



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA

**AUTONOMÍA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS
PACIENTES.**

Trabajo de Grado que se presenta para optar al título de Magister Scientiarum en Bioética

Elizabeth Piña de Vásquez

Tutor: Maricela Sulbarán

Caracas, julio 2013



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo de Grado** presentado por: **PIÑA de VASQUEZ, ELIZABETH** Cédula de identidad N° 4.874.298, bajo el título “AUTONOMÍA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES”, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **MAGÍSTER SCIENTIARUM EN BIOÉTICA - CENABI**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 19 de Diciembre de 2013 a las 08:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en la Sala del Consejo de la Escuela de Enfermería, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado constituye un aporte significativo para el desarrollo y actualización de la profesión de enfermería en Venezuela, esta decisión fue adoptada por unanimidad por los integrantes del jurado.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 19 días del mes de Diciembre del año 2013, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado Maricela Sulbarán.

Alfredo Castillo Valery / C.I. 1.752.227
Facultad de Medicina – UCV
Escuela de Medicina Luis Razetti

Freddy García Flores / C.I. 3.185.016
Facultad de Medicina / UCV
Escuela de Medicina Luis Razetti

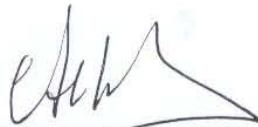
Maricela Sulbarán / C.I.5.200.477
Tutor(a)

ACV/FGF/MS/Carolina D - 19/12/2013





Dra. Marisela Sulbaran
Tutora



Dr. Alfredo Castillo V
Director del Curso



Dra. Isis Nézer de Landaeta
Coordinadora del Curso

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR
PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO
EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL

Yo, Maricela Sulbarán, portadora de la Cédula de Identidad N° 5.200.477, tutora del trabajo **Autonomía del Profesional de Enfermería en la atención a los pacientes**, realizado por **Elizabeth Piña de Vásquez. C.I. N° 4.874.298.**

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.



Firma del Profesor

En Caracas a los quince (15) días del mes de enero de 2014.

DEDICATORIA

A todos aquellos que sufren o padecen y necesitan de una enfermera (o) que les
acompañé

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
METODOS	24
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	26
REFERENCIAS	40
ANEXOS	48

AUTONOMÍA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES.

Elizabeth Piña de Vásquez. CI: 4.874.298. Sexo: femenino, E-mail: eeeucv@yahoo.es. Teléfono: 04166377274/04141365541. Dirección: Escuela de Enfermería. Urb. Sebucán, Av. Miguel Otero Silva. Caracas. Curso: Maestría en Bioética

Tutor: Maricela Sulbarán. CI: 5.200.477. Sexo: femenino. E-mail: maricelasulbaran@yahoo.fr. Teléfono: 04247145676. Dirección: residencias Solano. Torre A, piso 20, apt. 2010. Doctora en Psicología

RESUMEN

Estudio de tipo cualitativo, cuyo objetivo general fue caracterizar la concepción y el alcance de la autonomía que posee el profesional de enfermería en su desempeño laboral, para lo cual se empleó una muestra de 12 enfermeras que laboran en el Hospital Universitario de Caracas, distribuidas en las unidades de: quirófano, cuidados intensivos, emergencia y nefrología, seleccionando, en forma intencionada, a 3 enfermeras (os) por cada unidad, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas, orientada a conocer como definen los componentes de la autonomía profesional: identidad, independencia y autoridad. La información recogida fue examinada con el método de análisis de contenido, determinando así que no tienen claros los elementos definitorios de cada uno de los conceptos estudiados, encontrándose en lo referido a independencia las mayores debilidades, particularmente en lo correspondiente a condiciones para ejercer este atributo. Sin embargo, en el concepto autoridad, se evidenció la necesidad de la intervención inmediata, por las consecuencias que podrían acarrear algunas conductas declaradas, como es el caso de no tener claro cómo actuar en caso de diferir de una indicación médica, llegando incluso a tomar decisiones, con implicaciones hacia el enfermo, sin considerar su vulnerabilidad, convirtiendo un acto, supuestamente beneficente en maleficente.

Palabras claves: Autonomía, identidad, independencia, autoridad.

ABSTRACT

Qualitative study, its main objective was to characterize the conception and scope of infirmary professional autonomy in labor performance, the study was done with a group of 12 nurses who work in Hospital Universitario de Caracas, at surgery room, intensive care, emergency and nephrology, it was done an intentional selection of 3 nurses per medical unit and they were given an unstructured interview with open questions to determine how they define professional autonomy components: identity, independence and authority. The information was studied through the content analysis method, and it was determine that they have not a clear idea of the defining elements of the concepts, most of the weaknesses were related to independence, specially referred to conditions to act according to it. However referred to authority it was evident the need to be worked immediately due to the consequences these behaviors may cause, such as not been clear how to do in case of a difference with medical indications, and in cases taking decisions that affects the patient without considering the vulnerability and driving into a detriment an act that should be a benefit.

Key words: autonomy, identity, independence, authority

INTRODUCCIÓN

La autonomía de la persona es la condición de ser autodeterminante, y por ende consiste en realizar las propias escogencias en función de las razones de cada persona ⁽¹⁾. El profesional de enfermería como miembro del equipo de salud, debe proceder en forma coordinada con otros profesionales del área, partiendo siempre del objetivo básico de su desempeño profesional, el cual es de ayuda, específicamente, brindar cuidado en el área de la salud.

Enfermería, por su permanencia continua en la cercanía del paciente o de la comunidad de la cual es responsable, ha sido llamada a jugar el rol de abogado del paciente ⁽²⁾, y a su vez debe integrar en forma armónica su actuación y la de otros profesionales de la salud. Lo antes señalado cobra mayor vigencia con la evolución histórica de su reconocimiento en la sociedad, partiendo de oficio, pasando por técnica, hasta llegar a profesión. Esta evolución ha llevado a enfermería a asumir el control en las actuaciones que corresponden a su campo específico e independiente, rol que no ha quedado plenamente definido en la práctica todavía, dependiendo del criterio individual como se interpreta esta autonomía.

Estudios de investigación sobre los cuidados que este profesional brinda, demuestran que elementos básicos de la relación de ayuda, en ocasiones son obviados a la hora de interactuar con el paciente y con los familiares ⁽³⁾. Así mismo, otros estudios sobre la percepción del trabajo, demuestran que estos profesionales, particularmente los que trabajan en áreas críticas, consideran que actúan con altos niveles de autonomía ⁽⁴⁾. Por otro lado, al buscar en la sociedad común cuál es la imagen que se tiene de enfermería, ésta es algo difusa, vinculada la mayoría de las veces, al rol del médico, como lo señalan los hallazgos de Rodríguez ⁽⁵⁾ en su estudio Discurso y Sociedad. Por otro lado Escobar ⁽⁶⁾, alertada por la continuas quejas de las enfermeras del área asistencial y de la poca visibilidad de su actuación, decidió investigar sobre cómo definían las enfermeras y los pacientes el poder y el cuidado, encontrando que no existen criterios uniformes.

En Venezuela hay pocos estudios que apuntan a identificar como interpreta enfermería su campo de actuación, sin embargo es frecuente oír señalamientos que desvalorizan su

desempeño. Si se revisa la bibliografía especializada, se evidencia cómo el campo de actuación de enfermería se ha ido ampliando con el avance del tiempo, incursionando en áreas que hasta hace poco no eran pensadas. Por otro lado, al observar el perfil de comportamiento, este dependerá de la función que esté desempeñando, sin que se evidencie una armónica integración de las funciones. Específicamente, la enfermera que desarrolla funciones de tipo asistencial, mayoritariamente debe responder por el cuidado de un gran número de personas y en condiciones laborales comúnmente inadecuadas. Entre las cuales cabe señalar la combinación de factores que superan su capacidad profesional y que la llevan a responder fundamentalmente por las actividades prácticas, sin tener la posibilidad de integrar los aspectos cognitivos y afectivos que permitan un desempeño individualizado y ajustado a las necesidades de los enfermos. Lo antes planteado ha derivado que cuando se evalúa su desempeño, solo la ejecución de la actividad interdependiente, representada por el cumplimiento de tratamiento y específicamente el endovenoso, colman el turno laboral.

Sobre este aspecto se tiene lo hallado por Más et al ⁽⁷⁾, en un estudio realizado en varios hospitales públicos y generales de la ciudad de Valencia, España, donde incluyeron a diversos miembros del equipo de enfermería, siendo la sobrecarga de trabajo y la falta de personal uno de las principales quejas, situación que se agravaba al cubrir las vacantes con personal sin experiencia en el área, lo cual lleva a que habitualmente no se cubren todas las demandas de trabajo.

En el año 2002, se estudió la carga de trabajo que desarrollaba la enfermera que laboraba en la Unidad de Medicina II del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela, encontrándose que en un turno de trabajo, una sola profesional tenía que cumplir en promedio entre 28,5 a 44,5 indicaciones médicas de tratamientos endovenosos. Si se relaciona esta cifra en las horas picos de un turno laboral, un profesional de enfermería, contaba con aproximadamente 6 min, 47 segundos para cada medicamento ⁽⁸⁾. Esta realidad laboral, caracterizada por una alta carga de trabajo técnico, operativo, deja poco espacio para la reflexión y la autocrítica del actuar; predomina la búsqueda de cumplir las indicaciones médicas, dejando de lado la posibilidad de incorporar actividades independientes y autónomas.

Por otro lado, en el estudio estrés laboral en el personal de enfermería que labora en áreas críticas en Venezuela ⁽⁴⁾, realizado en el lapso 2004- 2007, con una muestra de 1.103 enfermeras y donde se aplicó el cuestionario diseñado por Karasek y Theorell, modelo que considera que el estrés se presenta cuando existe un desequilibrio entre la percepción de las demandas y la toma de decisiones, los resultados arrojaron que enfermería percibe alta demanda y alta autonomía. Sin embargo, como se planteó anteriormente, si se compara con el actuar cotidiano, pareciera que las más de las veces, la enfermera se ve restringida a cumplir solo con algunos de los elementos técnicos, dejando en un segundo nivel todos los aspectos que caracterizan el actuar independiente, propio de un profesional.

En el abordaje de un paciente el profesional de enfermería debe visualizar a éste como un ser bio- psico- social y espiritual, para de esta manera facilitar la percepción de bienestar. Indistintamente del modelo teórico que se tome como referencia, solo el cuidado integral permite garantizar una relación terapéutica individualizada. Lógico es, para lograr esto se requiere de ciertas condiciones, de tipo organizativo, capacidad cognitiva y técnica, además de la actitud para reconocer en el paciente un ser pleno de derechos. Este enfoque integral le lleva a necesitar de bases científicas de la enfermería y de otras disciplinas, como ciencias físicas, sociales y del comportamiento ⁽⁹⁾. En este sentido, Amaya ⁽¹⁰⁾ define la profesión de enfermería como una disciplina pluralista. Esto a su vez ha traído como consecuencia que no hay consenso sobre el objeto de la disciplina, qué conocer, ni sobre el método, cómo conocer, ni sobre quiénes conocer. Esta diversidad se refleja en todos los escenarios de actuación, lo que obedece a la gran multiplicidad de enfoques, orientaciones y motivaciones ⁽¹⁰⁾.

La autonomía es uno de los elementos que caracteriza a una profesión que solo se puede ejercer con bases científicas, técnicas y filosóficas sólidas. Es necesario partir identificando como se interpretan sus componentes, es decir: identidad, independencia y autoridad.

Surge así la interrogante de investigación ¿cómo define autonomía el profesional la enfermería que labora en el Hospital Universitario de Caracas en marzo de 2012?

Justificación

Con el desarrollo del estudio se avanza en la clarificación de los aspectos que identifica enfermería como definitorios de su quehacer. Los resultados al ser contrastados con lo que plantea la bibliografía, permite identificar los aspectos de mayor concordancia con el enfoque profesional. El hecho que la enfermería no tenga plenamente definido su objeto, que el método no goce de pleno consenso, así como qué y cómo debe saber, lleva a que cada quien desarrolle su práctica más guiado por la imitación de modelos cotidianos, inspirados en enfoques biologicistas, que por el resultado de una reflexión lógica, científica, sin perder el enfoque humanista.

Metodológicamente, los hallazgos servirán de referencia para otros estudios y se estará aportando datos que ayuden a delimitar el concepto de autonomía y los elementos definitorios que identifica el profesional de enfermería.

Para la maestría en Bioética, este estudio puede servir de referencia a la hora de definir el rol que debe desempeñar uno de los miembros del equipo de salud, es decir, enfermería. La bioética según la definición de Reich, citado por Cantavella ⁽¹¹⁾ es “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de salud, en cuanto esa conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales”. En la medida que cada profesión reconozca con mayor claridad los elementos que definen su actuar, estará en mayor capacidad de decidir dilemas apegado a sus principios. Desde el punto de vista deontológico, Etxeberria ⁽¹²⁾ plantea la necesidad de analizar cómo se realiza y cómo se controla la autonomía de las personas implicadas, es decir, la del propio profesional, la de los clientes o usuarios y la de los afectados, señalando que se debe procurar la potenciación de la autonomía de todos, donde los límites que se impongan sean los derivados de la necesidad para la autonomía de los demás. Es por ello que se debe conocer como se le define para luego, si fuese necesario, procurar unificar criterios y reconocer las implicaciones que la autonomía conlleva para cada profesión.

Para enfermería representa un aporte para el avance en el transitar hacia la definición profesional. Toda actividad lleva implícita una responsabilidad, solo en la medida que como

grupo profesional se tenga claro su campo de actuación, los deberes y derechos, así como su objeto de acción, podrá cumplir con su cometido en forma plena.

Marco Teórico.

La definición de enfermería ha evolucionado a lo largo de la historia, identificándose perfectamente tres (3) etapas, la de oficio, la técnica que inicia con Florence Nightingale y la profesional. Esta última, todavía en desarrollo, no se ha dado simultáneamente y de igual forma en todo el mundo. Sus inicios se identifican a mediados del siglo XX, aunque desde 1923 se venían haciendo intentos para formalizar los estudios de enfermería a nivel superior. Son representativos del logro profesional la conformación de organizaciones gremiales, organismos de acreditación de formación y el desarrollo de una metodología propia de trabajo, que se conoce como proceso de enfermería ⁽¹³⁾. En 1971 Henderson la define como un arte y una ciencia, con un papel estelar en la prevención y en el restablecimiento de la salud, así como para evitar al paciente padecimientos a la hora de su muerte ⁽¹⁴⁾. Esta definición fue acogida por el Consejo Internacional de Enfermeras, manteniéndose vigente en estos días ⁽¹⁵⁾. Uno de los aspectos claves de la enfermería, es tomar en cuenta la subjetividad de las personas para identificar sus necesidades. Es un grupo profesional que trabaja con un método inductivo y enfocado en las personas. Además, debido al contacto permanente con el paciente, el profesional de enfermería está cerca de la experiencia humana y no de la enfermedad como un fenómeno etio-patogénico ⁽¹⁵⁾.

