente.**
- **Los enfoques restrictivos definen y protegen los límites profesionales.** Estos enfoques aportan claridad y protegen a las enfermeras, a los empleadores y al público mediante la definición de las fronteras y los límites de la práctica. Con frecuencia se traducen en listas de las acciones que sólo pueden realizar las enfermeras, o para cuya realización las enfermeras han de estar acreditadas. Tales listas de actividades autorizadas pueden quedar obsoletas muy rápidamente con respecto a la práctica real. Además, esta característica del enfoque comporta el riesgo de que se tome la lista de actividades como limitativa de las capacidades de las enfermeras, con lo que podrían perderse oportunidades de ampliación de la práctica. Por esta razón, las enfermeras



suelen oponerse a los intentos de definir los límites de su trabajo, especialmente en el actual clima de rápido cambio, proclive a la aparición de nuevas necesidades y situaciones.

NOM 019 PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SNS

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud y su formación académica evoluciona a la par del avance tecnológico del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en contribución a la solución de los problemas que afectan a la población¹⁷.

El objetivo de la NOM-019¹⁷ es describir las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica.

La Norma 019¹⁷ define al cuidado como la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí misma: necesidades básicas, educación y escucha.

Las intervenciones de enfermería pueden ser¹⁷:

- Intervenciones dependientes. Actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud.
- Intervenciones Independientes. Actividades dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional. No requieren prescripción por otro profesional.
- Intervenciones Interdependientes. Actividades que lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias.

Los cuidados de enfermería pueden ser¹⁷:

- **Baja complejidad:** Al paciente hemodinámicamente estable y alerta.



--Satisfacer necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.

- **Mediana complejidad:** Al paciente en proceso mórbido, sin uso de alta tecnología.

--Cuidados relacionados con el grado de dependencia.

--Personal de enfermería con conocimientos, habilidades y destrezas para atención integral.

- **Alta complejidad:** El paciente requiere atención especializada.

--Cuidado individualizado.

--Tecnología avanzada.

--Personal de enfermería especializado.

Las funciones de enfermería se dividen en¹⁷:

- **Asistencial:** Actividades relacionadas con el cuidado directo o indirecto de personas, familias o comunidades.
- **Docente:** Educación para la salud, educación continua y formación de recursos humanos para la salud.
- **Administrativa:** Gestión de recursos materiales, científicos y técnicos de equipo o recurso humano necesario, y complementario acorde a sus competencias y experiencia, para otorgar cuidados de enfermería.
- **Investigación:** Aplicar el método científico para la producción, reafirmación y validación del conocimiento científico de ésta disciplina.

Se define al **personal profesional de enfermería** como “la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa competente”¹⁷. Incluye:



- **Enfermera(o) general.** Persona que obtuvo título de Licenciatura en Enfermería. Y le ha sido expedida cédula profesional.
- **Enfermera (o) especialista.** Además de reunir requisitos de licenciatura en Enfermería, obtuvo el diploma de especialización y le ha sido expedida cédula profesional de especialización.
- **Enfermera(o) con maestría.** Además de reunir requisitos de licenciatura en Enfermería, acredita el grado de maestría y le ha sido expedida cédula profesional de maestría.
- **Enfermera(o) con doctorado.** Además de reunir requisitos de grado de maestría, acredita el grado de doctorado y le ha sido expedida cédula profesional de doctorado.

La prestación de los servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalarios o comunitario, corresponde al licenciado en Enfermería, debido a que su formación de nivel superior lo faculta para desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar. Es capaz de interactuar de manera interdependiente y desarrollar acciones derivadas del plan terapéutico. Su nivel académico lo hace competente para otorgar cuidados de mediana complejidad de predominio independientes. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación¹⁷.

ÁMBITO DE PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

El ámbito de la práctica de enfermería establece las funciones, competencias, cometido y responsabilidad profesional de la enfermera. Constituye la base para establecer normas para la práctica de la enfermería, la formación de las enfermeras, así como sus funciones y responsabilidades, y además da a conocer al público las características que ha de cumplir toda persona calificada para dispensar servicios de enfermería²⁹.



Los términos competencia, responsabilidad o rendición de cuentas y cometido suelen utilizarse cuando se habla de práctica profesional de enfermería y se definen como sigue²⁹:

-Competencia hace referencia a la aplicación eficaz de una combinación del conocimiento, capacidad y juicio demostrados por una persona en la práctica o en la realización diaria de su trabajo. Las definiciones en materia de enfermería coinciden en general en que, en el desempeño de las funciones de enfermería según las normas exigidas en el empleo, competencia se refiere a lo siguiente:

- Conocimiento, comprensión y juicio.
- Un conjunto de capacidades cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales
- Un conjunto de atributos y actitudes personales.

-Responsabilidad o rendición de cuentas hace referencia al hecho de que cada enfermera ha de dar cuentas de sus propios actos o de los actos u omisiones de otros. Aquí se reconoce la responsabilidad legal de la enfermera por sus actos. Por consiguiente, implica que los resultados de los actos de la enfermera serán evaluados con respecto a determinados criterios.

-Cometido hace referencia a la obligación de la enfermera de ejercer de forma competente y a un nivel aceptable, que será definido según la formación recibida. El cometido supone la obligación de la enfermera de ejercer un cargo o una función según unos criterios de evaluación esperados.

Desde su creación, el Consejo internacional de enfermeras (CIE) ha mantenido una posición clara en relación con la importancia de la reglamentación para garantizar una práctica de la enfermería segura y competente en aras de la protección del público. El modo en que se define el ámbito de la práctica de enfermería determina los auténticos parámetros y límites dentro de los cuales las enfermeras ejercen. Es vital que la profesión sea capaz de definir claramente los parámetros de su práctica para garantizar que ésta puede adaptarse a las



actuales necesidades de la sociedad y satisfacerlas. De lo contrario, la práctica de la enfermería podría sufrir restricciones que le impidan responder a todas las necesidades o que den lugar a una dispensa de atención fragmentada²⁹.

GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La enfermería es una disciplina profesional que se inserta en un conjunto de fuerzas vivas de la sociedad, en defensa de la vida y del planeta, y tiene como propósito superior promover el bienestar del ser humano, a través de la gestión del cuidado, desde una dimensión holística, ética e interpersonal²³.

La gestión del cuidado de enfermería es entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina: la ciencia del cuidar⁴. También se puede definir como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la Institución. Tiene el propósito de adecuar la atención a las necesidades del enfermo, las de sus familiares, sus cuidadores y las de la comunidad. Es un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal³⁰.

La gestión del cuidado de enfermería se encarga de supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería a fin de otorgar una atención oportuna³⁰.

La gestión de cuidados sustenta como premisa un trabajo realizado por el equipo de enfermería integrado por enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio. El trabajo debe ser participativo y con responsabilidades compartidas: ésta será la garantía de una gestión efectiva, segura, humanizada y eficiente de dichos cuidados. También es importante resaltar el rol de la enfermera responsable de la gestión de los cuidados, que consiste en apoyar al personal que otorga cuidados. La contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en enfermería es única; representa una acción necesaria para asegurar servicios de



salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles³⁰.

La participación del personal de enfermería en el desarrollo de las mejores prácticas para garantizar una atención segura conlleva a fortalecer las intervenciones en todo el proceso de atención, tanto en el área gerencial como en la operativa; para ello es importante que las enfermeras conozcan el modelo de la ocurrencia de los diferentes eventos, identifiquen cuáles son los puntos críticos en los que pueden cometer errores y anticiparse con métodos, técnicas y procedimientos con base científica para evitar riesgos y daños al paciente³⁰.

Los cuidados de enfermería deben estar fortalecidos por información actualizada, científica y alineada con las prácticas seguras, desarrollar una cultura de prevención y sumarse a los esfuerzos por tener sistemas de salud más saludables y eficientes, con apego a las metas internacionales de seguridad del paciente y los estándares centrados en el paciente y la gestión, cuyo propósito es señalar acciones específicas para la seguridad del paciente³⁰.

TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

La toma de decisiones clínicas tiene diversos conceptos. Según Standing³¹ implica el procesamiento de información, pensamiento crítico, evaluación de evidencia, aplicación del conocimiento relevante, habilidades para resolver problemas, reflexión y juicio clínico para seleccionar el mejor curso de las acciones que optimice la salud del paciente y disminuya cualquier daño potencial.

Tomar una decisión implica el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde se seleccionan aquellas alternativas que se perciben como más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados³².

Lauri y Salanterä³³ proponen cuatro etapas en la toma de decisiones clínicas:

- (a) recolección de información para la interpretación del estado del paciente.
- (b) manejo de información y definición de los problemas de enfermería.



(c) planeación.

(d) implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente.

En el proceso de toma de decisiones clínicas se ven involucrados factores de diferente índole, los de la persona, la formación académica y el ambiente⁶.

MARCOS PARA LA TOMA DE DECISIONES

Los marcos para la toma de decisiones (son herramientas) pueden ayudar a las enfermeras, a los empleadores, a los consumidores y a los gobiernos a comprender y controlar la intrincada trama de factores complejos e interdependientes que influyen en el ámbito de la práctica de enfermería²⁹.

Las enfermeras tienen la obligación profesional de ejercer de forma segura y dentro de su ámbito de práctica. A la hora de determinar su ámbito personal, la enfermera debe juzgar si es competente para llevar a cabo una función o cargo particular. También ha de tomar medidas para desarrollar y mantener la competencia necesaria para el ejercicio profesional²⁹.

El ámbito de la práctica de cada enfermera depende de su nivel de competencia y formación. La competencia y su mantenimiento, a través del desarrollo profesional continuo, son componentes esenciales de los marcos para la toma de decisiones. Reconociendo todos los límites de su competencia, las enfermeras han de tomar decisiones adecuadas que pueden incluir la no aceptación de una actividad que se les delegue. Si es necesario, la enfermera deberá realizar los cursos de formación continua necesarios para adquirir competencia en un determinado ámbito. Puede ser necesaria una formación especializada y/o una evaluación oficial para la realización de determinados actos de enfermería en algunas jurisdicciones²⁹.

Los marcos para la toma de decisiones suelen basarse en una serie de principios de base que orientan las decisiones acerca del ámbito de la práctica teniendo en cuenta la formación, la experiencia y la competencia. Además de aplicar estos



principios a la situación, las enfermeras también se sirven de su juicio profesional para fundar sus decisiones²⁹.

Los marcos para la toma de decisiones deberían utilizarse en combinación con otras orientaciones y normas de la práctica profesional, como las normas de competencia, las políticas, normativas y legislación relativas a la enfermería, con el fin de tomar decisiones bien fundadas acerca de la práctica²⁹.

DELEGACIÓN Y SUPERVISIÓN. MEJORA EL USO DE LOS MARCOS PARA LA TOMA DE DECISIONES

Además de ayudar a cada enfermera a determinar qué actividades entran dentro de su propio ámbito de práctica, los marcos para la toma de decisiones también son útiles para dilucidar el ámbito de práctica de otros²⁹.

Pueden incluir principios para delegar en otra enfermera, aceptar las actividades que otros delegan, y delegar en personal auxiliar no reglamentado. Cuando han de delegarse tareas en otras personas, estas herramientas permiten asegurarse de que la persona en quien se delega es capaz de dispensar el cuidado de forma segura y competente²⁹.

Responsabilidad hace referencia al hecho de que cada enfermera ha de dar cuentas de sus propios actos o de los actos u omisiones de otros. Aquí se reconoce la responsabilidad legal de la enfermera por sus actos. Por consiguiente, implica que los resultados de los actos de la enfermera serán evaluados con respecto a determinados criterios. No era infrecuente en el pasado que las enfermeras aceptasen de forma regular responsabilidad por actividades que no entraban dentro de su ámbito de práctica²⁹.

Cometido hace referencia a la obligación de la enfermera de ejercer de forma competente y a un nivel aceptable, que será definido según la formación recibida. El cometido supone la obligación de la enfermera de ejercer un cargo o una función según unos criterios de evaluación esperados²⁹.



Un cometido puede ser delegado, siempre que la persona en quien se delegue sea competente para llevarlo a cabo. La enfermera que delega su cometido comparte la responsabilidad del mismo con la persona que acepta la delegación²⁹.

Supervisión, la enfermera que ha delegado una tarea o actividad en otra enfermera o en un auxiliar no reglamentado debe supervisar la realización de la tarea o función y garantizar el cumplimiento de las normas de práctica, políticas y procedimientos en vigor²⁹.

La enfermera debe asimismo determinar el nivel de supervisión, control y accesibilidad que ha de proporcionar. Es probable que el nivel de supervisión requerido dependa de si la actividad es delegada en una enfermera acreditada o en un auxiliar no reglamentado. Además, la exigencia de supervisión será diferente en función del carácter de la tarea y de la proximidad de la enfermera supervisora. Sigue siendo del cometido de la enfermera el cuidado de enfermería en su conjunto²⁹.



CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

DISEÑO

Estudio de tipo cualitativo, fenomenológico, descriptivo.

PARADIGMA. ENFOQUE

Cualitativo

La investigación cualitativa es un enfoque metodológico sistemático y subjetivo utilizado para describir experiencias vitales y darles un significado³⁴. También puede definirse, como la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable³⁵.

Las técnicas cualitativas de investigación incluyen la teoría fundamentada en la realidad, la investigación histórica, la investigación fenomenológica, las historias de vida, la investigación-acción, etc. En vez de medir variables, los investigadores hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados, mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. Éste material puede ser registrado literalmente, transformado en códigos, grabado en audio o en video, etc³⁶.

El paradigma cualitativo posee un fundamento decididamente humanista para entender la realidad social. Percibe la vida social como la creatividad compartida de los individuos. Se busca examinar la realidad tal como otros la experimentan, a partir de la interpretación de sus propios significados, sentimientos, creencias y valores³⁷.

Los conocimientos de los estudios cualitativos pueden guiar la práctica enfermera y ayudar en el importante proceso de desarrollo de teorías para construir el conocimiento enfermero³⁴. Es por esto que el enfoque cualitativo fue el más conveniente para el desarrollo del presente trabajo, a partir de las narraciones que hicieron los profesionales de enfermería, nos compartieron opiniones, experiencias, sentimientos, emociones y vivencias sobre lo que es TDC.



DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO UTILIZADO

Fenomenológico.

Los fenómenos son el mundo de la experiencia. Se producen sólo cuando una persona lo experimenta. Una experiencia es única para cada individuo. La fenomenología hace referencia a una filosofía y a un grupo de métodos de investigación compatibles con la misma³⁴.

Existen dos tipos de fenomenología, la descriptiva y la interpretativa, en la investigación se recurrió a la primera, a continuación conoceremos un poco de la misma, descrita por Edmund Husserl.

La fenomenología descriptiva, es entendida como análisis descriptivo de vivencias intencionales. El hecho de que el objeto del análisis sean justamente las vivencias percibidas interiormente. Asimismo, debe tenerse presente que las vivencias intencionales se estructuran en partes y aspectos, de tal modo que la tarea fenomenológica consiste en sacar a luz esas partes, y en describirlas; en descomponer estos objetos de la percepción interna para así poder describirlos adecuadamente³⁸.

A través de las experiencias de los participantes en la investigación, se realizó un análisis de cada percepción y con ello se pudo hacer una descripción de sus vivencias, que tuvieran coherencia, mostrando una descripción de lo que los participantes dijeron, por éste motivo se consideró a la fenomenología descriptiva como la adecuada, porque se adaptó para lograr los objetivos de la misma.



CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE INFORMANTES

Los participantes de la investigación fueron personal profesional de Enfermería, del Hospital General de Zona No. 58 “Manuel Ávila Camacho”, del turno matutino, con más de cinco años de antigüedad institucional.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entrevista.

Las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas. Se describen como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Taylor y Bogdan, citados por Quecedo³⁵, las definen como "reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes de sus experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras".

Así mismo, la entrevista fue la técnica de recolección de datos más adecuada porque se realizó en una sesión individual con cada participante, ellos con conocimiento previo del tiempo aproximado para la realización (menor a 90 minutos), decidieron el momento en que se llevara a cabo. Además que la entrevista permitió la interacción directa entre investigador- informante, haciendo registro de expresiones y reacciones. Se utilizó una guía de preguntas (**Ver Anexo No. 1**), que favoreció que los temas claves fueran explorados, ésta guía permitió comprender la perspectiva de los informantes sobre TDC, con sus narraciones.



CONTEXTUALIZACIÓN

El lugar donde se llevó a cabo la investigación fue en el Hospital General de Zona No. 58, ubicado en Boulevard Manuel Ávila Camacho, esquina Convento de Tepotzotlán. Fraccionamiento Las Margaritas. Colonia Santa Mónica. Tlalnepantla, Estado de México.



El Hospital General recibe pacientes de las siguientes Unidades de Medicina Familiar (UMF):

- UMF No. 58 (incorporada dentro de sus instalaciones), de la cual se reciben 151,661 derechohabientes.
- UMF No. 51, de la cual se reciben 79,670 derechohabientes.
- UMF No. 63, de la cual se reciben 158,855 derechohabientes. Es la unidad de la cual se envían más derechohabientes.
- UMF No. 66, de la cual se reciben 44,429 derechohabientes.
- UMF No. 80, de la cual se reciben 10,474 derechohabientes.
- UMF No. 187, de la cual se reciben 82,929 derechohabientes.
- UMF No. 192, de la cual se reciben 5,292 derechohabientes, siendo la Unidad Familiar que menos derechohabientes envía.



MÉTODO PARA DETERMINAR EL NÚMERO DE SUJETOS INFORMANTES

MUESTRA

La selección de los sujetos informantes fue mediante el muestreo a conveniencia del investigador, porque lo que se buscó fueron buenos informantes dispuestos a hablar ampliamente sobre el tema.

El muestreo por conveniencia se utiliza cuando se elige una población y no se sabe cuántos sujetos pueden tener el fenómeno de interés, aquí se recurre a los sujetos que se encuentren³⁹.

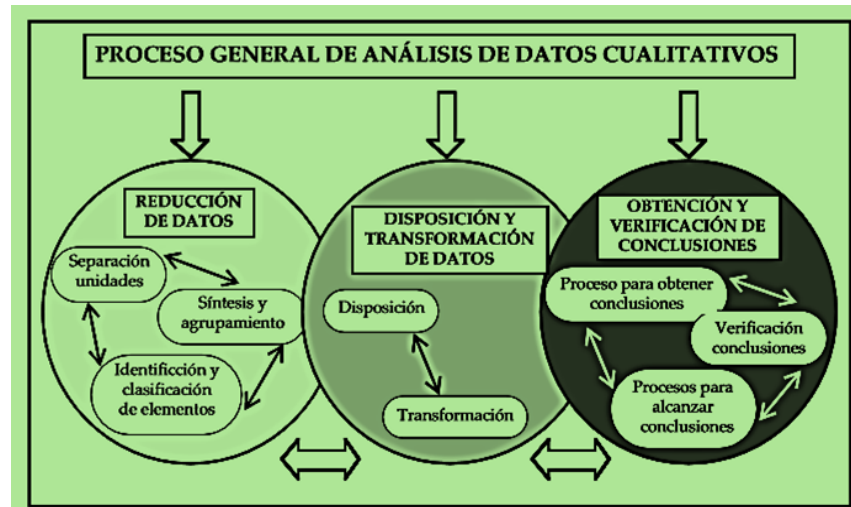
La muestra se completó con 7 informantes, basándome en el principio de saturación de datos, éste principio me permitió identificar el momento en que la información proporcionada por los informantes se volvía repetitiva y no aportaba experiencias nuevas, es cuando se dejé de realizar entrevistas.

MÉTODO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectados los datos, fueron guardados en carpetas, respetando la confidencialidad de los informantes, mediante el cambio de nombre; luego las entrevistas fueron transcritas en su totalidad para analizar los datos.

El análisis de datos, fue a través de la metodología de Miles y Huberman.

Esta metodología ha sistematizado tres instancias analíticas centrales que operan de manera interactiva y no secuencial a lo largo de la investigación: **la reducción, el despliegue y la “extracción” del sentido de los datos**⁴⁰. A continuación se esquematiza:



Después de la transcripción de entrevistas, se llevó a cabo la codificación de datos, es decir segmentar los discursos en diferentes temas, asignándoles un color y nombre, luego continué con la reducción de datos, aquí se sintetizaron los datos y se agruparon en temas, formando clasificaciones de información, posteriormente se transformaron los datos, organizándolos de manera coherente para extraer conclusiones y finalmente se verificaron las mismas.