La enfermera (o) es un profesional autónomo cuyas responsabilidades están reguladas por normas definidas en cada país por organizaciones específicas. En Gran Bretaña corresponde al Código de Conducta Profesional de Enfermería y Consejo de Obstetricia ⁽¹⁶⁾, en Estados Unidos es la Asociación Americana de Enfermeras, cuyos fines es trabajar para el mejoramiento de los niveles de salud y disponibilidad de servicios de atención de la salud para todas las personas, fomentar elevados niveles de enfermería y estimular y promover el desarrollo profesional de las enfermeras, mejorando su posición económica y su bienestar general ⁽¹³⁾. En Venezuela, la Federación de Colegios de Enfermeras (os) es el órgano ejecutivo y administrativo de la organización gremial y que tiene como finalidad: Desarrollar la enfermería, fortalecer los Colegios de Profesionales de la Enfermería que la integran a nivel

nacional, y luchar por el mejoramiento económico, social, profesional y gremial de los o las profesionales de la enfermería del país⁽¹⁷⁾.

A menudo las funciones profesionales están ligadas a las expectativas institucionales y al ejercicio profesional. Estas funciones incorporan tanto virtudes (hábitos) como obligaciones (deberes). Las funciones implican convenciones, costumbres y procedimientos de enseñanza, etc. Cada cuerpo organizado de ejercicio profesional tiene una historia que mantiene una tradición y requiere que los profesionales cultiven ciertas virtudes. Estas normas de virtud incorporan criterios de mérito y distinción profesional, y la posesión de estas virtudes dispone a la persona a actuar de acuerdo con los objetivos de la profesión⁽¹⁸⁾.

Sobre este aspecto, es oportuno señalar a Camps⁽¹⁹⁾ quien propone una ética de las virtudes, de corte aristotélico, con lo cual busca complementar los modelos clásicamente señalados de paradigmas éticos, el de los principios (deontológicos, del deber) y el de las consecuencias (teleológicos, el bien). Afirma esta autora, que una sociedad democrática, deliberativa, participativa y libre, donde se defiendan los intereses de los ciudadanos, incluyendo las minorías, debe estar soportada en normas cívicas. Siendo esas normas, las que llevan a alcanzar la concepción clásica de virtud⁽¹⁹⁾.

Alcanzar ese ideal, será el resultado del esfuerzo conjunto, en la búsqueda de formar al ciudadano responsable. En este aspecto, la escuela, juega un papel fundamental, como modelo. Lamentablemente, por lo general, las políticas educativas en su mayoría han sido orientadas desde una óptica reduccionista, sin visión de futuro, olvidando que educar en cualquier ámbito, ya sea familiar, escolar o social significa ayudar a dar respuestas personales adecuadas, a cualquier requerimiento de la vida, ya que el objeto pedagógico afecta toda la existencia personal⁽²⁰⁾.

Para ejercer con auténtico profesionalismo, es preciso partir de una estructura moral integrada por principios y valores éticos, entendidos como metas o fines valorados por toda la comunidad de pares, manifestándolo en un comportamiento social responsable, el cual se asume a lo largo del proceso de socialización⁽²¹⁾. En este sentido, Esqueda⁽²²⁾ señala que es en las instituciones formadoras de profesionales de la salud donde se debe propiciar la obtención de los códigos de conducta que caracterizan a cada profesión, sin obviar que al ingresar a los

estudios ya traen una serie de motivos, expectativas y creencias acerca de la carrera⁽²²⁾. En este último aspecto, juega un papel importante el círculo sociocultural y familiar⁽²³⁾

Entre los componentes actitudinales mencionados como necesarios en los aspirantes a la carrera de enfermería se tiene: iniciativa, creatividad y responsabilidad⁽²⁴⁾, sin embargo, estos aspectos no siempre son considerados a la hora de decidir el ingreso a la educación universitaria avanzada, tal es el caso de la Escuela de Enfermería de la UCV, donde solo se exige poseer título de bachiller en ciencias y constancia de solicitud de ingreso por la Oficina de Planificación del Sector Universitario (OPSU). Para ingresar existen varias vías, haber sido asignado a la escuela bien sea, por la OPSU, por la prueba interna de admisión, por traslado de alumnos desde otras escuelas o facultades de la universidad y, por último, las actas convenios⁽²³⁾, cualquiera que sea la vía empleada, nunca se consideran los rasgos actitudinales.

Son diversas las teorías que pretenden explicar el proceso de elección vocacional, una de ellas es la de Ginszbert⁽²⁵⁾, quien señala que se desarrolla a lo largo de la formación, desde la infancia, identificándose tres fases: periodo de fantasía, de elección tentativa y de elección realista. Por su parte Crites⁽²⁶⁾, señala aspectos no psicológicos (casuales o fortuitos; las leyes de la oferta y la demanda; las costumbres e instituciones de la sociedad) y psicológicos (teorías de rasgos y factores; teorías psicodinámicas; teorías evolutivas de la elección vocacional, teorías de la elección vocacional basadas en las decisiones). Este último modelo fue el empleado por Becerra y Rodríguez⁽²³⁾, para estudiar los factores vocacionales que han intervenido en la escogencia de la carrera de enfermería, sus hallazgos evidenciaron que los factores no psicológicos tuvieron menos influencia que los factores psicológicos, predominando: la aptitud, los intereses, la evolución y la motivación.

Una vez culminado los estudios, al egresar y asumir el rol laboral, el nuevo profesional enfrenta diversas fuentes de tensión que tienden a alejarlo del ideal profesional presentado durante su formación, debiendo enfrentar los poderes facticos del dinero y la influencia política, organizacional y laboral que pueden deformar la contextura ética de la profesión⁽²⁷⁾.

Enfermería no se escapa de esta realidad, esta es una profesión desde donde se puede hacer mucho bien o mucho mal, dependiendo de la disposición del sujeto. Unos buenos cuidados de

enfermería llevan al paciente al restablecimiento de su salud o afrontar más dignamente su condición de afectación. Pero una mala práctica del cuidado puede llevar, no sólo a no recuperar la salud, sino a lesionar la ya de por sí condición de vulnerabilidad en que se encuentra. De ahí la importancia de formar en la virtud a todo aquél que se dedique a esta profesión, de tal manera que no sólo desempeñe con excelencia sus tareas, sino que además se convierta en una buena persona que haga el bien. La ética de las virtudes hace énfasis en la importancia que tiene el cuidado de alta calidad y el valor de la relación con el paciente, sin quedarse solo en los aspectos técnicos, siendo la compasión una de las virtudes a desarrollar. Sin embargo la dinámica actual caracterizada por el dominio de las políticas de mercado, la siembra de la insensibilidad, al hacer cotidiano el espectáculo de la desgracia ajena, sumado a condiciones de injusticia, pobreza extrema y la presión excesiva de trabajo, dificultan el proceso⁽²⁸⁾.

Las profesiones del ámbito sanitario, igual que otras muchas, se ejercen actualmente dentro de una configuración institucional y empresarial que obliga al trabajo en equipo, a la corresponsabilidad en los resultados finales y a un conjunto de deberes que trascienden el espacio de las relaciones interpersonales directas. El profesional tiene que afrontar compromisos para con la institución, o la empresa, con el colectivo profesional y con el contexto socio- político del país⁽²⁹⁾. Las nuevas tecnologías científicas aplicadas al campo de la salud humana, con sus dimensiones técnica, económica, jurídica y de relaciones interpersonales, ha impulsado la creación de equipos interdisciplinarios para el asesoramiento y la orientación de las praxis en escenarios de gran complejidad, así como para la regulación y la correcta aplicación de determinadas actividades. La actuación de cada profesional debe tener el apoyo que necesita. La posibilidad de compartir y discutir los problemas difíciles ayuda a situarlos y analizarlos mejor y, por lo tanto, contribuye a optimizar los mecanismos de resolución. Compartir información con otros y llevar a cabo decisiones en conjunto, más que un elemento de supeditación y de control, es una práctica necesaria cuyo objeto es optimizar la atención prestada sin que sea vista como la evaluación de las fallas del profesional afectado⁽⁶⁾.

La relación clínica ha sufrido en los últimos años mayores cambios que en todo lo que representa la historia de la humanidad. Frente a la expresión más clásica: relación médico-

enfermo, han surgido otras, hasta dar cabida a todos los profesionales de la salud que intervienen en el acto clínico y participan en la atención y el cuidado al paciente. Además de la tradicional relación que el médico establece con su paciente, está la propia del personal de enfermería, la del personal auxiliar, la de los administrativos, nutricionistas, psicólogos, radiólogos, terapeutas, etc, todas son relaciones sanitarias ⁽³⁰⁾.

En la antigüedad, partiendo de los orígenes de la medicina racional hasta el siglo XX la relación terapéutica se establecía entre el médico y el enfermo, siguiendo un modelo paternalista. Del enfermo se esperaba obediencia, confianza y gratitud. Del médico, autoridad y cumplimiento de sus deberes profesionales. Estos deberes consistían fundamentalmente en buscar el máximo beneficio del enfermo, y sobre todo, no producir daño ⁽³¹⁾. En la medida que surgieron otras profesiones, este modelo fue adoptado guiándose por los principios de no maleficencia y beneficencia, aun en contra de la voluntad del enfermo ⁽³²⁾.

En el siglo XX este modelo comenzó a transformarse en un sentido más autonomista, con sus variantes según las características propias de los países. Hoy en día, con algunos matices entre los pueblos y culturas, el enfermo espera se considere su autonomía para decidir y respeto a sus derechos. Por su parte, el profesional de la salud, debe poseer competencia técnica y aceptar la autonomía del enfermo. Con esto se introdujo el principio de autonomía como nuevo imperativo ético de la relación profesional sanitario- paciente ⁽³¹⁾.

El término autonomía ha sido aplicado históricamente tanto al autogobierno de comunidades políticas como para la autodeterminación individual; en el campo moral se refiere al reconocimiento de un individuo libre y aceptación de las normas morales o guías de acción que gobernarán sus actitudes y comportamientos ⁽³³⁾.

Kottow ⁽³⁴⁾ hace referencia a Weber cuando señala que se ha de actuar en interlocución con los afectados por sus decisiones y acciones y no de acuerdo con sus convicciones. Les concede a los afectados la opción de controlar éticamente la forma como la acción debe ser explicada, justificada y eventualmente compensada. Ahora bien, el actuar no puede estar definido solo por el criterio del bien y el mal, sino que se debe equilibrar con los lineamientos de la ética de la responsabilidad. Ya no hay valoraciones éticas en términos de libre albedrío únicamente o,

si las hay, deben imperiosamente ser complementadas con la rendición de cuentas por las consecuencias que las acciones tienen sobre otros.

La enfermería es una profesión de ayuda, entendiendo a ésta como la disposición de ofrecer recursos a una persona para que pueda superar o afrontar sanamente una situación difícil o para dar un paso al frente en su camino de crecimiento humano ⁽³⁵⁾. Bermejo ⁽³⁶⁾ hace referencia a Chalifourt quien afirmó que la relación de ayuda consiste en una interacción entre dos personas, la enfermera (o) y el paciente, contribuyendo cada una personalmente a la búsqueda y a la satisfacción de una necesidad presente en el ayudado. Esto presupone que el profesional de enfermería concibe y vive esta relación, en forma tal que el actuar y la comunicación se realizan en función de los objetivos perseguidos, los cuales a su vez, deben estar en concordancia con lo que espera el paciente.

La enfermería como miembro del equipo de salud tiene una responsabilidad específica, cuidar, con lo cual contribuye a mantener el equilibrio dinámico, prevenir, revertir los desequilibrios; siendo en este último caso donde se hace más necesaria, porque el ser humano puede tornarse totalmente dependiente para satisfacer sus necesidades básicas y para realizar las actividades de la vida diaria ⁽⁵⁾. Watson ⁽³⁷⁾, al referirse al cuidado lo define como la esencia de enfermería, constituida por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, al sufrimiento, al dolor y la existencia, para ayudar al otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. Por su lado Leininger ⁽³⁸⁾ establece la diferencia que existe entre curación y cuidados en donde afirma que los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales, concluyendo que no puede existir curación sin cuidados pero en cambio pueden existir cuidados sin curación ⁽³⁹⁾. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud ⁽⁴⁰⁾.

No todos los que ingresan a los organismos de salud están enfermos, hay muchos que buscan conservar su salud o prevenir la enfermedad. Indistintamente del motivo que lleva a una persona a solicitar atención de salud, una vez que ingresa al sistema, se establece una relación paciente- profesional sanitario, la misma que se conoce como relación clínica, término que

corresponderá a cualquiera de los dos modelos ya mencionados, el tradicional o paternalista y el actual que reconoce los derechos del paciente ⁽³⁰⁾.

Cada uno de los miembros del equipo de salud, posee un cuerpo de conocimientos y habilidades que los definen y diferencian entre sí y que establecen interrelaciones en función del paciente como centro de la acción de salud. Allí, el profesional de la enfermería juega un rol fundamental, en este sentido, su presencia continua las veinticuatro (24) horas del día, le permiten valorar las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del enfermo, identificando aquellas que requieren de intervención terapéutica, algunas de las cuales habrán de realizarse integrando esfuerzos en forma armónica con otras disciplinas ⁽⁵⁾. Es importante resaltar el modelo actual desarrollado en países europeos y en Estados Unidos donde enfermería ejerce el rol de gestora de casos, como un mecanismo de garantizar la participación del enfermo en la toma de decisiones y la continuidad de los cuidados. De esta manera, el profesional de enfermería actúa como interlocutor entre el paciente y los demás miembros del equipo de salud que intervienen en el caso, favoreciendo el acercamiento multidisciplinario⁽⁴¹⁾.

El rol que desempeña enfermería en su práctica, puede dividirse en dos áreas, las funciones independientes y las interdependientes. Las primeras son aquellas que corresponden al campo diagnóstico y de tratamiento de la enfermería, no necesitan de una orden médica, las interdependientes son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud ⁽⁴²⁾. Sin embargo, es oportuno señalar, que no siempre ha sido así, hasta hace poco, la bibliografía de enfermería señalaba tres tipos de funciones, donde se incluían las funciones dependientes, estas correspondían directamente a las derivadas de las indicaciones médicas, siendo el caso típico, la administración de medicamentos ⁽⁴³⁾, en la concepción actual, este tipo de acciones se reconocen como interdependientes, ya que el profesional de enfermería comparte responsabilidades con el médico a la hora de cumplir una indicación terapéutica.

Sobre este aspecto Hernández- Yáñez ⁽⁴⁴⁾ señala los resultados de un estudio realizado en España, referido a la identidad de enfermería, donde enfermería se visualizaba a sí misma como una profesión interdependiente, respetada en la ejecución de sus funciones específicas, indistintamente que sean delegadas o propias, donde el rol independiente debe orientarse a la promoción de la salud y a la integración del paciente en los planes de cuidado. El trabajo en

equipo ha sido reconocido como un reforzador de los logros individuales, en el caso del equipo de salud, a pesar que todos comparten un mismo objetivo, no siempre se logra controlar que intervengan mecanismos restrictivos, siendo estos de distinta naturaleza: financieros, falta de coordinación y de delimitar los roles así como también toda una serie de factores derivados de la socialización dentro de la formación profesional ⁽⁴⁵⁾.