ASPECTOS ÉTICOS

Para los aspectos éticos de la investigación, consideré el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud⁴¹ y la Declaración de Helsinki sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos⁴².

La Ley General de Salud⁴¹ y la Declaración de Helsinki⁴² también nos hablan del consentimiento informado. En el Art. 20, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna⁴¹.

Por otro lado, en la Ley General de Salud⁴¹, en su Título segundo, Art. 16, nos habla de la protección de la privacidad del individuo sujeto de investigación, al igual que la Declaración de Helsinki⁴² menciona que deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Lo anterior fue la base para la elaboración del consentimiento informado (**Ver Anexo No. 2**), dicho consentimiento especificó datos como el objetivo de la investigación, las actividades que se realizarían, la forma en que se respetaría la confidencialidad de los participantes y el uso que se le daría a la información, entre otros elementos. Previo a la entrevista los participantes recibieron éste consentimiento informado, que fue debidamente leído y firmado.



CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

La literatura recoge pilares fundamentales que soportan el rigor de la investigación cualitativa. Éstos criterios son: la credibilidad, transferibilidad, consistencia, confirmabilidad, relevancia y la adecuación teórico-epistemológica⁴³. Para fines de la investigación se describirán los siguientes y la manera en que se llevaron a cabo:

Validez. Existe validez cuando hay un cuidado exhaustivo del proceso metodológico, de modo que la investigación se hace creíble. El establecer unos marcos concretos y sistemáticos de cómo se han recolectado y tratado los datos permite que otros investigadores puedan preguntarse si los resultados obtenidos son válidos o no en otras circunstancias similares⁴³.

Para obtener la validez en la investigación, fue usando la metodología Miles y Huberman, que sirvió de guía al llevar a cabo el análisis de datos. Se realizó un proceso cuidadoso de transcripción de entrevistas, la codificación de las mismas, la reducción de datos, su disposición y transformación de éstos y finalmente la obtención de conclusiones.

Credibilidad o valor de la verdad. El criterio de credibilidad o valor de la verdad, también denominado como autenticidad, permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada⁴³.

Una vez transcritas las entrevistas, recurrí con las personas que participaron en la investigación, para dar credibilidad a sus discursos, y que ellos reconocieran que sus palabras habladas equivalían a las que estaban escritas. De ésta manera se le dio valor de la verdad a los hallazgos obtenidos.

Confirmabilidad o reflexividad. Denominado también neutralidad u objetividad, bajo este criterio los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad



de las descripciones realizadas por los participantes. Para lograr la objetividad se requiere que el instrumento de recolección de datos refleje los objetivos del estudio, que el investigador realice transcripciones textuales de las entrevistas, y que la escritura de los resultados se contraste con la literatura existente sobre el tema, respetando la citación de las fuentes⁴³.

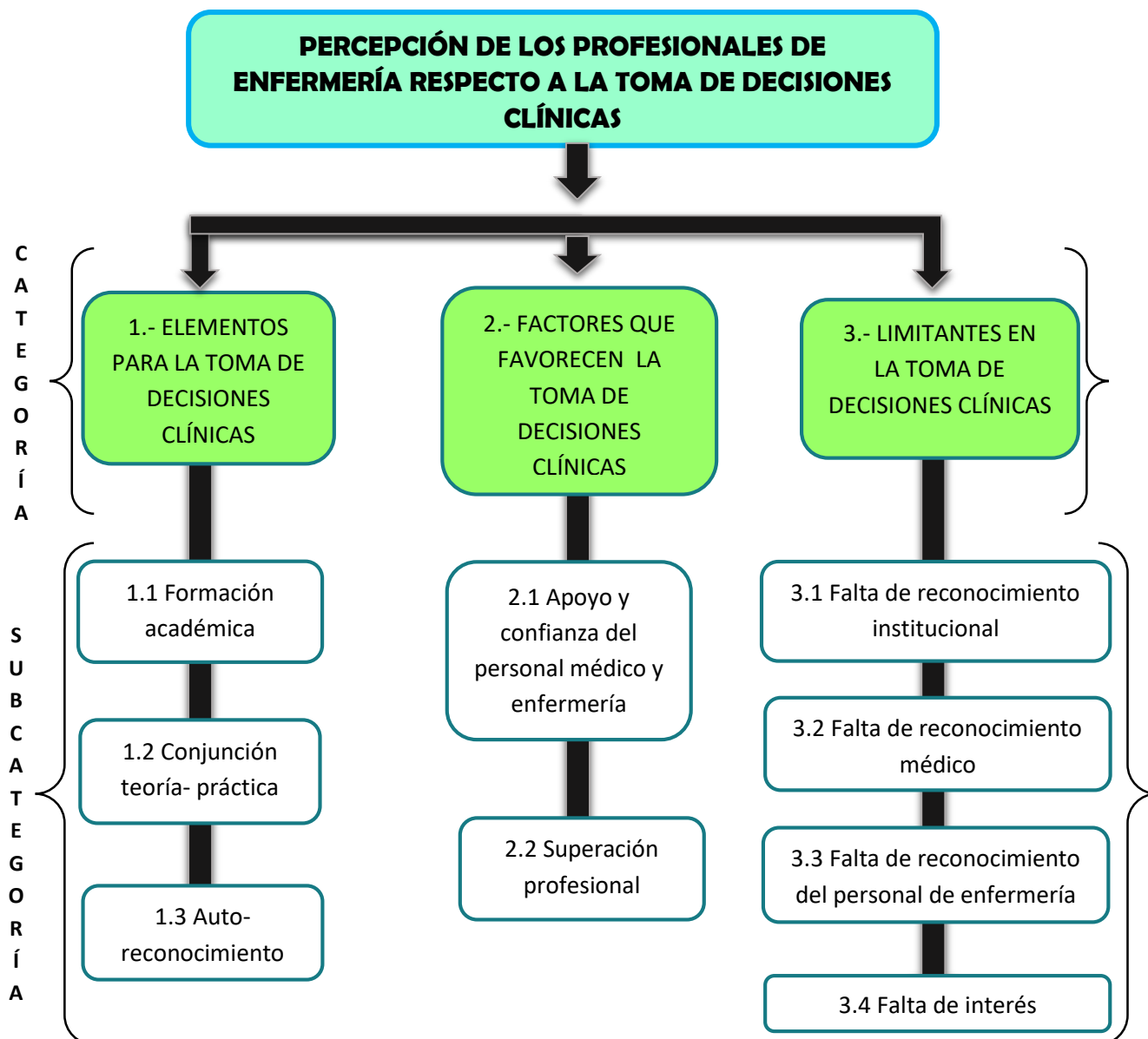
Se obtuvo la confirmabilidad u objetividad, de las siguientes maneras, en primer lugar se realizaron las transcripciones de las entrevistas de manera textual, tal y como lo dijo el informante en la grabación, sin hacer modificaciones ni correcciones; en segundo lugar respecto a los hallazgos obtenidos por cada subcategoría, me vi a la tarea de buscar investigaciones relacionadas con el tema y contrastar sus resultados, con los obtenidos en ésta, dándoles su cita correspondiente.



CAPÍTULO IV

HALLAZGOS

Después del análisis de las entrevistas, emergieron las siguientes categorías y subcategorías:





CATEGORÍA 1

ELEMENTOS PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

La toma de decisiones clínicas en enfermería se produce por la existencia de un problema decisional, con diferentes alternativas de solución, grados de complejidad, posibles resultados y consecuencias entre las cuales se debe elegir. Este problema decisional, además, va a estar condicionado por las particularidades del (la) usuario(a) (estado físico, psicológico, valores, expectativas, percepción de riesgo etc.) y por las del contexto (urgencia, tiempo, información existente etc.)⁴⁴. Por ende la interacción de éstos elementos influyen en la decisión final.

Así mismo, el continuo contacto que desarrollan los profesionales de enfermería con los(as) usuarios(as), al tomar decisiones, exige de las enfermeras(os) la adquisición de competencias en los distintos ámbitos de desempeño. A nivel asistencial se espera que adquieran conocimientos propios de la teoría, capacidad de comunicación, además de respeto por las creencias del otro, como gestor de cuidados debe organizar, promover y evaluar cuidados de calidad en relación a la toma de decisiones en salud, desde la investigación incorporar la temática como línea de investigación disciplinar y, desde la educación su integración a los planes curriculares permitirá su mayor utilización en el futuro³². Estos elementos son obtenidos desde la educación recibida en aulas, así como las prácticas clínicas, haciéndose más propias a lo largo de la trayectoria laboral. A continuación se describen las subcategorías que emergieron de ésta categoría.



Subcategoría 1.1

FORMACIÓN ACADÉMICA

En América Latina, a nivel licenciatura, las universidades forman profesionales con conocimientos científicos, técnicos, humanísticos, con sensibilidad social, crítica, creativa e innovador, que aporta, con competencia y calidad. Dispuesto, además, a trabajar en forma autónoma, multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinariamente, con conciencia ciudadana y capaz de responder a los cambios del entorno nacional e internacional. Siendo competencias generales de las universidades de educación superior²³.

Las competencias de enfermería se pueden definir en la acción, vinculada a los distintos saberes del cuidado de enfermería. Los saberes de la disciplina se apoyan en el conocimiento, la elaboración y aplicación del cuidado humano en forma efectiva y eficiente. También la disciplina de enfermería ha buscado delimitar su campo de acción y desarrollar los conocimientos a través de la investigación, visualizándose ésta como un proceso constante de exploración y descubrimiento. A tal efecto, es necesario profundizar en el desarrollo de conocimientos propios, que servirán para guiar su práctica²³.

La formación que se recibe en la universidad, es un elemento crucial para poder TDC, los informantes lo manifiestan de la siguiente manera:

DANIELA

*[...] La licenciatura me aportó el querer **saber** más, esa necesidad del porqué de las cosas, y para eso tienes que seguir indagando, leyendo, instruyéndote. Cuando me formé en la Licenciatura, me enseñaron a pensar para tomar decisiones y no hacer las cosas por hacerlas, sino, con **conocimiento** [...]*



BLANCA

*[...]Te inculcan buenas **competencias**.... me tocaron muy buenas maestras que me motivaban a que no nada más supiera la teoría, sino que en la práctica también fuera buena... al ir a campo clínico, interactuar con los pacientes, ver hasta qué punto podía hacer intervenciones independientes, me ayudó a que fuera adquiriendo conocimiento... ya cuando entré a laborar me ayudó bastante para tomar decisiones favorables para el paciente [...]*

ANA

*[...] Me **enseñó** a conocer al individuo como ser único e inigualable, a respetarlo y ayudarlo en sus necesidades, a tener empatía con él y siempre ponernos en sus zapatos, independientemente de lo que sea, de la religión que profese, siempre estar con él, para apoyarlo y sacarlo adelante [...]*

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los informantes recalcan que en su formación educativa, obtuvieron aspectos que siguen siendo sus fundamentos para la TDC, por mencionar algunos fueron los conocimientos teóricos, aprendieron cómo brindar un cuidado holístico, humanizado y a respetar los derechos de los pacientes, además de la teoría, la práctica clínica fue de apoyo, porque ahí pudieron poner en práctica lo aprendido en aulas e interactuar con los pacientes, también se les inculcó la sed de conocimientos, de continuar preparándose, de la misma manera, sus profesores, tuvieron influencia positiva en su formación.

En acuerdo Morán *et al*⁷, mencionan la necesidad de incorporar en los planes de estudio estrategias pedagógico-didácticas que incluyan conocimientos y experiencias para desarrollar habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones clínicas, con lo que se generará una nueva epistemología de la práctica de enfermería. Además los profesionales de enfermería deben ser capaces de trascender el actuar rutinario, para construirse en unos profesionales reflexivos



que resuelvan problemas y tomen decisiones clínicas asertivas que aseguren la calidad y la seguridad en las prácticas del cuidado.

También Guerrero y Cid³, consideran indispensable el fortalecimiento del desarrollo de habilidades blandas en la formación profesional: inteligencia emocional, liderazgo, habilidades de comunicación y resolución de problemas, entre otros.

De esta manera la formación profesional es un elemento clave para llevar a cabo una buena toma de decisiones.

Subcategoría 1.2

CONJUNCIÓN TEORÍA- PRÁCTICA

El desarrollo de la teoría y práctica del aprendizaje del profesional reflexivo, concibe la reflexión entendida como una forma de *conocimiento*, como un análisis y propuesta global que orienta la acción. Así mismo, el conocimiento teórico pasa a ser considerado instrumento de los procesos de reflexión, teniendo además en cuenta, que este carácter instrumental sólo se produce cuando la teoría se integra de forma significativa. Este razonamiento pone de manifiesto la importancia del *pensamiento práctico* y en esta base se sustenta el profesional reflexivo de Schön⁴⁵.

A continuación se presentan algunos de los discursos que ejemplifican la estrecha relación entre el saber teórico (conocimientos) y el saber práctico (habilidades):

BLANCA

*[...] No todo es la **teoría**, pero es la base, porque si no la tienes, no puedes hacer una buena **práctica**. En la práctica se conoce a los pacientes y con base en lo que el paciente requiere, se aprende a tomar decisiones [...]*



EULALIA

*[...] Las **habilidades** para la toma de decisiones se van adquiriendo con el tiempo y teniendo **conocimiento**, porque todo se basa en esto... al principio no lo hacía por temor al que iban a decirme, con el tiempo iba adquiriendo experiencia y **práctica** [...]*

GRISEL

*[...] El **conocimiento** es el que me ayuda a ver más allá, porque puedo decir hago esto, pero no mido los riesgos [...] entonces así sé, que estoy **capacitada** y veo que puedo hacer y que no, y los riesgos que pueden llevar la toma de decisión [...]*

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Como se puede observar en los discursos, la teoría y la práctica, tienen trascendencia en la toma de decisiones, por un lado los conocimientos dan sostén a la práctica, proporcionan la noción de qué puede suceder al tomar una decisión y a través de la práctica se gana habilidad, experiencia, se pierde el miedo a tomar decisiones, e igual se aprende; en resumen, estos dos elementos se complementan y no se deben de ver como dos entidades separadas, sino siempre acompañarse para obtener mejores resultados en la práctica del cuidado.

Lo que concuerda con Schön⁴⁵ en relación a las fases del pensamiento práctico que son:

I.- Conocimiento en la acción. Conocimiento que se encuentra en el saber hacer. Schön distingue básicamente dos componentes: por un lado, el saber proposicional de carácter teórico que corresponde a lo adquirido por medio del estudio científico en la universidad, y por otro, el saber-en-la-acción, procedente de la práctica profesional, y que es algo tácito, espontáneo y dinámico.

II.- Reflexión en y durante la acción. Conocimiento de segundo orden (metaconocimiento en la acción). Se trata del pensamiento producido por el individuo sobre lo que hace según actúa. Es un proceso de reflexión en la acción,



viene marcado por la inmediatez del momento y la captación in situ de las diversas variables y matices existentes en la situación que se está viviendo.

III.- Reflexión sobre la acción y sobre la reflexión en la acción. Es el análisis que a posteriori realiza el profesional sobre las características y procesos de su propia acción. En este caso, el conocimiento aparece como un instrumento de evaluación, análisis, reconocimiento y reconstrucción de la intervención pasada.

Estos tres componentes del pensamiento práctico no deben ser entendidos como elementos independientes entre sí, al contrario, se necesitan mutuamente para garantizar una intervención práctica racional⁴⁵. Como lo mencionan los discursos anteriores, que no se pueden separar dichos elementos.

Subcategoría 1.3

AUTORECONOCIMIENTO

El autoreconocimiento, es entendido como el conocimiento de uno mismo, de fortalezas y debilidades. En el área de la salud, es un elemento valioso que posee cada profesional de enfermería que le permite tomar decisiones, porque el hecho de sentirse capaces de resolver problemas influye en cómo se tomarán éstas.

Además la enfermería se ha autoidentificado como una profesión humanística, que se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno, donde la persona elige, se autodetermina y es un ser activo⁴⁶.

Así mismo, el profesional de enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces⁴⁶.

El hecho que enfermería reconozca los avances que hemos tenido como profesión y se autoreconozca como profesional competente, le ayudará a tomar decisiones clínicas. Los informantes manifiestan ser profesionales de enfermería, haciéndolo evidente en los siguientes discursos:



ANA

*[...] Soy profesional de la salud y **puedo** tomar decisiones, porque tengo la **capacidad** y la **capacitación** para llevarlas a cabo, lo hago por el bien del paciente y porque **está bien** [...]*

DANIELA

*[...] Ya somos una profesión y **tomamos nuestras propias decisiones**, porque sabemos hacer las cosas, sabemos pensar, sabemos manejar situaciones difíciles. Finalmente somos quiénes estamos en contacto con el paciente [...]*

*[...] Antes me tambaleaba en la toma de decisiones, ahora ya **no**, porque tengo los conocimientos cimentados [...]. Ahora las decisiones que tomo, son más rápidas, son mejores cada día y eso es gratificante para mí y para el paciente [...]*

CECILIA

*[...] Debemos tomar en cuenta que no siempre hay un médico al lado nuestro y que somos **capaces** de valorar, por ejemplo un volumen urinario, un estado de dolor del paciente, el estado de conciencia [...]*

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Respecto a los testimonios de los participantes, en cuanto a autoreconocimiento, se nota como los informantes se empoderan en su papel de profesionales de la salud, de enfermeros, que a lo largo de su trayectoria han pasado por situaciones que les han dotado de conocimientos y experiencia, que cuentan con capacitación y capacidad a la hora de decidir sobre el cuidado del paciente y además saben que sus decisiones son las mejores.

De la misma manera Juvé *et al*⁴⁷, mencionan que en competencias asistenciales (cuidar), debe existir un ámbito de responsabilidad que incluya el fomento de la autonomía, la capacidad de resolución de problemas abstractos, o la relación de



elementos de juicio clínico, científico y humanístico. De esta manera los profesionales es como reconocen sus competencias profesionales.

En cambio, Berti *et al*⁹, encontraron que se percibe la fragilidad de la autonomía del enfermero. Lo anterior considero se relaciona con las características de los informantes que son profesionales recién graduados y en la presente investigación acudimos a personal con experiencia laboral.



CATEGORÍA 2

FACTORES QUE FAVORECEN LA TOMA DE DECISIONES

Los cuidados de enfermería y la toma de decisiones que se necesita para ejecutarlos requieren que se realicen considerando la mejor evidencia disponible, la experiencia profesional y la opinión del paciente para mejorar la salud. Estos factores hacen más eficaz la toma de decisiones que le competen y con ello el logro de un reconocimiento profesional y la mejora en la calidad de los cuidados⁴.

Lo anterior, más otros factores como aprender a identificar las necesidades de los pacientes, el lugar donde el cuidado de enfermería se dispensa, el apoyo clínico, la supervisión por parte de enfermeras, al igual que los recursos humanos, físicos y técnicos disponibles²⁹, favorecen la TDC

A continuación se abordan algunos factores de los anteriores, tomados de los discursos de los profesionales de enfermería para la TDC.

Subcategoría 2.1

APOYO Y CONFIANZA DE PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA

Para el trabajo en equipo entre los profesionales de la salud existen diversos elementos que lo determinan, uno de ellos es el de interacción, que se refiere a los componentes de las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo, donde se encuentra la colaboración, la confianza mutua, el respeto y la comunicación. La confianza es clave para el desarrollo de la formación de equipos de trabajo. Un buen trabajo en equipo necesita que las estructuras jerárquicas sean más flexibles y descentralizadas, haciendo hincapié en la importancia del trabajo en equipo y toma de decisiones conjunta⁴⁸.

Así mismo la complejidad de la atención médica moderna requiere del trabajo coordinado y armonioso de todos los integrantes del equipo de salud. Por ello, la



colaboración entre médicos y las enfermeras es un elemento fundamental para la seguridad del paciente⁴⁹.

La seguridad de los pacientes y la calidad en la atención médica demandan mayor autonomía clínica del personal de enfermería y que los enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud trabajen en forma más colegiada y colaborativa⁴⁹.