En lo que respecta a la socialización del profesional de la enfermería, está se orienta alrededor del conjunto de valores específicos, las tradiciones, las creencias y las metas de la profesión⁽⁴⁶⁾. Todo esto se evidencia en las conductas que se van desarrollando a lo largo de la formación, sobre este aspecto Hall ⁽⁴⁶⁾ señala los seis (6) componentes indicados por Ronald: 1-Disposición para colaborar con los clientes, colegas y otros profesionales. 2- Deseo de adentrarse en el campo de conocimientos de la profesión mediante la investigación. 3- Disposición hacia el cambio sobre la base de información significativa. 4- Aceptación de la revisión de compañeras (os). 5- Mantenimiento de un código ético. 6- Orientación al bienestar del paciente.

Beauchamp y Childress ⁽¹⁸⁾ al referirse a las virtudes profesionales, afirman que son aquellos rasgos de carácter que suelen recomendarse y admirarse y que están derivadas generalmente de las responsabilidades ligadas a la función que se desempeña. En el caso específico de enfermería, se distinguen dos grandes momentos, en el modelo tradicional, a la enfermería se le consideraba ligada en forma subalterna al médico, donde las virtudes que se aconsejaba cultivar eran de tipo pasiva, como la obediencia y la sumisión. En los modelos contemporáneos, donde a la enfermería se le reconoce un rol profesional, se destacan las virtudes activas, entre las que destacan el respeto a la autonomía, la justicia, la persistencia y el coraje ⁽¹⁸⁾.

Para lograr esto, es necesario revisar los métodos de enseñanza empleados, la cual debe estar centrado en el alumno, buscando que se relacione consigo mismo, con su personalidad, impulsos, emociones, actitudes y valores fundamentales. Empleando un método libre, dinámico, abierto y de aceptación incondicional ⁽⁴⁷⁾. Donde la forma de actuar del docente es la mejor estrategia a emplear, respetando la autonomía del alumno, haciéndolo participe activo del proceso de formación. Así mismo, incorporar dentro del diseño curricular, como eje transversal, los aspectos bioéticos, tanto en los contenidos teóricos como prácticos, con énfasis

en el respeto a los derechos de otros- y en especial de los más vulnerables⁽⁴⁸⁾. La modalidad a escoger depende de las características del educando, cuando se trata de adultos se privilegia el diálogo, el análisis y el autodescubrimiento de los valores⁽⁴⁹⁾. Se recomienda incorporar elementos lúdicos como la música, la poesía, pintura, fotografía y películas, entre otras creaciones artísticas, teniendo presente que a más sentidos se involucren en el acto académico, mejores serán los logros⁽⁵⁰⁾.

Martínez⁽⁵¹⁾, resume lo planteado por autores como Leddy y Pepper (1989), Marriner (1994), kozier, Erb y Blais (1995) y Wesley (1997) afirmando que estos autores coinciden al señalar que el metaparadigma contemporáneo de enfermería incluye cuatro conceptos básicos: la persona receptora de los cuidados, el entorno (condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias), la salud (bienestar o enfermedad manifestado por la persona) y la enfermería (actividades propias y atributos de la enfermera). No obstante, Martínez agrega que aun cuando existen coincidencias en el metaparadigma, las interpretaciones de los conceptos no son idénticas lo que se evidencia en formas distintas de expresión teórica y práctica.

Toda profesión debe responder a ciertas condiciones, al respecto Titto et al⁽⁵²⁾ recuerdan las cinco actitudes planteadas por Hall: 1. Adscripción a organizaciones profesionales; 2. Creencia en la autorregulación, con la idea que solamente los profesionales especializados en una disciplina pueden acometer los estándares de la práctica; 3. Creencia en el servicio público, que comprende la esencia de la profesión; 4. Sentimiento vocacional por la disciplina o responsabilidad con la profesión con importantes intereses y deseos que trascienden las recompensas monetarias; 5. Autonomía dentro de la que se toman decisiones concernientes a la práctica sobre la base de los procedimientos estándares y los códigos de ética.

Sobre este tema, Beare y Myers⁽⁵³⁾ señalan que la adhesión a estas actitudes requiere de autodisciplina, tanto como grupo profesional como en su quehacer individual profesional. Estas autoras señalan además, que en el caso de la enfermería, lo correspondiente a la autonomía es uno de los aspectos que se mantiene ausente aun en la actualidad, por lo que se requiere de mayor reforzamiento en este aspecto.

Al referirse a la autonomía, Leddy y Pepper ⁽¹³⁾ aseveran que este concepto está relacionado con la independencia, identidad y autoridad que tienen los miembros de la profesión. En la búsqueda del por qué enfermería se ha tardado tanto en identificar y poner en práctica su actuar autónomo, Mundinger ⁽⁵⁴⁾ en 1980, indicó cuatro (4) razones: 1. La estrecha alianza que existe entre la enfermería y la medicina; 2. Su condición de empleadas y su acceso secundario a los usuarios; 3. Educación a nivel técnico; y 4. Falta de resultados definitivos y permanentes en la salud. Hoy en día estos planteamientos mantienen vigencia, solo el punto referido a la educación ha variado. Los estudios actuales se ubican a nivel universitario y en el caso específico de Venezuela, tiene dos niveles, el de técnico superior y el de licenciado. Sin embargo ameritaría un análisis complementario, que no forma parte de este estudio, revisar cual es el contenido real de lo técnico sobre lo científico y crítico.

Continuando con el análisis del concepto autonomía y los términos que lo contienen, se inicia con la identidad, al respecto, Etxeberria ⁽¹²⁾ partiendo de la historia del pensamiento moral, recuerda a Tomás de Aquino, al señalar que este enmarcó el concepto de conciencia en la identidad personal singular del ser humano, cuyo dictamen es obligatorio. Por su parte, Giménez ⁽⁵⁵⁾ afirma que la identidad es la forma en que las personas piensan de sí mismos en una variedad de contextos, como se percibe, siente y se realiza en su trabajo, como se relaciona, cuales son los valores y creencias que tiene; según los cuales actúa. Más recientemente, se tiene la definición de Loo-Morales ⁽⁵⁶⁾, quien señala que es una parte esencial de la personalidad que enriquece al hombre como individuo, siendo ésta, la que marca las diferencias personales, partiendo de las características biológicas, a las que se agregan todas las derivadas de la vida misma, producto del aprendizaje continuo y de las interacciones con los otros.

García- Cardona ⁽⁵⁷⁾ al referirse a la identidad profesional la considera como una opción personal (intelectual y operativa), constituyendo un actuar deliberado y permanente en concordancia con un proyecto de vida. Cada profesión tiene sus características propias, derivadas de las dimensiones: teórica, práctica y selectiva, esta última representada como la selección jerárquica que en lo individual o en lo grupal haga el profesional en razón de sus fines y funciones o de las presiones sociales ⁽⁵¹⁾. En este sentido, Cano-Caballero ⁽⁵⁸⁾ y

Zarate⁽⁴⁰⁾ señalan los elementos que configuran el marco conceptual de la enfermería y que están presentes en todas las teorías o modelos de enfermería: persona, salud y entorno.

Berrio y Echeverri⁽⁵⁹⁾ al reseñar el término identidad, identifican tres (3) componentes: el autoconcepto, la motivación y las relaciones interpersonales. El autoconcepto al igual que el rol representan patrones de una conducta social esperada que se han aprendido mediante la interacción con otros individuos significativos, de allí se derivan el conjunto de normas relacionadas que definen los derechos y las obligaciones de los individuos en determinadas situaciones sociales que son sancionados por miembros interactuantes y autorizadas por el sistema social⁽⁶⁰⁾.

La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo⁽⁶¹⁾, se da como resultado de la interacción entre personas en una determinada situación, y constituye una de las premisas que explican la naturaleza de la conducta humana. Las otras dos premisas son: la causa, que puede ser interna o externa producto de la influencia de la herencia y del medio ambiente y la búsqueda de un objetivo.

Stoner et al⁽⁶²⁾ al referirse a la motivación la presentan como una característica de la psicología humana que contribuye al grado de compromiso de la persona. Su percepción estará influenciada por las características del contexto socio-cultural, dependiendo de cada persona en su individualidad el cómo valora o conceptualiza esas circunstancias que lo rodean⁽⁶¹⁾.

Las relaciones interpersonales constituyen el tercer componente de la identidad, según como fue señalado por Berrio y Echeverri⁽⁵⁹⁾, ellas reproducen procesos interactivos que van a permitir la génesis y el mantenimiento de la identidad personal, la cual existe en y a través de las relaciones sociales, las cuales incluyen relaciones de comunicación, de producción y de poder⁽⁶³⁾.

Sobre este aspecto de la identidad, es de interés el estudio realizado por Cárdenas- Becerril⁽⁶⁴⁾, denominado Construcción de la Identidad de Enfermería: una visión bajo el currículo oculto, fue una investigación de tipo exploratoria, con una muestra de 260 egresados de la licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México, de las generaciones 1986-2004 que se encontraban laborando en las instituciones de salud en la Ciudad de Toluca.

Dentro de los principales hallazgos reportados, se encontró que la población objeto de estudio no poseía una identidad sólida, definida y fortalecida, debido a muchos factores como: capital cultural, cuestiones personales, currícula no adecuada a la actual realidad, a la pedagogía y a la enseñanza no humanista, así como salarios indignos, comportamientos pasivos frente a un proyecto de vida. Todos ellos, factores que tejen el currículo oculto y que interfieren en la formación de la identidad.

Considerando la evolución que ha vivido enfermería a lo largo de la historia, la definición de la identidad profesional, no puede dejarse al azar, sino que debe ser controlada en todas sus dimensiones, tal como lo señala Loo- Morales ⁽⁵⁶⁾ al afirmar que ésta involucra toda la vida e incluye aspectos socioculturales y cognitivos, es por ello que las instituciones formadoras y las laborales en todos sus ámbitos, en donde la enfermería ejerce sus acciones, tienen la responsabilidad de construir la imagen real de esta profesión ante la sociedad. En los diseños educacionales no se puede dejar de considerar la influencia de los aspectos biopsicosocial y cultural en el proceso enseñanza- aprendizaje, partiendo por considerar a sus estudiantes como seres humanos inmersos en una realidad individual e impactada por otras visiones, susceptibles al cambio tanto en lo personal como lo colectivo, incluyendo su visión de la vida; para ello se requiere reforzar la mística e identidad personal y profesional, identificando el papel prioritario ante la sociedad, y haciéndolo responsable de su rol dentro del grupo profesional, lo cual incluye el explorar nuevos horizontes y profundizar los conquistados, que le darán pertenencia y una característica propia al gremio.

Los valores que ha de encarnar una enfermería moderna deberían aspirar a convertirla y ser apreciada en el imaginario social como humanidad con ciencia, y no como se le percibe en la imagen actual: hipertecnologizada, burocratizada y despersonalizada, antes era percibida como humanidad sin ciencia ⁽⁶⁵⁾.

Independencia, como término representa: falta de dependencia/libertad, en especial refiriéndose a un estado que no es tributario ni depende de otro/pero también implica significados como entereza, firmeza de carácter, en referencia de una persona como individuo⁽⁶⁶⁾. Su similar en latín impone la acepción de summa libertas. Tal summa se corresponde con “total, fin principal, conclusión en un todo” y de libertas en cuanto libre albedrio, derechos del hombre libre, licencia, permiso⁽⁶⁷⁾.

Por tanto se puede aseverar que independencia implica una condición individual que le permite, como parte de su carácter, el libre albedrio, el ejercicio de sus derechos y la licencia para actuar según criterio propio.

Dada la estructura del término se puede descomponer en: In que es un prefijo negativo o privativo, de donde independencia sería no dependencia o sin dependencia. De otro lado, dependencia proviene de latín dependens, entis, lo cual para el uso común tiene el sentido de dependiente, subordinado, que reconoce un poder mayor o una autoridad superior. En latín el término dependencia se sustancia en dos vocablos: 1) Subjectio, onis (dependencia) en cuanto la acción de poner debajo o después, es decir en el sentido de subordinar o hacer sumiso. De donde independencia se puede asumir como aquel que no está subordinado, porque tiene una condición individual que le permite, como parte de su carácter, el libre albedrio. 2) Dependeo, es (depender) en referencia a ser un componente que pende, está sujeto o se origina en un ente principal. Entonces independencia se puede entender también el que tiene la característica de ser un cuerpo que ejerce sus derechos y actúa con libertad.

El campo de actuación propio de enfermería, es ejercido de distintas formas, por un lado todas aquellas tareas derivadas de sus competencias técnicas, pero también las resultantes de la función de cuidado, que van más allá de lo meramente técnico, nacidas de una visión holística del paciente, centrada en la relación humana, donde su obligación moral es para con el paciente, sin desvincularlo de su contexto ⁽⁶⁸⁾. Operativamente enfermería desarrolla este aspecto aplicando una metodología propia denominada proceso de enfermería ⁽²⁾, método cíclico, dinámico y permanente, que garantiza la calidad de los cuidados que ofrece ⁽¹⁶⁾. El papel independiente de la enfermería, se desarrollará en mayor medida, así como se fortalezca la relación enfermera-paciente ⁽⁵⁸⁾.

Sobre este aspecto no existe un criterio único, tal como es señalado por Orozco ⁽⁶⁹⁾, quien reporta el estudio denominado Conocimiento y Aplicación del Proceso de Enfermería, el cual fue realizado en la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia, empleando como muestra estudiantes, docentes y enfermeras activas; entre sus resultados está que más del 85% de los encuestados consideraron que el proceso de enfermería confiere identidad y autonomía y en una menor proporción, el 67%, independencia.

Gutiérrez- González et al ⁽⁷⁰⁾, en un estudio realizado en Chile, que buscaba identificar las características de actuación en el profesional de enfermería intrahospitalario, encontrando que aunque un alto porcentaje de los encuestados dijo conocer las definiciones de ambos roles, presentaron mayor conflicto en reconocer actividades del rol interdependiente, así mismo, aunque durante la jornada laboral realizaban actividades de ambos roles, las correspondientes al rol interdependiente eran ejecutadas con mayor frecuencia.

En Venezuela el estudio de Ortega ⁽⁷¹⁾, consistió en evaluar el desempeño de los egresados de la especialidad en medicina crítica pediátrica, revisó el nivel de aplicación del proceso de enfermería, encontrando que de los cinco niveles, solo se cumplía, y no a plenitud, con el primer paso, el de la valoración. Se encontró una ausencia total del diagnóstico de enfermería así como de la definición de objetivos de intervención, alertando la autora del riesgo que se corre de no poder garantizar un actuar sistemático y oportuno, tal como lo señala la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA según sus siglas en inglés) ⁽⁷²⁾, cuando afirman que es a través de esta metodología que se integra la teoría y la práctica, a la vez que permite evaluar y auditar los cuidados. Este panorama no es distinto en otras áreas de atención.

Otra manera de ver este término es revisando el vocablo libertad, particularmente como lo expresa Ortega y Gasset ⁽⁷³⁾ cuando se refiere a la forzosa elección que se debe hacer ante posibilidades.