De esta manera es como refieren los participantes haber obtenido apoyo y confianza tanto del personal médico y de enfermería:

CECILIA

*[...] Hubo médicos pediatras que me enseñaron, me dieron la **confianza** y libertad... claro, primero conociéndome y demostrando de lo que era capaz, para que tomara decisiones y ellos **apoyarme**, al final de cuentas siempre me respaldaron [...]*

*[...] Las jefas de enfermería... te **absorben** y te dicen: aquí eres la enfermera... eso me obligaba a que me preparara... fomentó el hecho de sentirme capaz de hacerlo [...]*

DANIELA

*[...] Me gané la **confianza** con el conocimiento, al no tenerlo, lo adquirí, pero es cuestión de que como profesional, si no sé algo lo investigue, si tengo duda pregunte y los compañeros de trabajo, médicos o enfermería te lo van transmitiendo [...] [...] Cuando te tienen **confianza**, te dejan y vas haciendo, le dices al doctor: le pasé este medicamento, le hice esto porque estaba en esta situación, ellos te van permitiendo y te respaldan [...]*

ANA

*[...] Mis compañeras o jefes de servicio, que también están actualizadas y conocen bien el manejo, son quienes nos **ayudan** a la práctica del cuidado [...]*



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los relatos de los participantes señalan que la confianza, el apoyo y el respaldo que se han ganado por parte de médicos y enfermeras, ha sido gracias a sus méritos, mostrando interés, disposición de realizar las actividades, ganas de aprender, demostrando conocimientos y con actitudes positivas, eso les ha permitido tener libertad, apoyo y respaldo al tomar decisiones. Además de sentirse parte de un equipo de trabajo, en el cual el conocimiento se transmite y las decisiones se comparten y apoyan.

Yáñez y Valenzuela⁵⁰, obtuvieron que por parte de la jefatura de enfermería, el apoyo al empoderamiento expresa confianza en la capacidad profesional del funcionario dándole la oportunidad para realizar una tarea compleja. De dichas tareas resaltaron actividades como: pedirles hacerse cargo de un procedimiento complejo, optar por dejarlos a cargo del turno, pedirles hacerse cargo de un paciente complicado, enseñar a alumnos en práctica y que informaran a médicos.

También Serrano y Parra⁵¹ mencionan que el entorno laboral facilita o dificulta la práctica profesional, además resalta que aquellos hospitales con un ambiente positivo (hospital magnético), donde la enfermera puede ser más autónoma, ejerce su actividad con mayor control y establece mejores relaciones con otros profesionales de la salud, presentaban mayor satisfacción laboral, mayor satisfacción de los pacientes y menor mortalidad.

Finalmente Vítolo⁴⁹, resalta que la práctica laboral, la comunicación más abierta y plena entre médicos y enfermeras capacitadas permite aprovechar las habilidades intelectuales y observacionales de estas últimas, mejorando su satisfacción con el trabajo y contribuyendo mejor a la atención del paciente.



Subcategoría 2.2

SUPERACIÓN PROFESIONAL

No se puede olvidar que los profesionales requieren una formación a lo largo de la vida. El hecho de que los profesionales consideren que necesitan más ofertas de superación hace evidente la existencia de necesidades de aprendizaje y obliga a garantizar mayores ofertas que tributen a una mejor atención a los enfermos bajo su cuidado, pues la atención al enfermo requiere ser sustentada en el dominio de los conocimientos suficientes y actualizados, desarrollo de habilidades profesionales y aptitudes específicas que contribuyan a elevar la calidad de las intervenciones de enfermería⁵².

El carácter operativo de la definición de superación profesional en enfermería que se ofrece permite reconocer a la superación como: conjunto de acciones de carácter educativo; vinculado con la actualización de conocimientos, el desarrollo de habilidades profesionales y la formación de valores⁵³.

Dicho de otra manera, los referentes relacionados con la superación profesional de enfermería y otros de carácter general deben ser analizados por la relación con la actualización, la adquisición de conocimientos, la formación de valores, mejoramiento profesional y humano, para satisfacer así las demandas sociales en los diversos escenarios de actuación profesional⁵⁴.

Las actividades de superación profesional, que han desempeñado los informantes, las mencionan en los siguientes testimonios:

DANIELA

[...] El querer estar en el área hospitalaria, el querer aprender para ayudar... me iba acercando, primero viendo, después haciendo, lo que no sabía lo investigaba, lo hago hasta la fecha, hay que seguir actualizándose [...]



ANA

*[...] Los cursos de actualización que se imparten dentro del instituto y cursos que he tomado por fuera. Trato de irme **actualizando** [...]*

BLANCA

*[...] Al llegar a la práctica... dices: si lo vi, pero no me acuerdo, lo tienes que repasar, no es malo... he buscado la manera de **actualizarme**, la teoría ayuda [...] También he hecho cursos en línea [...]*

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los informantes expresaron realizar acciones educativas, que se encuentran dentro de la superación profesional, como la disposición de seguir preparándose mediante cursos de actualización (presenciales o en línea), tomar cursos dentro de la institución donde laboran o acudiendo a otros sitios para prepararse, así mismo la necesidad de seguir repasando conocimientos que se habían olvidado, desarrollar nuevas habilidades y estar al día con los avances en los cuidados de enfermería, para brindar mejores intervenciones a los pacientes, por medio de su TDC.

Lo anterior concuerda con los resultados de la investigación de Barco *et al*⁶², quienes mencionan que los Lic. Enfermería, respecto a la superación postgraduada, el 96.63% respondió que es muy necesaria y el 95.50% aseguró que la superación contribuye a la excelencia en los servicios. La opinión de los expertos fue que la contribución de los profesionales de enfermería a la excelencia en los servicios es directamente proporcional a su nivel de superación y actualización.

De la misma manera, Medina y Valcárcel⁶³, obtuvieron que la relación existente entre la superación profesional y el desempeño profesional pedagógico se basa en que la superación. Por lo tanto la superación profesional de enfermería debe estar dirigida hacia los problemas profesionales, lo cual permite elevar la calidad de su desempeño pedagógico profesional, para desarrollar en sus estudiantes



habilidades profesionales relacionadas con la gestión del cuidado como objeto de la enfermería como ciencia.

También Guerrero y Cid³, proponen para fortalecer la autonomía y el liderazgo en enfermería, el fortalecimiento de la gestión de enfermería en pregrado, aumentando por medio de la educación continua la oferta de programas en éstas áreas.



CATEGORÍA 3

LIMITANTES EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

La población espera de los profesionales enfermeros, otorguen cuidados específicos, directos sobre la base de los problemas y necesidades del paciente; pero la práctica profesional de la enfermería implica una gama mucho más amplia de actividades de lo que representa la imagen tradicional de la enfermera. Hoy en día es una persona hábil a cargo de múltiples funciones complejas. Cuida al paciente, se preocupa por él, participa en el diagnóstico, tratamiento de enfermedades, protege de factores de riesgo, es asesora, maestra de la salud, coopera con diversos profesionales del equipo de salud y actúa como defensor del paciente⁵⁵.

A pesar de que las competencias de enfermería son muy diversas, enfermería no ha podido desarrollarse en su disciplina porque han estado atrapados bajo una serie de limitaciones, restricciones legales para la práctica clínica autónoma e independiente, el desconocimiento acerca del papel propio y específico de los profesionales de enfermería. Éstas y más causas han llevado a la limitación de responsabilidades y toma de decisiones a pesar de tener formación adecuada para ello⁵⁵.

En consecuencia, las limitantes para la toma de decisiones son diversas. En seguida se abordan cada una de ellas, desde el punto de vista de los participantes.

Subcategoría 3.1

FALTA DE RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL

Derivado del crecimiento poblacional y la demanda de atención, es importante generar nuevas estrategias que garanticen una buena calidad de atención al derechohabiente. Para tal efecto, no se debe perder de vista el seguir impulsando



el desarrollo profesional de la enfermería. Se espera que con estos avances en la profesionalización el Licenciado en Enfermería, dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, interactúe con otros profesionales del sector salud, con enfoque transdisciplinario, prestando un servicio a la sociedad para fomentar la salud, el autocuidado a la salud, la prevención, el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de los enfermos, así como en el desarrollo de funciones asistenciales, educativas, administrativas, de gestión y de investigación³⁰.

Continuando con lo anterior, en el Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS⁵⁶, en la parte de profesiogramas describe las actividades a realizar por la categoría de Enfermera General, que son de interés para la presente investigación, debido a que el Licenciado en Enfermería entra en ésta categoría, pudiendo realizar actividades como procedimientos generales y específicos de enfermería establecidos en el cuidado integral del paciente, participar en tratamientos médico-quirúrgicos, efectuar tratamientos específicos, cumplir las indicaciones médicas y verificar su cumplimiento, previa corroboración de datos de identificación y tratamiento en órdenes médicas y registros de enfermería, ministrar medicamentos conforme a indicaciones médicas.

Lo anterior describe los límites del actuar de la Enfermera general, sin embargo los informantes manifestaron tener conocimientos para realizar más actividades de las descritas, como lo manifiestan en sus discursos:

DANIELA

*[...] Puedo tener el conocimiento pero todavía no puedo ser responsable de todo, porque no me permite el **instituto**... sé que medicamentos puedo pasarle al paciente, pero todavía no me delegan esa responsabilidad [...]*

[...] Tengo el conocimiento, pero si no tengo un respaldo que es el médico, a nivel jurídico, yo pierdo, aunque lo sepa hacer [...]



GRISEL

*[...] Aquí, en el **instituto** no está separado una enfermera general con una Licenciada, aquí todos somos parejo [...]*

ANA

*[...] La Licenciatura no está reconocida en el **instituto**, así que nos limitan en actividades [...]*

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A pesar de que los participantes manifiestan que cuentan con conocimientos y habilidades para desempeñar más tareas relacionadas con el cuidado integral del paciente, no las pueden llevar a cabo, porque su Contrato Colectivo de Trabajo es muy específico en las actividades que pueden realizar y de hacer otras actividades no descritas, no se las respalda. Así que comentan las informantes que por ese lado sienten limitadas sus TDC.

Con base a lo anterior, Cavada⁵⁷ menciona que para que la enfermería sea reconocida, es importante que por un lado, la sociedad la asuma y vea como una profesión autónoma y, por otro lado, que el profesional llegue al convencimiento del rol autónomo que puede desempeñar. Sin embargo en la realidad práctica, la autonomía no es efectiva, ya que muchos profesionales no parecen haber asumido la trascendencia de este hecho. Como se ha apreciado, no siempre parecen estar claras las intervenciones autónomas, desconociendo si esto se debe a una falta de identificación personal, lo que sin duda hace que pervivan estilos anclados en el pasado.

También Ferreira *et al*⁸ concluyeron la necesidad imperante de contar con un marco legal el cual delimite a la profesión. Debido a que el grupo estudiado tuvo escaso grado de conocimiento e influencia en el marco regulatorio en el ejercicio de la profesión, con una percepción marcada sobre los elementos que influyen en la independencia profesional.