En relación al término autoridad, el cual etimológicamente, viene del hebreo SaMJT, significa el que asume una responsabilidad y de la palabra latina, auctoritas, el que tiene el poder gracias a su capacidad de transformar ⁽⁷⁴⁾. Literalmente, el vocablo auctoritas significa autoridad ⁽⁷⁵⁾, era una de las principales virtudes personales en el imperio romano. Una persona con esta virtud poseía el conocimiento y era ejemplo de otras dos virtudes: de la pietas, es decir, del respeto por el orden social, político y religioso, y de la industria, esto es, de la capacidad de trabajar con constancia y tenacidad hasta lograr los objetivos. La auctoritas confiere capacidad moral para emitir una opinión cualificada sobre cualquier aspecto de la vida, y esta virtud se genera independientemente del cargo. Es una cualidad que se logra con el desarrollo personal ⁽⁷⁶⁾.

Así también, la autoridad es definida como el poder legítimo o reconocido, así como la virtud que sirve para ejercerlo. Es el derecho a mandar y el arte de hacerse obedecer⁽⁷⁷⁾.

Revisando este concepto dentro del ámbito de la enfermería y específicamente referidos a la administración de los cuidados, se encuentra a White⁽⁷⁸⁾ citando a Merton, quien lo define como atributo, que implica los derechos legitimados de una posición cuando se exige obediencia a los demás. Por su parte, Marriner⁽⁷⁹⁾ la precisa como poder legítimo y de posición y en algunos casos puede ser poder de experto. Está determinada por la estructura de la organización, y conlleva reglas, roles y relaciones. Las reglas legitiman la autoridad y tienden a suspender el pensamiento crítico del subordinado. Esta misma autora la define como capacidad que se tiene para actuar en tanto ha sido otorgada o concebida por otro. Las personas necesitan tener autoridad para poder cumplir la tarea que tienen asignada⁽⁷⁹⁾.

La autoridad se relaciona comúnmente con el derecho del líder a tomar decisiones y a asegurar la puesta en marcha de decisiones para el grupo⁽⁷⁸⁾. Sobre este punto, es oportuno describir que define a un líder, son diversas las propuestas, entre ellas se tiene el patrón de prácticas de liderazgo, elaboradas a partir de las ideas de Posner y Kouzes (1988, 1994) y de Kouzes y Posner (1995, 2007): 1- Desafío del proceso por: a) búsqueda de oportunidades; b) experimentación y aceptación del riesgo. 2- Inspiración de una visión compartida mediante: a) previsión del futuro; b) obtención del soporte de otros para su práctica de liderazgo. 3- Permitir la actuación de otros mediante: a) promoción de la colaboración; b) fortalecimiento de los demás. 4- Actuar como modelos mediante: a) servir de ejemplo; b) planificación de pequeñas victorias. 5- Fortalecer el ánimo mediante: a) reconocimiento de las contribuciones, b) celebración de los éxitos⁽⁷⁹⁾.

Al hablar de autoridad, se hace necesario indagar en el término responsabilidad, entendida ésta como “hacerse garante, asumir algo, comprometerse a algo ante alguien o ante la ley”⁽¹²⁾. La responsabilidad impregna constitutivamente la autorrealización, implica escuchar activamente, es decir, discernir, identificar las cualidades, deseos y circunstancias personales en el horizonte de las motivaciones morales profundas y desde ahí decidir⁽¹²⁾.

La toma de decisiones es el proceso de hacer elecciones de cómo usar los recursos con que dispone, para alcanzar su propósito y lograr las metas. El proceso supone actuar razonablemente

en su comportamiento y lleva a hacer elecciones optionales cuando se presentan alternativas, por lo que requieren de datos certeros. Además, los que deciden han de sopesar el conjunto de posibles consecuencias ⁽⁸⁰⁾. Para la toma de decisiones el profesional de la salud ha de soportarse en la reflexión ética, la cual constituye un poderoso recurso para desarrollar el sentido común y la prudencia ⁽⁸¹⁾.

En este punto, enfermería ha de identificar su rol, asumiendo el reto de actuar en defensa de los derechos de las personas para lo cual desarrolla funciones independientes e interdependientes con los otros miembros del equipo de salud ⁽⁸²⁾.

Ahora bien, en la “orden médica” en cuanto a que la “orden” o indicación terapéutica se dirige al enfermo, el profesional de enfermería vehiculiza su cumplimiento por parte del paciente mediante la supervisión, la ayuda o la suplencia, debiendo considerar el nivel de complejidad de la intervención y las condiciones requeridas para su ejecución, de modo de garantizar que esta logre el propósito buscado ⁽⁸³⁾.

Antes de cada acción, el profesional de enfermería ha de sopesar las consecuencias de sus actos. Nunca será válido ampararse en la excusa de la obediencia. Siempre que perciba que una indicación puede perjudicar al paciente más que beneficiarlo, no está obligada a cumplirla, debiendo poner los hechos en conocimiento de su superior inmediato, y si éste desoye una desobediencia fundamentada, debe lisa y llanamente negarse a cumplir la indicación asentando sus razones en la historia de enfermería ⁽⁸⁴⁾. De ahí la necesidad que como profesional, enfermería esté capacitada y dispuesta a expresar en forma clara y justificada las dudas y decisiones, afrontadas dentro de su quehacer, tal como lo expresa kottow ⁽⁸⁵⁾ al afirmar “el análisis del sentido libera a la conciencia humana del yugo de supuestas potencias y fuerzas dominantes que la estarían doblegando”.

Objetivos

Objetivo General:

Caracterizar la concepción y el alcance de la autonomía que posee el profesional de enfermería en su desempeño profesional. Hospital Universitario de Caracas, marzo 2012

Objetivos Específicos:

Describir los elementos definitorios de la identidad profesional.

Referir los elementos definitorios de la independencia profesional.

Detallar los elementos definitorios de la autoridad profesional.

Aspectos Éticos.

La conformación de la muestra estuvo conformada por enfermeras (os) que aceptaron formar parte de la misma, para ello previamente se les explicó los objetivos del estudio y la investigadora garantizó la privacidad de los datos suministrados. No se identificaron en el texto quiénes fueron las unidades muestrales, ni los individuos. Los resultados se presentaron en forma genérica, en aquellos casos en que por el tipo de análisis fue necesario señalar un contenido específico, se referenció como sujeto X, es decir, cada persona que formó parte de la muestra fue identificada con una letra y número según fuese la unidad donde labora, sin revelar su identidad. Por otro lado los datos recopilados fueron usados exclusivamente para el desarrollo del presente estudio. Antes de realizar cada entrevista, la persona autorizó por escrito su participación.

En lo que corresponde a la beneficencia, solo participaron aquellas personas que así lo decidieron y se tuvo extremo cuidado durante la entrevista de tratarlos con el mayor respeto y sin presionarlos para que formularan sus respuestas. También se cuidó de ajustar la entrevista

al tiempo y momento que tenía disponible la persona. Un aspecto que puede considerarse como beneficiante para el profesional que participó en la investigación, es que lo estimuló a reflexionar sobre un tópico poco común en el diario ocurrir de su ejercicio.

Por las características propias del estudio, éste no representa ningún riesgo para la persona que participó como muestra, al contrario, con los resultados, se podrán diseñar estrategias de intervención a nivel docente y asistencial por la metodología de integración docencia-asistencia, que busquen desarrollar aquellos aspectos identificados como más débiles de la autonomía profesional.

El principio de justicia estuvo garantizado al tratar a todos los entrevistados en igualdad de condiciones. Por último, vale señalar que en la misma medida que enfermería reconozca lo que significa ser un profesional autónomo, estará en mayor capacidad de desarrollar a plenitud el rol que está llamada a ejecutar en el abordaje de situaciones de salud- enfermedad, ofreciendo cuidados oportunos y de calidad a los usuarios.

MÉTODOS

Es un estudio cualitativo que buscó caracterizar la concepción que tiene el profesional de enfermería de la autonomía profesional. La población estudiada estuvo representada por profesionales de enfermería con grado de licenciatura que laboran en el Hospital Universitario de Caracas, desempeñando el rol de atención directa. La muestra quedó conformada por 12 profesionales, distribuidos entre las unidades de: quirófano, cuidados intensivos, emergencia y nefrología, seleccionados en forma intencionada a razón de 3 por cada unidad.

Variable de estudio: Autonomía del profesional de enfermería

Para la recolección de la información se diseñó un guion de entrevista, que contenía preguntas abiertas, el cual fue revisado por tres (3) expertos, quienes validaron su estructura y correspondencia con los objetivos del estudio. La entrevista se realizó en forma individual, explorando cómo definían de forma genérica y en lo profesional los conceptos identidad, independencia y autoridad. Para el momento de la recolección de la información a cada una de las enfermeras se les explicó el motivo de la realización de la misma y se les garantizó la privacidad de su identificación en todo momento, tanto para la definición de la muestra como a la hora de presentar los resultados. A fin de asegurar la captación de la totalidad de la información suministrada, se les solicitó autorización para grabar la entrevista. A la información recabada se le aplicó análisis de contenido.

Los actores son presentados con las siglas que fueron acordadas en el momento de la entrevista, para de esta manera mantener la privacidad de la muestra estudiada. Así, se tiene que los profesionales de emergencia se identifican con la letra E, los de quirófano con la Q, los de la unidad de cuidados intensivos con la U y por último los de la unidad de nefrología con la letra N.

Posteriormente, se transcribieron las respuestas y se realizó la tabulación. Luego por análisis de contenido se clasificaron según el criterio de “procedentes o improcedentes”, tomando como referencia lo planteado por la bibliografía, esto fue representado en cuadros, atendiendo a cada concepto estudiado.

RESULTADOS

Los resultados se tabularon y presentan en 6 cuadros que corresponden a las respuestas emitidas por las personas entrevistadas, estas respuestas fueron distribuidas según las dimensiones e indicadores: identidad, independencia y autoridad.

En total son 6 cuadros, los que corresponden a las respuestas emitidas por las personas entrevistadas, distribuidas según las dimensiones e indicadores, donde los cuadros 1 y 2 presentan los resultados de las formulaciones correspondientes al concepto identidad (4 preguntas) , los cuadros 3 y 4 al termino independencia y los dos últimos, cuadros 5 y 6 a la dimensión autoridad. En todo conjunto de cuadro, el primero contiene las expresiones consideradas procedentes y el segundo a las improcedentes.

DISCUSIÓN

Los cuadros 1 y 2 presentan las respuestas de las primeras cuatro (4) preguntas, correspondiente al termino identidad, en el cuadro1 se transcriben las respuestas emitidas por cada uno de los profesionales de las unidades estudiadas y que fueron consideradas procedentes, el cuadro 2, corresponde a las expresiones consideradas improcedentes.

Las respuestas a la primera pregunta **¿Cómo define identidad de enfermería?** Fueron variadas, tal vez esta diversidad de respuestas es debido al estatuto de enfermería en sus diferentes estadios de evolución. Enfermería es una profesión joven, la cual nació vinculada en forma subsidiaria o delegada a la profesión médica. En la actualidad, es una profesión con perfil propio, científico- técnico que trabaja en forma independiente e interdependiente con el médico u otros miembros del equipo de salud, considerando al paciente como un sujeto con autonomía, actuando como abogada del paciente, para lo cual vela porque se respeten los derechos de estos ⁽⁸²⁾. Siguiendo esta concepción de profesión independiente se encontraron las respuestas de E1 y E2, quienes coincidieron en definirlo como “lo que haces, lo que sientes como tu pertenencia”, “lo que uno es”. E2 amplia expresando “profesionales, responsables, tratar al paciente. Sentir satisfacción cuando el paciente se recupera”. U1 se expresa en este mismo sentido “lo que nos identifica como profesionales al momento de actuar”. Otros se refieren a cómo se perciben, así se tiene a U3 cuando expresa “sentirse identificado con la profesión y con la institución”. Igualmente, Q1 afirma “como te identificas con tu rol, con las actividades” y Q3 “persona que realmente se identifica con su carrera”.

En este mismo ítem, U3 agrega “atención directa”, lo que es ampliado por N1 y N2 cuando expresan respectivamente “nos identificamos con la profesión de varias formas: lo asistencial, lo docente, científica” y “atención completa al paciente”. N3 mantiene la misma idea “acciones que realizas y te permiten como profesional poder hacer la labor y que te identifican como profesional de enfermería”. Q3 formuló “enfermería implica cuidar las necesidades del paciente”, en el mismo sentido de Q2 cuando lo asocia con el enfoque holístico “el ser humano, este es biopsicosocial, en todo su entorno”. Q1 se refiere al propósito cuando señala “que el paciente este mejor atendido”, E3 señala “uno es el que siempre está”. U1 lo relaciona

con valores como “responsabilidad, respeto”, al igual que E2 “profesionales, responsables, tratar al paciente. Sentir satisfacción cuando el paciente se recupera”.

Se encuentran, por otro lado, respuestas que reflejan la influencia de concepciones que ya deberían haber sido superadas ⁽⁶⁾, entre ellas se tiene a E3 “guerreras, súper héroes,... enfermería asume la responsabilidad de todo”; U2 “es el asistente del médico. Seguimos indicaciones médicas. También tenemos iniciativa. No tenemos los estudios de los médicos pero si se tiene toda la experiencia. El médico sin la enfermería no está completo”. U3 lo asocia con “el uniforme, el carnet” y Q3 “muy limitada, a pesar de habernos preparado, seguimos siendo dependientes. No siempre seremos dependientes de una posición o criterio de un médico. Dependemos de la orden médica. Es peligroso”.

Analizando las respuestas emitidas por unidad, es en la de nefrología, donde se encontraron más puntos de encuentro, coincidencias, así como ajustadas a los tiempos actuales en lo que corresponde a la definición de identidad de enfermería, por el contrario, es en la unidad de cuidados intensivos donde se ubicaron con mayor frecuencia las respuestas más distantes a lo esperado. Es de destacar, que solo una persona señaló el término cuidar, sin embargo esa misma persona, hizo señalamientos vinculados con la visión clásica dependiente de enfermería. Otro elemento que destaca es el empleo de términos, como sinónimos, aunque ya en la bibliografía han sido diferenciados, tales como atención, acciones, entre otras.

El ítem 2, **¿Cuáles considera Ud. son los valores que definen a la enfermería actual?**, se encuentra que “respeto” fue señalado por E1, U2, Q1, Q2, N1 y N3, esta última persona la complementa agregando “el ofrecer confianza y garantizar la confidencialidad”. “conocimientos” fue destacado por E2, E3, U1, U2, Q1, Q3. “responsabilidad” por E2, E3, Q2 y “comunicación” por E1 y N3. También se señalaron “ayudar” Q3, “solidaridad” N1 y “calidad” N3.

E3 agregó algunas de las aptitudes necesarias para ayudar, como lo son “escuchar”, “empatía”, “trabajo en equipo” y “una actitud positiva”, la cual definió como ser persistente.

Por otro lado, se señalaron valores que han sido característicos de la enfermería no profesional, donde el altruismo era un elemento definitorio del quehacer en enfermería ^(44, 58), así se tiene que E1 expresó “dedicación, entrega, pasión”.