Subcategoría 3.2

FALTA DE RECONOCIMIENTO MÉDICO

La complejidad de la medicina actual determina que la atención de los pacientes sea multidisciplinaria, de esta manera enfermería se ve obligado a interactuar con personas de diferente entrenamiento, experiencia y foco, no quedando muchas veces claro quién es el profesional que se encuentra a cargo. Gran parte de los problemas que afectan la relación entre médicos y enfermeras se origina en la distinta percepción que ambos grupos tienen sobre la misma. Los médicos perciben que su relación con las enfermeras y el grado de colaboración con las mismas es mucho mejor de lo que percibe el personal de enfermería. Y las diferencias son abismales⁴⁹.

Sin embargo, la relación médico- enfermería es quizás la columna vertebral de una buena atención a la salud. Esta relación profesionalismo da cabidas a torpezas, la hostilidad, el mal trabajo en equipo, los temores, la exagerada distancia, las ocultaciones, la mentira, las malas relaciones personales, la desconfianza, el estrés, entre otros y son el gran enemigo de un elemental individuo, el paciente⁵⁸.

Uno de los principales problemas que tiene la profesión de enfermería cuando interactúa con la profesión médica es la gran brecha que todavía existe entre enfermeras y auxiliares con muy distintos grados de capacitación, entrenamiento y formación académica. Los esfuerzos para ganar posicionamiento y reconocimiento por parte de enfermeras profesionales con títulos académicos son muchas veces resistidos por enfermeras con menor formación. Esta brecha impide que la enfermería tenga una sola imagen y una sola voz cuando se relaciona con otros profesionales de la salud⁴⁹.

Por lo anterior, los profesionales de enfermería perciben que existe una falta de reconocimiento médico, haciéndolo evidente en sus discursos:



BLANCA

[...] *Era un paciente que llegó con dolor precordial, y traía medicamentos antitrombóticos, porque sabía lo que le iba a indicar ... le dije: Doctora, le voy a pasar esto...y me dijo: A ver **Noo!!!, detente!** ... hasta que no lo indique, no le vas a hacer nada a mi paciente... terminó indicándole lo mismo que le iba a pasar...*

*... y te frenan... nadie nos **reconoce** nada [...]*

CECILIA

[...] *Un niño con PEEP alto empezó a desaturar, necesitaba aspirarlo, pero no tenía sistema de aspiración cerrado, lo iba a desconectar para aspirarlo, cuando llegó la médico y me dijo: **noo!!!**, ni se te ocurra agarrar a mi paciente. Le dije: Sí, pero tengo que valorar riesgo-beneficio... Sin embargo, la doctora dijo que era la **única** que podía tomar ese tipo de decisiones...*

...si fue como qué hago?, somos parte de un equipo [...]

FÁTIMA

[...] *En el área médica que nos limitemos a lo que compete a nuestro trabajo, **no** podemos pensar más allá, opinar, informarle o yo le sugiero... no.*

*...ellos **dudan** de nuestras capacidades [...]*

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los relatos de los informantes muestran como algunos médicos frenan su TDC, no incluyéndolos, ni permitiéndoles hacer sugerencias relacionadas con la salud del paciente, por tanto, se refleja la falta de confianza, la presencia de duda de las capacidades de enfermería, de sus conocimientos y habilidades para desempeñar los cuidados a los pacientes. Y los informantes a pesar de contar con todos los



elementos para desempeñar sus acciones de gestión del cuidado, se ven reprimidos y prefieren no entrar en conflicto.

Vítolo⁴⁹ comparte resultados parecidos a los nuestros, refiere que las enfermeras reportan que los médicos no las valoran, no comprenden lo que hacen, no escuchan lo que tienen para decir acerca de los pacientes, no toman sus evaluaciones en serio ni las tienen en cuenta para planificar los cuidados, o bien que son difíciles de contactar. Estos problemas tendrían menos que ver con las características personales de los médicos que con su ignorancia acerca de las responsabilidades y tareas de enfermería.

González *et al*⁶⁸, refieren que el trabajo en equipo es lo que le da la sincronía necesaria al personal de salud para ser exitoso; simplemente es vital y, aunque el trabajo de las dos profesiones es diferente, algunas de sus funciones se superponen. La adecuada relación entre enfermería y el médico es indispensable, pero ejercer exagerada autoridad por parte de cualquiera de los dos puede ser dañino porque no permite una cohesión de equipo. Además el respeto siempre será fundamental entre las partes.

Subcategoría 3.3

FALTA DE RECONOCIMIENTO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA

En el liderazgo en enfermería, las(os) enfermeras(os) jefes deben ser ejemplo para los funcionarios, deben proponer cambios, elaborar proyectos y tomar decisiones importantes; asimismo, es crucial que los funcionarios les crean y, más aún, las(os) apoyen⁵⁰.

Entre enfermeros, una comunicación interpersonal incorrecta tiene repercusiones negativas tanto para el paciente como para los profesionales. A pesar de tener ese conocimiento, encontramos que la mayoría de estos profesionales presentan deficiencias para desarrollar relaciones comunicativas eficaces y estrategias para resolver problemas de comunicación. De manera que si cada profesional



conociera las actividades concernientes a su rol y al rol de los demás, nadie se sentiría molesto ante las actuaciones del otro, se eliminaría la vivencia de estrés referida por aquellos profesionales que asumen tareas que competen a otros, y la enfermería – como colectivo – dejaría de tener la sensación de tener que mostrar constantemente su valía y credibilidad profesional, lo que contribuiría a aumentar la autoestima profesional⁵⁹.

El poco reconocimiento de jefes y compañeras enfermeras, hace que los profesionales se sientan sin apoyo y respaldo, al momento de tomar decisiones. Los siguientes testimonios lo ratifican:

EULALIA

*[...] Las diferencias de formación de enfermería, las **enfermeras generales**, dicen: “ella es Licenciada y se cree mucho”, **limitan** a que uno diga: “tengo Licenciatura” [...]*

*[...] O nuestras jefes, dicen: eso no te corresponde, te **limitan** a que llegues a hacer un poquito más, y si lo haces estás en una desviación y puede haber sanción [...]*

FÁTIMA

*[...] El mismo gremio de enfermería dice que **no somos aptas** para pasar un medicamento que no está escrito en las indicaciones médicas [...]*

ANA

*[...] Si nuestras jefas no tienen el conocimiento suficiente para respaldarnos, **no permiten** hacer las cosas como se deben hacer, porque no tienen el conocimiento...y nosotros que conocemos el área, **no nos apoyan**, nos **limitan** en la toma de decisiones y con eso dar una mejor calidad de atención al paciente [...]*



BLANCA

*[...] Algunas jefas... te dicen: aquí **no eres Licenciada**, aquí eres una general cualquiera, y aquí todas hacemos lo mismo [...]*

[...] Si yo lo puedo hacer porque no lo voy a hacer?... “no, eso lo hace el médico”, cada quien tiene sus funciones”. Y si lo haces te puede mandar a laborales por desacato; poner en riesgo tu trabajo tampoco se vale [...]

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Con base a los discursos, se obtuvo que por un lado entre compañeras enfermeras pares les limitan expresarse sobre su grado de Licenciatura, si lo hacen obtienen comentarios incómodos, otras observaciones que han recibido es que aún con licenciatura, no pueden pasar medicamentos no indicados por el médico. Por otro lado, los jefes de servicio les prohíben hacer más actividades de las permitidas, ocasionando un miedo de alguna sanción al incurrir a realizar esas acciones, haciendo evidente el poco respaldo en la TDC.

Thofehrn *et al*⁶⁰, mencionan que la visión de los enfermeros sobre el trabajo en equipo, muestra una concepción de algo complejo de ser realizado. También resaltaron de modo sorprendente, la falta de autonomía. Pero se refiere, en cierta forma, a la reducción de la creatividad impuesta por el enfermero supervisor sobre las acciones de los enfermeros de cabecera. Se identifica a partir del testimonio de que el enfermero supervisor adopta una postura centralizadora, con poca flexibilidad y apertura para el diálogo, evidenciando las relaciones de poder y mando.

De acuerdo con Lapeña *et al*⁵⁹, encontraron que en ocasiones cuando los profesionales han intentado transmitir dichos problemas a los gestores, se han encontrado con respuestas ingratas que han influido negativamente en las relaciones intraequipo posteriores. La mayoría de informantes considera necesario que cada profesional conozca cuales son las actividades correspondientes a su rol, y respete y acepte las de los demás.



Por último, en los resultados de Yáñez y Valenzuela⁵⁰ muestran que se puede utilizar el dicho, “es en los momentos importantes cuando uno se da cuenta quiénes son realmente tus amigos”, ya que los funcionarios describieron diferentes tipos de situaciones laborales en que ellos tuvieron un problema o una necesidad importante y, en forma oportuna, y en algunos casos sorpresiva para ellos, recibieron de su jefatura de enfermería una ayuda concreta o un apoyo emocional o profesional.

Subcategoría 3.4

FALTA DE INTERÉS

Una parte fundamental en la formación del profesional de enfermería debe orientarse hacia el conocimiento del mismo, con el objeto de comprender mejor sus actitudes, sentimientos, comportamientos y cómo inciden estos en las relaciones profesionales⁶¹.

Las formas de interpretar, de estar, de actuar en el mundo en que se vive, son manifestaciones más evidentes de valores y actitudes de cada individuo. Son las convicciones básicas, que sirven de criterio para orientar la propia vida, y las disposiciones personales para hacer o dejar de hacer algo, preferir un curso u otro de acción, o estar dispuesto a comportarse de una manera determinada⁶¹.

Lo anterior hace referencia a conductas y actitudes que permiten que el profesional de enfermería desempeñe sus funciones adecuadamente, sin embargo no todos los profesionales los manifiestan de manera positiva, esto se ve reflejado en la falta de interés por realizar actividades y aprender cosas nuevas. Los siguientes testimonios respaldan lo anterior:

CECILIA

*[...] Como trabajadores ya **no nos interesa prepararnos**: “ya sé canalizar, sé pasar medicamentos, sé cómo se circula una sala de cirugía”... caí en la rutina y no me interesa saber nada más, eso nos*



ha limitado en que nos sintamos capaces de tomar una decisión o podamos refutar una indicación médica... pero como ni siquiera lo sé, nunca voy a cuestionar, ni voy a proteger la integridad del paciente al que estoy cuidando [...]