E2 al referirse a los conocimientos los asoció a la patología, complementando con “cumplir a cabalidad los tratamientos”, delimitando su concepción solo a las funciones dependientes; obviando el campo de actuación tan amplio que tiene enfermería en la prevención, la rehabilitación y el final de la vida ^(14,15), donde se necesita integrar diversas áreas del conocimiento, tanto de las ciencias como de las humanidades y sociales, sin dejar de lado los aspectos espirituales ^(9,10).

U1 señaló el principio de “beneficencia”, definiéndolo como “promover el bien”, lo cual podría estar asociado con una visión paternalista o en palabras de Lorda y Barrio⁽⁸²⁾, maternalista, de la relación enfermera- paciente. U2 expresó “vocación”; U3, al referirse a los conocimientos, los circscribe a las “destrezas”, complementando “a los médicos les gusta trabajar con los que saben”; Q1 manifestó “apegarse a las normas” y Q3 apuntó “profesionalmente, la gente de más edad es más preparada en valores éticos”. Por otro lado, N2 no identificó ningún valor, sino que manifestó “atención completa al paciente”. Aquí es oportuno revisar lo planteado por Balderas ⁽⁸⁶⁾ al referirse a los valores en enfermería, distinguiendo perfectamente dos momentos, el primero donde predominaban los legados por la sociedad y en especial el sector religioso, entre estas estaban el dogma humanista, simbolismo como la cofia, el uniforme o la lámpara, que se evidenciaban en la práctica con la subordinación, rigidez y disciplina. El “ideal” de enfermería se definía con vocación, sacrificio y abnegación. El modelo actual exige conciencia social, siendo los valores que se aspiran la solidaridad, el servicio, el desarrollo académico, la experiencia, el liderazgo, creatividad y la innovación.

De manera general se puede apreciar la confusión que existe en relación a los valores característicos de la profesión de enfermería. Solo las respuestas de E3, estuvieron más uniformes y ajustadas a lo señalado por la bibliografía. Los enfermeros U3 y N2 fueron quienes se mostraron como los menos conocedores de los valores propios de enfermería.

La tercera pregunta, también correspondiente a la dimensión identidad, fue **¿De qué manera cree Ud. influyen los valores de la profesión en la práctica de enfermería?** Donde las respuestas en general llevan a la visión que sin ellos, la profesión corre el riesgo de perder su esencia, que es el cuidado a la persona, familia y entorno. Así se tiene la respuesta de E1 “comunicación con los compañeros. Respeto, con lo cual se logra que el trabajo sea fluido.

Respeto a los familiares de los pacientes y a los pacientes. Ellos abren las puertas y son la vía para llegar a los familiares de los pacientes. Permite que se respete el espacio de cada quien”. Q1 es preciso al expresar “es determinante, si identificas tus valores de eso depende tu desempeño” y N2 señala “dan crecimiento personal”. E2, U1, U2, Q3, N1, N3 relacionan su consideración a la “calidad del cuidado”. U3 se expresó con un enfoque distinto, a partir de su carencia, “un profesional que no actúa bien, perjudica a los otros. Si no me actualizo también perjudico”.

También se encontraron posturas impregnadas de escepticismo y enfoques tradicionales, tal como los de E3 “si se aplicaran, seríamos enfermeros geniales. Si nos ocupáramos más de los pacientes y dejar en segundo plano el entorno”. Esta persona fue la que definió en forma más amplia los valores que caracterizan a la enfermería actual, pero en su frase se traduce preocupación a la vez que conformismo. Q2 afirma “hoy en día la gente ha perdido los valores, se perdió el respeto... al superior, a la persona que te da una guía”, en la mismo sentido, Q3 “hoy en día la gente ha perdido los valores, le dan más valor al estudio”. Quizás no sea casual que los enfermeros que laboran en área quirúrgica se expresen en la necesidad de apegarse a las normas, a lo tradicional. Esta unidad se caracteriza en la práctica por el resguardo de tradiciones y el rol que desarrolla circula alrededor de la figura médica, conocido como el jefe de quirófano, aunque a veces, ellos sean los que ignoran normas básicas.

La última pregunta correspondiente a la dimensión identidad era **¿Cómo definiría Ud. la función propia de enfermería?** Aquí cabía esperar que la respuesta fuera el cuidado integral^(5,37), solo dos, lo señalaron específicamente, donde E3 lo hizo sin dudas “velar por el cuidado del paciente. Ser holístico y no dedicarse solo al tratamiento”. La otra persona que mencionó “cuidado” fue U2, sin embargo, se refirió solo al componente físico. El otro término empleado fue el de “ayuda”, mencionado por E1 y Q3, si bien, nos identificamos como profesión de ayuda, es una expresión más genérica y aplicada a diversas profesiones.

El resto se refirió a componentes del quehacer enfermero, fundamentalmente lo asistencial (U1, U3 Q2, N1, N2. N3, E2, Q1). Agregaron el término “calidad” N2, E2 y el “integral” N3 y Q1. Esta última persona termina su respuesta con la frase “lamentablemente esto se ha perdido”.

La segunda dimensión estudiada fue **independencia**, la cual fue explorada con tres preguntas, 5, 6 y 7. Todas las respuestas estás registradas en los cuadros 3 y 4, el primero con las formulaciones consideradas procedentes y el siguiente con las improcedentes. La primera interrogante fue **¿Cómo definiría Ud. independencia en enfermería?**; donde 6 de las personas consultadas, expresaron diversas frases, todas con el sentido que se le asigna al término independencia. E1 refiere “poder actuar”; E3 “saber lo que hay que hacer”; U1 “Actuar de manera libre”; Q1 “Cumplir tus actividades sin que nadie te las recuerde”; N2 “Saber actuar al momento que se necesita, saber tomar una decisión”; N3 “acciones que se pueden realizar sin contar con la autorización del médico” Sin embargo Q1, agrega la frase “tus deberes”, lo que recuerda el actuar de enfermería por tareas, característico de un modelo donde la independencia no era el elemento necesariamente esperado.

Las respuestas de las otras 6 entrevistadas fueron diversas, siendo bastantes similares la de E2 y la de N1. E2 expresó “para poder canalizar los casos. Nosotros somos los que vemos todo” y dio como ejemplo la administración de tratamientos, a pesar de que esta es una de las actividades que en la actualidad representan el actuar interdependiente de enfermería, pues antes era conocida como dependiente ⁽⁴³⁾, cuando los estudios de enfermería eran a nivel técnico. Por su parte N1, se refirió a “ellas nos ayudan a la solución de la asistencia, ejemplo, en un paciente con crisis hipertensiva o hipotensión, los monitorizamos, decidimos la posición adecuada”, en este caso si refiere acciones independientes.

U2 la define como “brindar cuidados”, y refiere acciones independientes, aunque también algunas interdependientes. U3 la asocia con los “procedimientos que domina y ejecuta”, sin dar más detalles, sin embargo, en el actuar cotidiano del profesional de enfermería, si se delimita a la técnica, no necesariamente llevaría implícito el desarrollo de su independencia. Igualmente Q2 lo relaciona con los “conocimientos”. Q3 por su parte menciona “el trabajo en equipo”. Los dos primeros son aspectos necesarios para actuar en forma independiente, mas sin embargo, no definen independencia y el trabajo en equipo será una resultante del trabajo coordinado de diversos profesionales.

Algunas frases expresadas deben ser objeto de análisis, ya que evidencian la actitud dependiente de enfermería y particularmente a la figura del médico ^(5, 58), así se tiene que E2 dijo “nos guiamos de los médicos” y E3 “hay conflicto con los médicos”. U2 declaró “la que

tiene iniciativa para actuar ante la ausencia de un médico”, dando como ejemplo, el realizar un procedimiento invasivo, como es el intubar a un paciente, procedimiento que en nuestro país, es responsabilidad del médico. En este punto, es prudente aclarar que en las unidades de cuidados intensivos, debe haber un médico de cuerpo presente o cercano a la unidad, fácilmente localizable. Por otro lado, ante un evento inesperado existen otros recursos que el profesional de enfermería capacitado puede realizar, antes de poder justificar que va a ejecutar una acción que implica riesgos para el paciente y que en determinado momento podría ser considerado intrusismo, lo cual la expone a consecuencias de tipo deontológico y legal. Es necesario destacar que si bien independencia, significa, la licencia para actuar según criterio propio, también implica, reconocer el campo de actuación específico de cada profesional, sobre una base sólida de conocimientos, habilidades y actitudes como la prudencia. Solo en circunstancias muy especiales donde coincidan diversos factores, como la ausencia del médico y una situación de extrema emergencia, donde se han agotado las alternativas menos invasivos, podría aceptarse que el profesional de enfermería tomase esa decisión, pero en todo caso debería poseer estudios de postgrado en cuidados intensivos, que si bien no certifican este dominio, si forma parte de los objetivos técnicos a alcanzar durante el desarrollo del mismo.

En estas respuestas se identifica, que los enfermeros (as) de la unidad de nefrología, y los de emergencia, manejan el concepto con mayor claridad.

La pregunta 6, **¿De su experiencia laboral en atención directa, de cual (es) recurso(s) dispone el profesional de enfermería para desarrollar su rol independiente?** 8 personas de las 12 entrevistadas señalaron los “conocimientos, el saber” (E1, E2, E3, U1, U3, Q1, Q3, N3). U3 agregó “práctica” y “querer la carrera”, N3 también señaló “práctica” y agregó “confianza”. N1 y N2 “unión. Compromiso con compañeros”, esta última, adicionó “observación” y Q3 mencionó “moral y ética”.

Como puede verse, no se tiene una idea precisa de lo que se requiere para poder ejercer la independencia, es más, en algunos se encontraron frases en donde se evidencia temor a ejercerla por las posibles represalias que se puedan sufrir, así se tiene el caso de N1 cuando señaló “si eres muy independiente o resaltas hay rivalidad”. Se puede deducir que en algunas circunstancias poseer una virtud puede convertirse en un elemento perturbador. Otros, como E1 y Q1, señalan como necesario “ganar la confianza del médico” y E3 teme “conflicto” con

estos. Q2 lo circunscribe a “mientras llega el médico”. Estas cuatro personas, demuestran la influencia de la figura médica dentro del quehacer de enfermería.

E2 cuando se refiere a los conocimientos los delimita a la patología, cuando uno de los campos más ricos para desarrollar el rol independiente en enfermería, se ubica en la prevención y educación de la persona, familia y comunidad. Por su parte U2, señala como requisito el material médico quirúrgico.

La pregunta 7, **¿Qué significado tendrá el proceso de enfermería dentro del quehacer de enfermería?**, es la última de la dimensión independencia. El proceso de enfermería representa la metodología científica, el cual es un método sistémico, que garantiza el cuidado oportuno⁽⁷²⁾, así mismo permite el desarrollo del rol independiente ⁽²⁾.

La respuesta a esta interrogante que más se repitió fue la que lo identifica como un método para resolver problemas, esto fue declarado por 6 personas (E1, E3, Q2, Q3, N1, N2), 5 lo definieron como un “método sistémico” (U1, U3 Q1, Q3, N1), solo tres mencionaron el aspecto de científico (U3, Q3, N3). Algunas respuestas se orientaron a enunciar las fases del proceso de enfermería, sin embargo, nadie las señaló en su totalidad, teniendo que 5 señalaron la valoración (E1, E2, Q2, N2, N3), ninguno mencionó el diagnóstico de enfermería, aunque 3 señalaron la jerarquización de los problemas (E1, Q2, N1). Las otras fases fueron nombradas sin orden y por máximo tres personas: planificar (E1, U2, Q2), ejecuta (U1, N3) y evaluar (E2, U1). Por otro lado hubo expresiones que demuestran la poca consideración de este método, como la de E2 “aquí no se aplica” o la de Q1 “la enfermera actualmente no tiene tiempo para ello”. También se encontraron frases contradictorias como la de Q2 “eso lo hacen casi todos, aunque lo haga en forma inconsciente” o la de N1 cuando expresa “es una herramienta”. No cabe duda que hace falta profundizar en la importancia que tiene el proceso de enfermería para reafirmar el rol independiente y autónomo de este profesional ⁽²⁾. La expresión de inconsciente, parecería que se refiere a lo automático, espontáneo, sin embargo, siendo esta la metodología científica de abordar el cuidado integral de la persona objeto del cuidado de enfermería, no se comprende sin una actitud reflexiva y crítica, de otra manera, solo se estaría aplicando técnicas, siguiendo lineamientos externos.

La última dimensión corresponde a **autoridad**, la cual estuvo conformada por los ítems 8, 9, 10 y 11. Este término en su ascendencia del latín significa poder en su capacidad de transformar ⁽⁷⁴⁾, se le considera una virtud y lleva implícito el conocimiento y el respeto, confiriendo capacidad moral ⁽⁷⁶⁾. La tabulación de las respuestas clasificadas en procedentes e improcedentes se ven en los cuadros 5 y 6. La primera interrogante fue **¿Cómo define autoridad en enfermería?** E3 contestó “el puesto que uno se de en su trabajo. Yo me encargo. No se puede aplicar si no hay seguridad. Es presencia”. Por su lado Q3 señaló “responsabilidad y saber”, mientras que U1, U3 y N2, se refirieron a “toma de decisiones”. N3 declaró “capacidad”. Nuevamente se ve que existe alguna idea sobre el término, pero no se tiene la claridad sobre su definición.

Algunos de los entrevistados expresaron términos que demuestran la herencia de estilos de gestión autoritarios y jerárquicos ^(7,13), así se tiene a U3 quien declaró “saber las directrices, desde la jerarquía en la profesión. La jefa es la mayor autoridad, la que toma las decisiones” o a Q1 cuando expresa “hacer que se cumplan las normas”, en el mismo tono de N2 “es un mandato”.

El ítem 9 **¿De cuáles condiciones requiere el personal de enfermería para ejercer su autoridad laboral?** En las respuestas se encuentra un elemento constante, “conocimientos, saber”, estos términos fueron señalados por E2, E3, U1, U2, Q1, Q2, Q3, N1 y N3; “comunicación” solo fue mencionado por N3, así como “investigador” que fue mencionado por U1. Lo referente a los dominios prácticos, para lo cual emplearon diversos términos fue reportado por E3, U2 Q1, Q2, N2, N3. Rasgos de personalidad positivos que favorecen el trabajo el equipo, fueron referenciados por E1, E2, U3, Q2, Q3, N1, aunque E1 y Q2 utilizaron términos que podrían asociarse con la imagen tradicional de jerarquía que se maneja dentro de enfermería, como “colocarse en el puesto de quien manda”, “sin bochinche”, o como lo expresó U2 “poseer el cargo” y “antigüedad”. En este mismo orden de ideas se enunciaron frases como “no es gritar”, “sin atropellar”, las cuales fueron expresadas por E1, E3, N1, N3. Estas últimas frases llevan a reflexionar sobre la diferencia entre autoridad y potestad, donde esta última se basa en el hecho de percibir que el poder le permite imponer coactivamente un mandato ⁽⁸⁷⁾.