EULALIA

*[...] La **falta de iniciativa** de enfermería, si está hipertenso el paciente, hay algunas enfermeras que se esperan hasta que llegue el médico y a ver qué le da [...]*

DANIELA

*[...] Nos falta quitarnos esa **pereza**, esa **flojera**, en los últimos años decimos eso no me toca, o yo no lo sé hacer, creo que ni es no lo sé hacer o a mí no me toca, es: sí nos corresponde, si no lo sé hacer, lo investigo o me acerco a alguien que lo sepa hacer para poderlo realizar, porque eso de no me toca... se cierran muchas puertas [...]*

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Como manifiestan los informantes, al ser trabajadores, el personal de enfermería cae en la rutina, de hacer las mismas actividades, se vuelve flojo y pierde el interés por aprender cosas nuevas y prepararse, se manifiesta por la poca iniciativa al realizar actividades y al tomar decisiones respecto al cuidado del paciente.

En acuerdo, Ferreira *et al*⁸ mencionan que la mayoría de los profesionales han adoptado una actitud algo pasiva ante aspectos inherentes a la profesión, como en este caso, algo de tanta importancia como la legislación en enfermería.

Así mismo Aguilera⁵ menciona que el profesional de la salud determina las actividades de cuidado a realizar en el servicio, argumentando que estas se llevan a cabo con base a su experiencia laboral, lo cual muestra la falta de apertura y actualización ante las necesidades de cuidado de las personas.



Por otro lado, Hernández *et al*⁶² concluyeron que los factores motivacionales en el personal de enfermería que influyen en la asistencia a cursos de educación continua fueron: la baja remuneración económica, falta de tiempo y en un menor porcentaje se debe a la falta de difusión e información de los cursos. Existe un mínimo porcentaje del personal de enfermería que tiene desinterés personal por asistir a cursos de educación continua.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

En primer lugar me gustaría mencionar que los hallazgos obtenidos de la investigación permitieron cubrir los objetivos exitosamente, debido a que se obtuvo la información que se pretendía. Además me di cuenta que la perspectiva de los profesionales de enfermería con experiencia laboral sobre TDC fue muy valiosa porque ellos al ser expertos en el tema, con amplias vivencias y con esa disponibilidad de participar en la investigación hicieron que se obtuvieran buenos resultados del estudio.

Puedo concluir que los profesionales de enfermería perciben tres aspectos que influyen en la toma de decisiones clínicas. En primer lugar, tenemos a los elementos que fortalecen su toma de decisiones clínicas, como ya se mencionó fueron las bases teórico- prácticas y personales que posee el profesional; en segundo lugar tenemos los factores que favorecen la TDC, que son las relaciones con compañeros de trabajo y el espíritu de superación y por último, tenemos las limitantes para poder tomar decisiones, ligadas a falta de reconocimiento por parte de la institución y/o compañeros y la propia falta de interés del profesional.

Una vez resumidos los resultados que se obtuvieron, puedo decir que el profesional de enfermería se percibe como un ser con conocimientos, habilidades y actitudes para poder tomar decisiones sobre la gestión del cuidado al paciente, a pesar de que cada uno se ha encontrado con limitantes, cada enfermero (a) debe buscar la manera de vencerlas, utilizando sus competencias, otorgándole mayor autonomía a la profesión.

Finalmente, cualquier toma de decisión en el paciente es determinante. La importancia de la TDC en el paciente radica en que son seres humanos, y las acciones que se le realice al paciente lo pueden sacar adelante o pueden perjudicar su estado de salud, como profesionales de enfermería tenemos la vida



de las personas en nuestras manos, entonces debemos tratar que las decisiones que tomemos sean correctas, oportunas, responsables, siempre valorando el estado del paciente, dando seguimiento a la intervención realizada y viendo si esa decisión tomada proporcionó una mejoría al paciente o en su caso no perjudicó la integridad del mismo.

RECOMENDACIONES Y/O PROPUESTAS

PARA INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Comenzaremos desde la formación académica, el personal de enfermería mencionaba que materias sobre TDC específicas, nadie tuvo formación, entonces al llegar a la práctica laboral cuesta mucho trabajo saber tomar decisiones y sobre que decisiones podemos tomar como Licenciados, por este motivo, sería importante que dentro de la formación existieran estrategias encaminadas hacia la TDC. Estas estrategias pueden ir dirigidas a reforzar la resolución de problemas cotidianos en el área hospitalaria.

PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, JEFES DE PISO, JEFATURAS DE ENFERMERÍA Y ENSEÑANZA

En cuanto a la capacitación del profesional de enfermería, que continúen preparándose, actualizándose, de las diversas formas posibles, apoyándose de jefes inmediatos para asistir a cursos, o buscar alternativas, pues a pesar de contar ya con un trabajo no es motivo para caer en lo rutinario y dejar de aprender, porque hay que tener siempre presente que entre más preparadas nos encontremos, mejores cuidados seremos capaces de brindar y protegeremos la integridad de nuestros pacientes.

Ligado a lo anterior, existen otros tres factores que permitirían la actualización de los profesionales, el primero es la disponibilidad de cursos en el Hospital, que con ese ya se cuenta, otro sería que haya una buena difusión de los mismos y el último es el apoyo de jefes o superiores para asistir, la buena relación entre éstos



factores es fundamental para que el personal de enfermería continúe preparándose y aprendiendo.

El aprender brindará mayores beneficios, porque al conocer más temas de enfermería, se aprende sobre el cuidado, se va formando un criterio más amplio, da capacidad realizar más intervenciones de enfermería independientes al paciente, da confianza al tomar decisiones clínicas y se cuenta con el respaldo y la protección de la evidencia científica.

Por otro lado, hacia las jefas de piso, que en lugar de limitar la TDC en el enfermero (a), apoyar más al gremio, que sea un líder, ellas como jefes superiores inmediatas pueden respaldar la buena TDC, también que tengan mayor apertura de nuevas ideas y propuestas del enfermero (a), que las retome, pues enfermería es quien conoce su área de trabajo, al igual que a los pacientes, esto ayudará a brindar un mejor servicio al derechohabiente.

También así como se pide el respaldo de las jefas de piso en la TDC, el personal de enfermería de igual manera se apegue en Normas Oficiales Mexicanas, Guías de Práctica Clínica, lineamientos del Hospital para tomar sus decisiones clínicas y de igual manera contar con este respaldo.

Hacia jefatura de enseñanza que apoyen al profesional de enfermería, con escuchar propuestas sobre cursos de interés y que continúe la difusión de cursos para la actualización de dicho profesional.

PARA EL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE EL PROFESIONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA

Es necesario trabajar en equipo con el médico, que tanto como personal de enfermería como médicos tengan una buena comunicación, estén abiertos a propuestas y sugerencias sobre qué es lo mejor para el paciente, debido que las decisiones tomadas beneficiarán o afectarán al paciente.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Salcedo ARA. El profesional de Enfermería que México necesita. *Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017; XXV (1): 75-79.
- 2.- Orozco ROA, Núñez OSI, Figueroa OO, Ochoa MJA. Factores asociados a la profesionalización de Enfermería en México. *CONAMED*. 2015; XX (4): S41-S47.
- 3.- Guerrero NS, Cid HP. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en Enfermería. *Aquichan*. 2015; XV (1): 129-140.
- 4.- Luengo MC, Paravic KT. Autonomía profesional. Factor clave para el ejercicio de la enfermería basada en la evidencia. *Revista Index Enferm (Gran)*. 2016; XXV (1-2): 42-46.
- 5.- Aguilera RM, Morán PL, Espinosa RBP, Galicia LA, López RCM, García PMA. Vivencias del egresado de enfermería en la toma de decisiones clínicas. *Rev. Iberoam. Educ. Invest. Enferm*. 2017; VII (3):9-18.
- 6.- Quezada RY, Morán PL, González RP. Análisis de modelos y habilidades para la toma de decisiones clínicas en egresados de enfermería. *Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm*. 2017; VII (4):18-26.
- 7.- Morán L, Quezada Y, García A, González P, Godínez S, Aguilera M. Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de la práctica reflexiva en enfermería. Análisis de literatura. *Enferm Universitaria*. 2016; XIII (1):47-54.
- 8.- Ferreira A, Ferraro S, Herrera A. Percepciones de Licenciados en Enfermería sobre la regulación del ejercicio de su profesión y autonomía profesional. *Rev Enferm: cuidados humanizados*. 2012. I (1): 33-40.
- 9.- Berti WH, Mara BE, De Godoy I, Spiri WC, Mangini BSC. Percepción de los Enfermeros recién graduados sobre su Autonomía profesional y sobre el proceso de la toma de decisiones del paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008. XVI (2):1-9.
- 10.- Definición ABC. Definición de percepción [Internet]. Bembibre C; [Revisado 2009; consultado el12-02-2019]. Disponible en: <https://www.definiciónabc.com/general/percepción.php>
- 11.-Vargas MLM. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*. 1994; IV (8): 47-53.



- 12.- Real Academia Española. Percepción [Internet]. [Revisado 2019; consultado el 14-02-2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=SX9HJy3>
- 13.- Gomerres. Virginia Henderson [Internet]. Bonill NC, Amezcua M; [Revisado 25-11-2014; Consultado 10-12-2018]. Disponible en: www.index-f.com/gomerres/?p=626
- 14.- Consejo Internacional de Enfermeras. Definición de enfermería [Internet]. [Revisado 2002; Consultado 12-12-18]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/política-de-enfermería/definiciones>
- 15.- Enfermeras comunitarias. La RAE y Enfermería [Internet]. Martínez RJR; [Revisado 17-05-18; Consultado 15-10-18]. Disponible en: www.efyc.jrmartínezriera.com/2018/05/17/la-rae-y-enfermería/
- 16.- Pearson Educación. Enfermería profesional [Internet]. [Revisado 30-06-2010; Consultado 15-12-18]. Disponible en: www.mailxmail.com/curso-enfermería-profesional-técnicas-fundamentos/enfermería-profesional-definición-papel-profesional
- 17.- Diario Oficial de la Federación. NOM 019-SSA3-2013. Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. [Revisado 02-09-13; Consultado 17-12-18]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
- 18.- Real Academia Española. Profesión [Internet]. [Consultado 10-12-2018]. Disponible en: <https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=profesión>
- 19.- Burgos MM, Paravic KT. Enfermería como profesión. *Rev. Cubana Enferm.* 2009; XXV (1-2):1-9.
- 20.- Hernández MF, Del Gallego LR, Alcaraz GS. González RJM. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cul Cuid.* 1997; I (2):21-35.
- 21.- Real Academia Española. Profesionalización y profesionalizar [Internet]. [Consultado 10-12-2018]. Disponible en: <https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=profesionalización>
- 22.- Sosa RMP, Cuamatzi PMT. La mística de la profesión de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2015; XXIII (1):51-56.



- 23.- Beneitone P, Esquetini C, González J, Maletá MM, Siufi G, Wagenaar R. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Bilbao: Editorial RGM; 2007, pp 147-165.
- 24.- Rubio DS. Profesionalización de Enfermería en México. *Rev. mex. enferm. cardiol.* 2010; XVIII (1-2):4-6.
- 25.- Juvé ME, Huguet M, Monterde D, Sanmartín MJ, Martí N, Cuevas B, De la Fuente C, Álvarez G. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. *Nursing.* 2007; XXV (4):56-61.
- 26.- Valenzuela RAJ. Toma de decisiones en Enfermería de urgencias, emergencias y catástrofes: márgenes de autonomía y responsabilidad. *Revista Páginas enferurg.* 2009; I (1): 13-16.
- 27.- Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichán.* 2005; V (1): 114-127.
- 28.- Gómez TD, Hernández CGG, González SA. Proceso de enfermería como constructor de autonomía profesional. *Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2016. XXIV (3): 183-189.
- 29.- Morrison A. Ámbito de la práctica de enfermería y marcos para la toma de decisiones. Suiza: CIE; 2010. Pp 7-34.
- 30.- González AJA, Dávila TJ, Reyes FA, Kumate RJ. Enfermería. México D.F: Editorial Alfil; 2013. Pp 19-91.
- 31.- Standing M. Clinical decision making skill on the developmental journey from student to Registered Nurse: a longitudinal inquiry. *Journal of Advanced Nursing.* 2007; VX (3): 257-69.
- 32.- Mosqueda DAM, Mendoza PS, Jofré AV. Aporte de Enfermería a la toma de decisiones en salud. *Rev Bras Enferm.* 2014; VXVII (3):462-467.
- 33.- Lauri S, Salanterä S. Developing an Instrument to Measure and Describe Clinical Decision Making in Different Nursing Fields. *Journal of Professional Nursing.* 2002; XVIII (2):93-100.
- 34.- Burns N, K. Grove S. Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Barcelona, España: Elsevier; 2012. Pp: 73-79.



- 35.- Quecedo LR, Castaño GC. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Rev de Psicodidáctica*. 2003; (14): 5-14.
- 36.- Cabrero GJ, Martínez MR. Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en Enfermería. Salamanca: Editorial Publicaciones Universidad de Alicante; 2001. Pp: 50-66.
- 37.- Martínez RJ. Métodos de investigación cualitativa. *SILOGISMO*. 2011; (08): 1-33.
- 38.- Lambert C. Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. *Teología y vida*. 2006; XLVII: 517-529.
- 39.- Mendieta IPG. Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones ANDINA*. 2015; XVII (30): 17-130.
- 40.- Borda P, Dabenigno V, Freiden B, Gúelman M. Estrategias para el análisis de datos cualitativos. Buenos Aires, Argentina: Desarrollo Editorial Carolina De Volder; 2017. Pp: 31-36.
- 41.- Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud [Internet]. México; [Revisado 07-02-84; Consultado 03-02-18]. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html
- 42.- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [Revisado 2019; Consultado 05-02-19]. Disponible en: <https://www.wma.net/es>
- 43.- Norena AL, Alcaraz MN, Guillermo RJ, Rebolledo MD. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichán*. 2012; XII (3): 263-274.
- 44.- Pierce P, Hicks F. Patient decision-making behaviour: an emerging paradigm for nursing science. *Nurs Res*. 2001; L (5):267-74.
- 45.- Domingo RA. El profesional reflexivo (D.A. Schön) [Internet]. [Consultado 22 de Junio de 2019]. Disponible en: <https://practicareflexiva.pro/wp-content/uploads>
- 46.- Zabalegui YA. El rol del profesional de Enfermería. *Aquichan*. 2003; III (1):16-20.
- 47.- Juvé UME, Farrero MS, Matud CC, Monterde PD, Fierro BG, Marsal SR, Reyes MC, García VB, Pons PA, Arnau VMJ, Martínez LR, Flores MC. ¿Cómo



definen los profesionales de Enfermería sus competencias asistenciales? *Nursing*. 2007. XXV (7):62-73.

48.- Moreno FMT. Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería. Grado en Enfermería. Universidad Pública de Navarra. Navarra. 2014-2015.

49.- Vítolo F. Relación médico-enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes [Internet] [Revisado Junio 2012; Consultado 01 de Julio de 2019]. Disponible en: www.nobleseguros.com.mx

50.- Yáñez GRJ, Valenzuela SS. Conductas críticas para experimentar confianza en el liderazgo en enfermería en un hospital de alta complejidad. *Aquichan*. 2013; XIII (2):186-196.

51.- Serrano GP, Parra MA. Entornos de trabajo e impacto en la salud. *Med. Secur. Trab.* 2015; LXI (240):311-313.

52.- Barco DV, Ramírez MM, Álvarez FZ. La superación continua de Enfermería y su contribución al desempeño de excelencia. *Rev. Cubana Enferm.* 2017; XXXIII (1).

53.- Medina GI, Valcárcel IN. Superación profesional del Licenciado en Enfermería para la solución de problemas en su desempeño profesional pedagógico. *Educ. Méd. Superior*. 2016; XXX (1).

54.- Martínez SE, Travieso RN, Urbina LO, Martínez RI. El proceso de superación del profesional de Enfermería para la atención del neonato crítico. *MEDISAN*. 2018; XXII (9).

55.- Revista Médica Electrónica Portales Médicos. La Enfermería sin límites y los límites de la Enfermería [Internet]. Garrido PM, Nasser LO, Tierra BP; [Revisado 06-08-2016; Consultado 05-07-2019]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmédicos.com/revista-médica/enfermería-límites/>

56.- IMSS, SNTSS. Contrato Colectivo de Trabajo [Internet]: Unidad de Comunicación Social del IMSS; [Revisado 11- 2017; Consultado 10- 07-2019]. Disponible en: <https://www.sntss.org.mx>

57.- Cavada BNC. El rol autónomo en enfermería. Grado en Enfermería. Universidad de Cantabria. Cantabria. 2014.



58.- González CLF, Moreno MIA, García MM, Vélez FM. La relación entre profesionales de enfermería y medicina: Una posible explicación de los resultados. *Med UNAB*. 2010; XIII (1): 17-21.

59.- Lapeña MYR, Cibanal JL, Pedraz MA, Macía SML. Las relaciones interpersonales de los enfermeros en asistencia hospitalaria y el uso de habilidades comunicativas. *Texto Contexto Enferm*. 2014; XXIII (3): 555-62.

60.- Thofehrn MB, López MMJ, Amestoy SC, Porto AR, Bettin AC, Fernandes HN, Rodríguez MJJ, Mikla M. Trabajo en equipo: visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/España. *Enferm Global*. 2014; (36): 223-237.

61.- Hernández PAS. Algunas consideraciones acerca de los valores humanos y el profesional de enfermería. *AQUICHAN*. 2001; I (1): 18-22.

62.- Hernández MA, García AK, Ponce GG, Bernal BML, Rivas EJG. Factores motivacionales en el personal de enfermería que influyen en la asistencia a cursos de educación continua. *Rev Enferm del Inst Mex Seguro Soc*. 2007; XV (3):125-128.



ANEXOS

ANEXO No. 1 ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA DEL TEMA

“PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS”

Datos sociodemográficos:

Edad:

Sexo:

Antigüedad institucional:

Preguntas guía:

- 1.- Dígame que se le viene a la mente cuando escucha: toma de decisiones clínicas.
- 2.- Platíqueme alguna situación donde se refleje su toma de decisiones clínicas.
- 3.- Durante su formación académica, qué elementos adquirió para enfrentarse a la toma de decisiones clínicas.
- 4.- Qué elementos le han apoyado para tomar las mejores decisiones clínicas.
- 5.- Con base a su experiencia, podría platicarme, cuáles son las limitantes u obstáculos a los que se ha enfrentado para poder tomar decisiones clínicas.



ANEXO No. 2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS”



Investigador Principal:	Mtra. Fabiola Alday Medina.
Investigador Asociado:	Dra. María de los Ángeles Godínez Rodríguez.
Tesista:	PESS. López Vargas Leonor.
Número de registro:	
Lugar y fecha:	Tlalnepantla. Estado de México. Mayo 2019. Hospital General de Zona No. 58
Riesgo de la Investigación:	Estudio con riesgo mínimo.
Propósito del estudio:	El presente estudio tiene la finalidad de describir la percepción de los profesionales de Enfermería respecto a la toma de decisiones clínicas. Usted como profesional de Enfermería, con amplia experiencia acerca del tema fue considerado candidato potencial, al igual que otro personal profesional de enfermería que será invitado. Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación.
Procedimientos:	Si decide participar en la investigación, se le realizará una entrevista, la misma que será grabada, mediante un grabador de voz y la duración no rebasará los 90 minutos. Se le solicitarán algunos datos sociodemográficos por motivos estadísticos. A continuación se realizarán una serie de preguntas acerca del tema, dándole oportunidad de expresarse libremente.
Posibles riesgos y molestias:	La entrevista a realizarle, implica realizarla en un espacio tranquilo, lo que pudiera ocasionarle incomodidad el permanecer cierto tiempo alejado del ruido.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos)	Los resultados de la investigación se difundirán de dos maneras; la primera será enviándola como protocolo de investigación y la segunda, a través de un trabajo de tesis.
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada de ningún modo. Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como trabajador del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Mtra. Fabiola Alday Medina. HGZ No. 58. Teléfono: 5521512790. De lunes a viernes de 07:00- 14:00hrs.
Colaboradores:	Dra. María de los Ángeles Godínez Rodríguez / López Vargas Leonor
En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comisión Nacional de Ética en Investigación de la Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre, firma y fecha del participante

Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Nombre, relación y firma

Nombre, relación y firma

Clave: 2810-009-013