“Liderazgo” solo fue mencionado por Q2. Por otro lado, U3 tuvo dos expresiones no relacionadas con la pregunta “es difícil pues hay opiniones encontradas, hay descontento” y “recursos de trabajo: materiales”.

La pregunta 10, igualmente referida a autoridad, era **¿A partir de su experiencia laboral de enfermera (o) de atención directa, como debe actuar si difiere de una indicación médica?**

Todos, menos U2, expresaron: “solicita que se revise la prescripción” y 10 de las personas entrevistadas (E1, E2, U1, U2, U3, Q2, Q3, N1, N2, N3) se mantienen en la idea de “no ejecutar la acción si el paciente está en peligro”. Sin embargo, U2 y Q3, señalan que “lo cumplirían”, donde, Q3 coloca como condición “que esté escrita la indicación”, completando con la frase “no tengo autonomía”. En este aspecto es oportuno revisar lo planteado por González et al ⁽⁸⁴⁾, con motivo de una decisión del Tribunal de Ética Médica de la Federación Médica del Interior, de Uruguay: “La excusa de la obediencia debida al médico no es de recibo ni aplicable en casos donde se es capaz de percibir que la orden puede perjudicar al paciente más que beneficiarlo. Cuando la indicación médica se percibe como manifiestamente ilegítima y carente de un propósito terapéutico, el personal de enfermería no está obligado a cumplirla, debiendo poner los hechos en conocimiento de su superior inmediato, y si éste desoye una desobediencia fundamentada, debe lisa y llanamente negarse a cumplir la indicación asentando sus razones en la historia de enfermería. El personal de enfermería, en caso de ser capaz de apreciarlo, no puede ampararse en una supuesta obediencia ciega al médico”.

Por otro lado, U2 complementó “digo que lo hice, pero no lo hago”, donde el ejemplo que dio, fue la administración de un opioide. En estos dos casos, se está desconociendo la responsabilidad que se genera como consecuencia de los actos, tal como lo expresa Etxeberria⁽¹²⁾ cuando define responsabilidad “Hacerse garante, a asumir algo, a comprometerse a algo ante alguien o ante la ley”.

Otro aspecto a considerar, es que la enfermera (o) como profesional, realiza dos tipos de funciones, las independientes y las interdependientes, donde esta última corresponde a las que ejecuta en forma coordinada con otros miembros del equipo de salud ⁽⁴²⁾, tal como la administración de medicamentos. Siendo una acción conjunta cada profesional debe distinguir su área de competencia e incorporar los dominios científicos y técnicos correspondientes, a la

vez que procura el mayor bien para el paciente; tal como lo exige el trabajo en equipo, lo que implica una corresponsabilidad en los resultados finales y a un conjunto de deberes que trascienden el espacio de las relaciones interpersonales directas^(6, 29).

En el estudio de Hernández- Yáñez, realizado en España, se señalaron algunos factores restrictivos que pueden estar interviniendo en la percepción de independencia del profesional de enfermería, entre los cuales mencionaron la falta de delimitación de roles y aquellos derivados de la socialización dentro de la formación profesional⁽⁴⁴⁾. Se considera oportuno revisar estos aspectos en los currículos de las escuelas de enfermería, pues aunque fueron dos personas quienes se expresaron de esta forma, la implicación de este tipo de respuesta, alerta a la necesidad de enfatizar el papel de defensa de los derechos del paciente que juega el profesional de enfermería.

La última pregunta se refería a los **aspectos a considerar antes de tomar una decisión**, donde el aspecto más señalado estuvo relacionado con “pensar en el paciente”, en este tono estuvieron 7 de las personas entrevistadas (E1, E3, U2, Q1, Q3, N2, N3), le siguió “considerar las consecuencias” y “estar capacitado” en ambos casos, fue declarado por 4 de los encuestados (E1, E2, Q2, N3), (E3, U1, U3, N1) respectivamente. Tres personas señalaron “ética, conciencia”, estas fueron E1, Q1 y Q2.

Q3 y N1 expresaron “que este dentro de los criterios”, N3 “constatar que haya los recursos” y por ultimo U2 nuevamente expreso “registro que lo cumplí, pero no lo hago”. Esta frase implica varias reflexiones, según sea el caso que se esté analizando. En este caso, U2 se refirió a la indicación de un opioide y luego al caso de un antibiótico que pudiese afectar el funcionamiento renal y que el paciente ya evidenciara alteración en la actividad de este órgano. Las implicaciones bioéticas, legales y disciplinarias que este tipo de conducta acarrea, lleva a reflexionar en lo expresado por Arratia⁽⁸¹⁾ cuando señala la importancia del diálogo, el cual constituye un medio para expresar la autonomía; por otro lado “la verdad no se posee, se busca” en términos de Miranda⁽⁸⁸⁾, lo que exige que el profesional demuestre y acepte la humildad intelectual.

Conclusiones

Dando respuestas a las interrogantes del estudio, se puede decir que no existe una clara definición de los componentes que definen la autonomía, encontrando mezclados rasgos de las concepciones actuales con las tradicionales, llegando en algunos casos, particularmente en los referidos a la práctica, donde se manifiesta poca disposición a presentar y sostener puntos de vista propios de la profesión.

Específicamente, lo referido al concepto identidad, las respuestas en algunos casos, reflejan la influencia de concepciones supuestamente ya superadas, entre ellas: Guerreras, súper héroes, es el asistente del médico. Siendo en la unidad de nefrología, donde se encontraron más puntos de encuentro y respuestas ajustadas a los tiempos actuales. Otro elemento que destaca es el empleo de términos, como sinónimos, aunque ya en la bibliografía han sido diferenciados, tales como atención, acciones, entre otras. Algo similar sucedió cuando se exploró que valores identificaban como propios de enfermería actual, encontrándose que existe confusión respecto a este aspecto. En lo que corresponde a identificar la función propia de enfermería, se emplearon mayoritariamente frases genéricas que se pueden aplicar indistintamente a diversas profesiones, orientándose fundamentalmente a la función asistencial.

Con respecto al concepto independencia, se emplearon diversas frases, algunas vinculadas al término, pero se evidencia tendencia hacia lo técnico y algunas personas manifestaron su adherencia al quehacer médico. Dentro de este mismo concepto, el aspecto más destacado como condición para desarrollar el rol independiente fue el conocimiento, aunque se expresa temor a ejercerlo. En este mismo concepto, al explorar el significado del proceso de enfermería dentro del quehacer de enfermería, nadie señaló la totalidad de las etapas que lo conforman, expresando poco reconocimiento al mismo.

La última dimensión correspondió al concepto autoridad, para su definición emplearon frases que evidencian que existe alguna idea sobre el término, pero no se tiene la claridad sobre su definición, reflejándose en algunos la herencia de estilos de gestión autoritarios y jerárquicos. Con respecto a las condiciones requeridas para ejercer la autoridad, no se logró una respuesta integradora, predominando el elemento conocimientos, los aspectos prácticos y actitudinales

fue mencionado solo por algunos pocos. Al explorar cómo reaccionarían ante una indicación médica que no compartieran, la mayoría exclamo que pedirían su revisión, pero hubo quien expreso que la cumpliría, siempre que estuviese escrita, otra persona, afirmo registrar que la ejecuto, aunque no lo hiciera, lo que evidencia que no todos los profesionales tienen claridad respecto al papel de defensa de los derechos del paciente que juega la enfermera.

Concluyéndose con que no se tienen claros los elementos definitorios de cada uno de los conceptos estudiados, encontrándose las mayores debilidades en lo referido a independencia, aunque las respuestas fueron más uniformes, sin embargo, en el concepto autoridad, se evidencia la necesidad de intervención inmediata, por las consecuencias que podrían acarrear algunas conductas declaradas.

Recomendaciones

Los hallazgos, llevan a formular algunas recomendaciones, entre los cuales, el mayor énfasis debe orientarse a solicitar a las casas de estudio donde se forman profesionales de enfermería, se revise de qué manera están incorporados estos conceptos en la curricula de pregrado, con énfasis en el concepto identidad, considerando las competencias teóricas, prácticas y actitudinales.

Revisar entre el cuerpo docente de las escuelas de enfermería, los dominios teóricos- prácticos de estos conceptos.

Se deberán presentar los resultados al departamento de docencia del Hospital Universitario de Caracas, a fin de incorporar medidas de intervención inmediata en aquellos aspectos que evidenciaron mayor debilidad o con implicaciones ético legal- deontológico y administrativo, ofertándose algunas estrategias de abordaje.

Facilitar la discusión de los hallazgos ante la federación de Colegios de Enfermeras de Venezuela, con el fin de proponer acciones conjuntas docencia- asistencia- gremio.

Promover la realización de nuevas investigaciones, donde se exploren conceptos asociados y formas de aplicación en la práctica profesional.

AGRADECIMIENTOS

Especial reconocimiento al Hospital Universitario de Caracas, por haber permitido la realización de esta investigación, destacando el apoyo que ofreció la Mg Sc Bertha Álvarez, quien facilitó el ingreso a las unidades seleccionadas, sirviendo de puente con las supervisoras y las enfermeras coordinadoras.

Al Ing. Luis Vásquez, quien apoyo a lo largo del estudio, desde la elección de la muestra hasta la presentación de los resultados, sus preguntas agudas, ayudaron a clarificar conceptos.

En lo correspondiente al informe final, los aportes en estilo que dieron: Zoraida Federico, María Isabel Parada y María Teresa Mato.

A la Prof. Josefa Orfila, respondió a todas las dudas, sin importar cuando estas fueron formuladas, su claridad metodológica sirvió de guía en todo el proceso.

A las colegas y maestras Elba Suarez y Lilia Betancourt quienes comparten inquietudes profesionales y bioéticas, creyeron en el proyecto y hoy suman esfuerzos por la consecución de metas.

REFERENCIAS

1. Castillo-Valery A. Principios, normas y obligaciones del médico. En: León- Cechini A, Castillo-Valery A, Nezer de Landaeta I, García-Flores F, Iván-Silva O, editores. Ética en Medicina. Fundamentación. Módulo 1. Caracas: Centro Nacional de Bioética. Facultad de Medicina. UCV; 1999. p.227-247
2. Rumbold G. Ética en Enfermería. Tercera edición. México: McGraw Hill Interamericana; 2000.
3. Mujica V, Ramírez H. Información que suministra el profesional de enfermería al familiar del paciente crítico. Hospital Miguel Pérez Carreño. (tesis) Caracas: Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela; 2005
4. Piña, E. Estrés laboral percibido por el personal de enfermería que labora en áreas críticas. Venezuela 2004-2007. (Trabajo de ascenso para la categoría de asociado). Caracas: Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela; 2007
5. Rodríguez Y. Discurso y sociedad. una visión emergente hacia la enfermería. Valencia: Universidad de Carabobo; 2006.
6. Escobar D. Perspectiva fenomenológico sobre el poder del cuidado humano amoroso. Valencia: Talleres Gráficos del Instituto Vocacional de Venezuela; 2004.
7. Más R, Escribà V, Cárdenas M. Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. Arch Prev Riesgos Labor 1999;2(4):159-167. (Consulta: 8-11-11) Disponible en: www.scsmt.cat/pdf/1999_n.4.originales.2.pdf.
8. Piña E. Estrés laboral y efectos referidos por el personal de enfermería. Hospital Universitario de Caracas.(trabajo de ascenso a la categoría de agregado) Caracas: Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela; 2002
9. Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería. Quinta edición. Madrid: Ediciones Harcourt, SA; 2001.
10. Amaya P. Poner los pies en la tierra para mirar el futuro. retos de la investigación en enfermería. En: Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería, editor. Cuidado y Práctica de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000. P. 37- 47
11. Cantavella M. Bioética: ciencia y humanismo. Guárico: Publicaciones del Rectorado Universidad Rómulo Gallegos. 2002. p. 39

12. Etxeberria X. Temas básicos de ética. ética de las profesiones. Bilbao: Centros Universitarios de la Compañía de Jesús; 2002.
13. Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1989.
14. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1971.
15. De la Cuesta C. Investigación cualitativa y enfermería. Index de Enfermería [Index Enferm] 2000, 28-29:7-8. (consulta: 19-06-12); disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php
16. Hogston R. El manejo de la atención de enfermería. En: Hogston R, Marjoram B. editores. Fundamentos de la práctica de enfermería. 3 edición. México: McGraw Hill; 2007.
17. Ley de Ejercicio Profesional de la Enfermería. República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Número: N° 38.263 del 01-09-05.
18. Beauchamp T, Childress J. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, SA; 1999.
19. Camps V. Principios, consecuencias y virtudes. Revista de filosofía, nº 27.2002, 63-72. (Consulta: 12-07-2013) Disponible en: <http://revistas.um.es/daimon/article/view/12201/11761>.
20. Juárez P. José Francisco. Hacia una Educación Posible: Valores, Virtudes y Actitudes en la Escuela. Universidad Católica Andrés Bello. Valencia – Venezuela. p. 30. (Consulta: 12-07-2013) Disponible en: <http://www.santillana.com.ve/fotos/articulos/2-19-162808.pdf>.
21. Arroyo M, Torralba M. Etica y deontología en enfermería. En: Arroyo M, Cortina A, Torralba M, Zugasti J. editores. Deontología, ética y legislación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana. 1998. p. 71-78
22. Esqueda C. Socialización Académica que poseen los estudiantes del tercer y sexto semestre del régimen presencial de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela. (Trabajo de ascenso a la categoría de docente asistente). Caracas: Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. Universidad central de Venezuela. 2007

23. Becerra A, Rodríguez D. Factores vocacionales determinantes de la elección de la carrera de enfermería en los estudiantes del segundo semestre de la Universidad Central de Venezuela en el segundo semestre del año 2011. (Tesis). Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. UCV. Caracas. 2011
24. Diseño curricular de la Escuela Experimental de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. UCV. Caracas. 1989
25. El portal educativo de Andalucía. Teoría Evolutiva del desarrollo vocacional. Ginzbert E. (Consulta: 15-07-2013). Disponible en: <http://www.aulapolis.com/cgi-bin/news/viewnews.cgi?category=3&id=1010265262>.
26. Crites J. Psicología vocacional. Buenos Aires: Editorial Paidos. 1974. p. 95-132
27. Lolas F. Dimensión Bioética de las profesiones. En: Lolas F, de Freitas J, editores Bioética. Santiago de Chile: editorial Mediterráneo Ltda. 2013. p.47-56
28. Paéz- Moreno Ricardo. La ética de las virtudes y enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2000;8 (1-4): 60-68. (Consulta: 14-09-2010). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4m.pdf>
29. Boladeras M. Bioética. Madrid: Editorial Síntesis; 1998. P. 287
30. Gracia D. Bioética clínica. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.
31. Sánchez M. Historia, teoría y método de la medicina. Introducción al pensamiento médico. Madrid: Masson, SA; 1998.
32. Ocampo J. La bioética y la relación médico-paciente. Cirugía y cirujanos. 2002; 70: 55-59. [Consulta: 8-11-11] Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc021k.pdf
33. Tubbs J. A Handbook of Bioethics Terms. Washington: Georgetown University Press. 2009.
34. Kottow M. Ética de protección. Una propuesta de protección bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
35. Brusco A. La relación de ayuda diferenciada. En: Bermejo J. editor. Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería Madrid: Editorial San Pablo; 1997. p. 79

36. Bermejo J. La relación de ayuda como instrumento de humanización. En: Bermejo J. editor Salir de la noche. Cantabria: Editorial Sal Terrae; 1999. P.65- 95
37. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 16, n. 1, Mar. 2007. (Consulta: 16-07-2013) Disponible: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>.
38. Leininger M. Madeleine Leininger (Consulta: 18-01-2013); Disponible en : http://www.geocities.ws/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html
39. Mariner y Raile. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98.
40. Zarate- Grajales R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [revista en la Internet]. 2004 Jun 13(44-45): 42-46. (consulta: 29-05- 2012); Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100009>
41. Barrio I, Simón P, Pascau M. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. Enfermería Clínica 2004; 14(4):235-41. p235-241 (Consulta el 27-06-12) Disponible en <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v14n04a13065577pdf001.pdf>
42. Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana. 1995; p. 444
43. Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 1987; p. 324
44. Hernández-Yáñez J. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Documento de trabajo 162/2010. Fundación Alternativas. P. 88.(consulta: 25-06-2012); Disponible en: www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/287.pdf
45. McCray J. La práctica de la enfermería en el contexto interpersonal. En: Hogston R, Marjoran B. editores. Fundamentos de la práctica de enfermería.3ra edición. México: McGrawHill; 2008. p. 423-445

46. Hall J. Educación para la práctica de enfermería distributiva. En: Hall J, Redding B. editores. *Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 1990. p. 719- 743
47. Rogers, C.R. *El proceso de Convertirse en Persona. Mi técnica terapéutica*. Buenos Aires: Editorial Paidos, 1979.
48. León, F. Enseñar bioética: como trasmisir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioethica. Enseñanza de la Bioética*. Organización Panamericana de la Salud. 2008; 14 (1): 11-18
49. Quezada, A. Hacia la Enseñanza de la Bioética. *Acta Bioethica*. Organización Panamericana de la Salud. 2008; 14 (1):7-10
50. Araujo M. Estrategias educativas no convencionales para la enseñanza de la bioética. En: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (editor). *4º Congreso nacional*; 2000 noviembre 2-4; Bilbao: Madrid; 2002. p259-269
51. Martínez M. Modelos epistemológicos: humanismo y empirismo presentes en docentes de enfermería de la Universidad Central de Venezuela. (tesis).Caracas: Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela; 2006.
52. Titto R, Ricci M, Titto R. *Historia de la enfermería. Formación y perspectivas*. Argentina: Editorial El Ateneo; 2004.
53. Beare P, Myers J. *Roles de Enfermería. Tomo I*. En: Beare P y Myers J. editores. *Enfermería, Principios y Práctica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1993. p. 67-75.
54. Mundinger M. *Autonomy in Nursing*. Genatown: Aspen Systems Corporation; 1980. p. 152
55. Giménez G. *Materiales para una teoría de las identidades sociales*. Mexico: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM; 1997. [consulta: 8-11-11] Disponible en: http://docentes2.uacj.mx/museodigital/cursos_2008/maru/teoria_identidad_gimenez
56. Loo- Morales I. La identidad como proceso biológico-psicosocial y su construcción en enfermería. Universidad de Zaragoza. *Rev Enfermería IMSS* 11 (1) 49-54. 2003. (consulta. 16-08-2011) Disponible en: www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7761D0A9-F27C.../1_4954.pdf

57. García –Cardona G. La noción de profesión, su ser y su sentido. Referentes ético-morales. En: Escobar J, Garzón F, editores. Problemas de la ética aplicada. Fundamentación y estudio de casos. Bogotá: Ediciones El Bosque. 2 edición 2001.
58. Cano-Caballero M Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio. Index Enferm [revista en la Internet]. 2004 Nov (consulta: 29-05-2012) ; 13(46): 34-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000200007>.
59. Berrio E, Echeverri L. Identidad profesional de los estudiantes del octavo semestre, de la escuela de enfermería de la Universidad Central de Venezuela. (tesis). Caracas: Escuela de Enfermería. Facultad de medicina. Universidad Central de Venezuela; 2006.
60. Menke E. Bases Conceptuales para la Intervención de la Enfermería con los Individuos. En: Hall J Educación Para la Práctica de Enfermería Distributiva. En: Hall J Redding B, editores. Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de Sistemas. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la salud; 1990. p. 161- 183
61. Cortés- Fiscal A. Motivación Laboral en la Empresa de Servicios. (Consulta: 16-08-2011) Disponible en: www.monografias.com > ... > Recursos Humanos - En caché.
62. Stoner J, Freeman R, Gilbert Jr, D. Administración. 6a. Edición. México: Editorial Pearson; 1996. p. 484
63. Agulló-Tomás E. La centralidad del trabajo en el proceso de construcción de la identidad de los jóvenes: Una Aproximación Psicosocial. Psicothema, 1998; (10) 1, pp. 153-165
64. Cárdenas- Becerril L. Construcción de la identidad de enfermería: Una Visión Bajo el Currículo Oculto. (Consulta: 16-08-2011) Disponible en: www.fenf.edu.uyruesitenum33_art02_identidad.pdf.
65. Lewis R. Nurse –led primary care. Learning from PMS pilots. Londres: King's Fund. 2001.
66. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Decimonovena edición Madrid: editorial espasa- calpe SA; 1970. independiente; p. 740
67. Diccionario latino español. París: Librería de la vida de ch. bouret; 1926. libertas; p. 498
68. Feito L. Ética Profesional de la Enfermera. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado. Madrid: PPC, Editorial y distribuidora, SA. 2000. p.

69. Orozco L. El Ser y el Quehacer de Enfermería. ¿Qué Hacer? (Consulta: 16-08-2011) Disponible en: www.encolombia.com/.../enfermeria/Enfermeria8105-ser.htm.. - En caché.
70. Gutiérrez- González M, Núñez- Carrasco E, Rivera C. Características del rol en el profesional de enfermería intrahospitalaria. *Enfermería*; 2002 octubre; 37(120):29-33. (Consulta: 25-05-2012) Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=385361&indexSearch=ID>
71. Ortega M. Especialización en medicina crítica pediátrica para enfermería: Una Revisión. Facultad de Medicina. UCV. Hospital de Niños J. M. de los Ríos. (trabajo de ascenso a profesor agregado) Caracas: Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela; 2010.
72. Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería. Diagnósticos Enfermeros: definición y clasificación. 2007-2008. España: editorial Elsevier; 2007.
73. Diccionario Filosófico. Bogotá: Nika editorial, S.A. 2007. Libertad; p. 285.
74. Torres- Gaxiola A. Autoridad de la razón.unan.mx.pdf. *Theoria. Revista del Colegio de Filosofía*, 2012 - ojs.unam.mx. (Consulta: 16-02-2013) Disponible: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/theoria/issue/current/showToc>.
75. Dr. leyes. Diccionario jurídico latín. República Dominicana. (Consulta: 25-02-2013) Disponible en: http://www.drleyes.com/page/diccionario_maximas/significado/A/1094/AUTORITAS/
76. Fernández J. Auctoritas en contraposición a potestas (Consulta: 25-02-2013) Disponible en: <http://joaquinafernandez.com/autoritas-en-contraposicion-a-potestas-172/>
77. Comte-Sponville A. Diccionario Filosófico. Barcelona: Paidós. 2003. Autoridad; p. 74
78. White E. Base conceptual para la intervención de enfermería con grupos. En: Hall J, Redding B. editores *Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de Sistemas*. Washington: Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la salud; 1990. p. 201- 239

79. Marriner-Tomey A. Gestión y Dirección de Enfermería. Octava edición. Barcelona: Elsevier Mosby, 2009.
80. Hall J. Bases Conceptuales para la Intervención de Enfermería con las Organizaciones Complejas. En: Hall J, Redding B, editores. Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de Sistemas. Washington: Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la salud; 1990. p. 240- 276
81. Arratia A. Bioética y toma de decisiones en enfermería. Bioética en la Red: 2012 July 17,23:21 (consulta el 26-06-2012) Disponible en http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=28
82. Lorda P, Barrio I. Medicina y Enfermería. En: Cortina A, Conill J. editores. 10 palabras claves en la ética de las profesiones. Navarra: editorial verbo divino.2000. p.213-255
83. Juvé M, Farrero S, Matud C, Monterde D, Fierro G, Marsal R et al ¿Cómo definen los profesionales de enfermería sus competencias asistenciales? Nursing. 2007, Volumen 25, Número 7. (Consulta: 18-03-2013) Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13109203&piden_t_usuario=QINPBA1VA2CZ&pcontactid=&pident_revista=20&ty=1&accion=L&orig_en=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=20v25n07a13109203pdf001.pdf
84. González T, Aguerre R, Etcheverria P, Washington L, Bancalari M. Fallo 19.doc-femi. Tribunal de Ética Médica. federación Médica del Interior. Montevideo: 2006. (Consulta: 26-02-2013) Disponible en: www.femi.com.uy/archivos_v/etica/Fallo19.doc.
85. Kottow M. Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Editorial universitaria. 1995 p.47
86. Balderas M. Ética de Enfermería McGraw-Hill Interamericana. Mexico.1998 p.56
87. Pérez- López J. Poder ¿para qué? Cuadernos empresa y humanismo Nº 29. España: Universidad de Navarra. 1991.
88. Miranda, G. ¿Qué bioética queremos? Rev. Cuadernos de bioética. Santiago de Compostela, n.17- 18, p.49-61, 1994.

ANEXOS

Variable de estudio: Autonomía del profesional de enfermería.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DE INVESTIGACIÓN

DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMES
Identidad	Definición Identidad	1
	Definición Valores	2
	Definición Conducta instrumental	3
	Definición funciones	4
Independencia	Definición Independencia	5
	Definición Campo específico de actuación	6
	Fortaleza	7
Autoridad	Definición Autoridad	8
	Definición Capacidad para actuar	9
	Definición Garante	10
	Definición Tomar decisiones	11

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Colega Enfermera (o), reciba un cordial saludo, en mi condición de cursante de la Maestría en Bioética que ofrece el CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA, adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, y con fines de obtener el título correspondiente, estoy efectuando una investigación denominada: AUTONOMÍA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES. Pretendiendo que los resultados de la investigación orienten y motiven el cumplimiento de las expectativas de las actuales y futuras profesionales de enfermería, en lo referente al tema de autonomía. Investigación para lo cual solicitamos su valiosa participación, la cual consistirá en una entrevista en la cual contestara las preguntas que se le formularan, siguiendo un cuestionario que ha preparado la investigadora, explorando su opinión sobre aspectos que definen la autonomía profesional: identidad, independencia y autoridad, con una duración aproximada de 20 minutos, la cual será grabada.

Su participación en este estudio es voluntaria. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas y se utilizará un seudónimo, escogido por usted. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Una vez procesadas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante el estudio. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la(o) perjudique en forma alguna. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo..... identificada(do) como Enf..... manifiesto que he recibido información suficiente sobre la investigación: “AUTONOMÍA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, 2012”; para lo cual la autora ha solicitado mi participación. Se me ha dado la oportunidad de hacer las preguntas que he considerado convenientes y he recibido respuestas para ello.

He comprendido que el objetivo de la investigación es: “Caracterizar la concepción y el alcance de la autonomía que posee el profesional de enfermería en su desempeño profesional. Hospital Universitario de Caracas, marzo 2012” , y que mi participación consistirá en responder preguntas de un cuestionario a través de una entrevista personal, la cuál será grabada magnetofónicamente, será anónima y utilizaré un seudónimo escogido por mí. Puedo hacer preguntas en cualquier momento si tengo alguna duda. La información que brinde será confidencial y voluntaria es decir puedo rechazar mi participación o retirarme del proyecto, sin que esto me perjudique de manera alguna.

Por lo dicho VOLUNTARIAMENTE ACEPTO participar en la investigación en mención, en fe de lo cual firmo:

FECHA ____ / ____ / ____

Firma de la Enfermera

Firma de la Investigador

CUESTIONARIO

A continuación se presenta algunas preguntas las cuales deben ser contestadas espontáneamente por la persona entrevistada.

Los datos suministrados servirán para saber cómo concibe enfermería algunos elementos definitorios de la profesión, particularmente la autonomía.

La investigadora se compromete a garantizar la confidencialidad de las respuestas, así como emplear la información solo para los objetivos del presente estudio. Esta investigación busca cumplir con un requisito académico de la Maestría en Bioética que dicta el CENABI, adscrita a la Comisión de Postgrado de la Facultad de Medicina, UCV.

Elizabeth Piña de V.

CI 4874298

Guion de Entrevista.

Se formulan varias preguntas, las respuestas serán grabadas, para garantizar conservar la opinión de las personas entrevistadas y facilitar el análisis.

1. ¿Cómo define identidad de enfermería?
2. ¿Cuáles considera Ud. Son los valores que definen a la enfermería actual?
3. ¿De qué manera cree Ud. influyen los valores de la profesión en la práctica de enfermería?
4. ¿Cómo define Ud. la función propia de enfermería?
5. ¿Cómo define Ud. independencia en enfermería?
6. ¿De su experiencia laboral en atención directa, de cual (es) recurso(s) dispone el profesional de enfermería para desarrollar su rol independiente?
7. ¿Qué significado tiene el proceso de enfermería dentro del quehacer de enfermería?
8. ¿Cómo define autoridad en enfermería?
9. ¿De cuáles condiciones requiere el personal de enfermería para ejercer su autoridad laboral?
10. ¿A partir de su experiencia laboral de enfermera (o) de atención directa, como debe actuar si difiere de una indicación médica?
11. ¿A partir de su experiencia laboral, cuales son los aspectos que considera la (el) enfermera (o) para tomar decisiones?

RESULTADOS

Cuadro 01

**Elementos procedentes en respuestas sobre identidad de enfermería.
Hospital Universitario de Caracas. 2012**

ENF	ITEM			
	Definición de identidad	Valores de la enfermería actual	Influencia de los valores de la profesión en la práctica	Definición de la función propia de enfermería
E1	Lo que haces, lo que sientes como tu pertenencia	Respeto a los pacientes, a los compañeros y al equipo. Comunicación	Comunicación con los compañeros. Respeto. El trabajo sea fluido Respeto a los familiares y a los pacientes Abren las puertas y son la vía para llegar a los familiares Permite que se respete el espacio de cada quien. Actuar profesional	Ayudar, poder tener la potestad de decidir. .
E2	Responsables, tratar al paciente. Sentir satisfacción cuando el paciente se recupera	Conocimientos, saber cómo actuar. Ser responsable.	Si se es profesional y responsable, se ve en el paciente y en su mejoría	NA
E3	Con los pacientes es difícil, uno es el que siempre esta.	Integridad, es decir, no solo aplicar tratamiento, sino saber el porqué. Poder escuchar al paciente. Responsabilidad. Nobleza: sentir empatía Actitud positiva: buscar, correr, no desfallecer Humildad: manejarse con el equipo, saber escuchar.	NA	Velar por el cuidado del paciente. Ser holístico y no dedicarse solo al tratamiento.
U1	La responsabilidad, el respeto	Autoridad. Es decir saber lo que se hace.	Se actúa por el bienestar del paciente	NA
U2	NA	Humanos. Éticos, ejemplo no se pueden tomar fotos Damos cuidado	En forma positiva, los pacientes evolucionan y salen.	Brindar cuidados a individuos
U3	El proceso de enfermería.	Lo académico, los estudios. Ya tenemos hasta doctorado.	Un profesional que no actúa bien, perjudica a los otros. Si no me actualizo también perjudico.	NA

Q1	Que el paciente este mejor atendido.	Respeto a los compañeros y al paciente. Valores científicos y su aplicación	Es determinante, si identificas tus valores de eso depende tu desempeño.	muchas cosas
Q2	El ser humano, este es biopsicosocial, en todo su entorno.	Respeto, responsabilidad, respeto al ser humano, respeto a uno mismo, hacernos respetar,	Influyen en la forma de comportarse.	El usuario ante todo, a la familia y a la comunidad
Q3	Implica cuidar las necesidades del paciente.	Hoy tenemos conocimientos, estamos preparados. Ayudar, dar, servicio al público.	Mucho. Con buenos valores ejercemos la profesión en el buen beneficio del paciente. Hacer hincapié en lo humano, hasta el poco más que nos cuesta.	Profesión por la cual puedo con técnica, preparación, asesoría, ayudar a los enfermos.
N1	Varias formas: lo asistencial, lo docente, científica.	Respeto al paciente, solidaridad, humanismo y todo lo que podamos integrar.	no solo vemos al paciente, también a la familia y a la comunidad	NA
N2	Atención completa al paciente.	NA	Dan crecimiento personal.	Atención al paciente y a los familiares. La unión entre distintos profesionales y entre los mismos profesionales.
N3	Acciones que realizas	Confianza, respeto al paciente. Confidencialidad, respeto por la vida. Calidad, comunicación,	Que se sienta cómodo, bien atendido y se recuperara más pronto.	cubrir sus necesidades básicas interferidas: físicas, espirituales, materiales

NA: Respuesta que no aplica en este cuadro.

Cuadro 02

**Elementos improcedentes en respuestas sobre identidad de enfermería.
Hospital Universitario de Caracas. 2012**

ITEM				
ENF	Definición de identidad	Valores de la enfermería actual	Influencia de los valores de la profesión en la práctica	Definición de la función propia de enfermería
E1	NA	Dedicación, Entrega, Pasión	NA	NA
E2	NA	Conocimientos de las patologías, cumplir a cabalidad el tratamiento, estar pendiente de lo que falta.	NA	NA
E3	Guerreras, súper héroes. En teoría, te hablan de que es integral. Eso es ficción, no se corresponde con la realidad. Te la pintan bonita y luego es fuerte. Enfermería asume la responsabilidad de todo.	NA	Si se aplicaran, seríamos enfermeros geniales. Si nos ocupáramos más de los pacientes y dejar en segundo plano el entorno.	NA
U1	NA	NA	NA	Acciones
U2	Es el asistente del médico. Seguimos indicaciones médicas También tenemos iniciativa. No tenemos los estudios de los médicos pero si se tiene toda la experiencia. El médico sin la enfermería no está completo	Vocación,	NA	NA
U3	el uniforme, el área, el carnet,	Las destrezas. A los médicos les gusta trabajar con los que saben hacer su trabajo, los respetan en sus opiniones.	NA	NA
Q1	NA	Apegarse a las normas.	Interdependiente, ...lamentablemente esto se ha perdido.	
Q2	NA	No aceptar irrespeto.	La gente ha perdido los valores, se perdió el respeto, incluso a sus compañeros, al superior, a la persona que te da una guía y no la acepta.	NA

Q3	Muy limitada, a pesar de habernos preparado, seguimos siendo dependientes. No siempre seremos dependientes de una posición o criterio de un médico. Casi siempre dependemos de la orden médica a pesar de que estemos capacitados. En quirófano se tiene autonomía, también en recuperación, pero en piso es peligroso. así como demuestres, logras cierta libertad, mas no autonomía.		Son buenos, son altos valores. Profesionalmente, la gente de más edad es más preparada en valores éticos, pero eso ha variado.		A veces los nuevos no piensan en esto, le dan más valor al estudio. Hacer hincapié en lo humano, hasta el poco más que nos cuesta.	NA
	N1	NA	NA	Según la patología que esté afectando.	Asistencial, es decir asistir al paciente según patrón interferido	
	N3	NA	Atención completa al paciente.	NA	NA	
	N3	NA	NA	NA	Atención directa.	

NA: Respuesta que no aplica en este cuadro.

Cuadro 03

Elementos procedentes en respuestas sobre independencia de enfermería.
Hospital Universitario de Caracas. 2012

ITEM			
ENF	Definición de independencia	Recursos para desarrollar el rol independiente	Significado del proceso de enfermería
E3	Saber lo que hay que hacer, actuar basados en los conocimientos y en pro de la mejora de los pacientes.	Actuar basados en los conocimientos y en pro de la mejora de los pacientes.	Para la resolución de problemas del paciente.
U1	Tener los conocimientos necesarios. Actuar de manera libre. No esperar que te digan las cosas	Conocimientos.	Son pasos para ejecutar acciones. Evaluar.
U2	Es brindar cuidado: la piel, los ojos, el cabello, evitar escaras, nutrición, higiene y confort.	NA	Para planificar el trabajo
U3	NA	Conocimiento, práctica, querer la carrera.	Es la guía para ejecutar el trabajo, es nuestra biblia, es lo que da el carácter de modelo científico. Eso lo diferencia del arte. Con el actuamos de manera científica.
Q1	Cumplir tus actividades sin que nadie te las recuerde.	conocimientos	Es una idea ordenada de aplicar en forma sistemática los cuidados al paciente.
Q2	Conocimientos científicos	NA	Con él, uno valora, planifica, uno siempre valora, jerarquiza y decide.
Q3	El proceso por el cual se establece el equipo de salud y se toman en cuenta las funciones y acciones de enfermería	Estudio y preparación y acompañado de moral y ética	Una forma de organización y método en el entorno, que nos ayuda a entender y resolver problemas ajenos en forma holística, no estamos en un tubo.
N1	Las funciones independientes ayudan a la solución de la asistencia. En un paciente con crisis hipertensiva o hipotensión, los monitorizamos, decidimos la posición adecuada.	Unión. Compromiso con compañeros.	Es importante, es un sistema ordenado, con pasos, para jerarquizar según las necesidades del paciente.
N2	Saber actuar al momento que se necesita, saber tomar una decisión.	Equipo unido, para poder tomar decisiones. En lo individual, observación de lo que se está haciendo.	Eso es diario. Hay que saber observar, entrevistar y eso hay que saberlo y de allí se puede tomar pauta.
N3	Acciones que se pueden realizar sin contar con la autorización del médico	Conocimientos, preparación, confianza y práctica	Es todo. Con él, lo vez, lo evalúas, lo examinas, conoce sus necesidades y puedes actuar, es la base. Se aplica en el día a día. Permite trabajar con conocimientos no de forma mecánica.

NA: Respuesta que no aplica en este cuadro.

Cuadro 04

Elementos improcedentes en respuestas sobre independencia de enfermería. Hospital Universitario de Caracas. 2012

ITEM			
ENF	Definición de independencia	Recursos para desarrollar el rol independiente	Significado del proceso de enfermería
E3	Hay conflicto con los médicos.	Hay conflicto con los médicos.	Se trata de aplicar pero se desvirtúa por escases de recursos.
U2	La que tiene iniciativa para actuar ante la ausencia de un médico. cumplir tratamientos, dar protectores gástricos, administrar tratamiento	Materiales medico quirúrgicos, fármacos.	NA
U3	Procedimiento aquel que dominamos y ejecutamos en el paciente.	NA	Nuestro manual
Q1	Tus deberes	Si muestras tus conocimientos te dejan	La enfermera actualmente no tiene tiempo para ello, con 50 pacientes es imposible. El PE en buenísimo, pero... no hay condiciones.
Q2	NA	Si hay una dificultad en un paciente, solventarlo mientras llega el médico tratante.	Eso lo hacen casi todos, aunque lo haga en forma inconsciente,
N1	NA	Si eres muy independiente o resaltas hay rivalidad	Constituye una herramienta
N3	..., y si lo hago se lo notifico. (al médico)		

NA: Respuesta que no aplica en este cuadro.

Cuadro 05

**Elementos procedentes en respuestas sobre autoridad de enfermería.
Hospital Universitario de Caracas. 2012**

ITEM				
ENF	Definición de autoridad	Condiciones para ejercer la autoridad laboral	Actuación ante diferencia con una indicación médica	Aspectos a considerar para tomar decisiones
E1	Saber delegar, Priorizar Buscar estrategias Organización.	Poder contar con alguien y saber con quién se cuenta Buscar una solución.	Pasa mucho. Actuando con respeto. Buscar conversar. Lograr que comprenda que el fin es el paciente para evitar el quiebre del equipo. Actuar con bases científicas. En caso extremo: busco al superior, la supervisora, el adjunto. Yo no lo cumple. Siempre con bases.	Conciencia., es decir, considerar las consecuencias. Pensar primero en el paciente. Todo es un círculo Nuestra profesión es ayuda.
E2	Para tener autoridad hay que tener profesionalismo y estar preparada.	Conocimientos, carácter, que te respeten. A ti te respetan, si respectas a los otros.	Lo primero me dirijo al médico y le explico; si insiste, no lo cumple y buscaría a los jefes inmediatos. Solo lo cumpliría según mi criterio.	Depende, si tiene que ver con algo que no es mi responsabilidad directa, como quedarme en otro turno, negociaría. Si es el caso de hacer algo de urgencia, calcularía el riesgo, si lo sé, lo hago y luego comunico al experto. Ejemplo, si hay que intubar.
E3	El puesto que uno se de en su trabajo. Yo me encargo. No se puede aplicar si no hay seguridad. Es presencia.	Tener certeza. Encargarse de lo que pase. Tener conocimientos Seguridad. Capaz. Resolver.	Hablar con el médico, se le exponen las causas. Si no acata, buscar el jefe, los adjuntos, al jefe superior en enfermería, siempre con bases.	La condición del paciente, la clínica, sintomatología. Eso más la entrevista y podemos tomar la decisión Hay que considerar, la necesidad del paciente, los conocimientos y las aptitudes nuestras.
U1	Capacidad para decidir, de forma inmediata sobre las acciones a ejecutar.	Conocimientos, escudriñar (investigador)	1.- Investigar porque difiero. 2.- Explicar el porqué de la diferencia. Si es por el bienestar del paciente o le trae consecuencias. Si estoy clara: busco al jefe inmediato y ahí me quedo.	Conocimientos, estar seguro.
U2	(Silencio). Con iniciativa. Ej. Si	Conocimientos. También práctica.	Calmada, educada, política	Depende de la

	me asignan un paciente, veo las órdenes médicas y si veo una indicación no adecuada, busco al adjunto y le expreso mi opinión.	experiencia	Uno ve más por el paciente, en caso extremo, yo no lo cumpliría.	condición del paciente.
U3	La toma de decisiones que realizamos en la labor diaria. Toma las decisiones	Buen ambiente de trabajo. Respeto de las otras autoridades, que den apoyo en las decisiones.	Lo hago saber al médico residente y al adjunto y se les da el porqué. Ellos no siempre revisan todo, lo referido al paciente. En los residentes, es por su inexperiencia. A veces no toman decisiones y uno tiene que apoyar, y decirle que hacer. Si la persona insiste, le hago saber, me rehusó y lo registro.	Conocimientos, evidencias escritas en la historia. Ejemplo, si tenemos un paciente con hipertensión y taquicardia uno puede pensar que es angustia, y además se le tiene que extubar, uno confirma con el Equilibrio ácido base, que este bien, entonces uno sabe que debe darle confort y no lo agito.
Q1	Demostrando el porqué.	Liderazgo, conocimiento, ejemplo	Explicando tus diferencias, con razones, suficientemente contundente, por esto y esto ... Le expreso, le explico los pro y contra de la acción, tratamiento o procedimiento. Así insista, no lo hago. En quirófano, a veces el cirujano es nuevo, y no sabe hacer algo, prefiero hacerlo yo, si lo sé.	Ética, moral, velando por la seguridad del paciente, hacer los procedimientos bien hechos.
Q2	Persona que es el líder de un grupo	Saber de relaciones humanas, liderazgo, gerencia, control de la personalidad, confianza del personal,		Aspectos legales, éticos, los principios científicos y otros. Pensar en las implicaciones.
Q3	Responsabilidad y saber	Saber, estar preparado y calidad humana.	Retomo la iniciativa de consultar, O me niego rotundamente si de ello depende la vida del paciente.	Que no sea una decisión que perjudique al paciente. Que sea precisamente para ayudar Que no pueda ser mal interpretada Y que este dentro de los criterios establecidos dentro del área.
N2	Por autoridad profesional se entiende que si uno toma una	Firmeza en lo que se está haciendo	Busco la manera de que el médico vea una opción. El equipo decide. Si estoy	La condición del paciente.

	decisión hay que seguir con esa decisión. No puede haber contradicción.	equivocada o no, y se procede a la corrección. Si es en contra del paciente, no lo hago, eso sí, todo escrito.	
N3	Capacidad para realizar una acción en pro del paciente, basada en conocimientos y experiencia.	Conocimientos, adiestramiento con ejercicio continuo, práctica y buena comunicación con el equipo de trabajo.	No la realizo. Expongo mi punto de vista, el por qué, paso informe escrito. Me puedo negar si considero que puedo causar daño al paciente.

NA: Respuesta que no aplica en este cuadro.

Cuadro 06

Elementos improcedentes en respuestas sobre autoridad de enfermería. Hospital Universitario de Caracas. 2012

		ITEM		
ENF	Definición de autoridad	Condiciones para ejercer la autoridad	Actuación ante diferencia con una indicación médica	Aspectos a considerar para tomar decisiones
E1	NA	No es gritar. Es colocarse en el puesto de quien se manda		El problema es si se ve a enfermería como un negocio
E2	Si hablamos de la coordinadora, para poder asignar actividades al personal y cumplir normativas del servicio. En lo individual, es también ejercer la autoridad sobre otras personas como los camilleros	NA	NA	NA
E3	NA	No pegar gritos		
U2	NA	Tener un cargo para poderlo ejercer. Ej. La coordinadora o la supervisora. Antigüedad	Calmada, educada, política. Que lo escriba, si lo escribe, lo tendré que cumplir. Algunas veces el médico joven indica morfina y yo solo le paso solución, pues el paciente se puede acostumbrar	Te doy un ejemplo, si el paciente está en medidas mínimas y tiene tratamientos caros, yo registro que lo cumplí pero no lo haría, pues sería perdida. Depende de la condición del paciente
U3	Saber las directrices, desde la jerarquía en la profesión. La jefa es la mayor autoridad, la que toma las decisiones a favor de enfermería, sus reivindicaciones, horario, ubicación en el área de trabajo, las labores. Confianza del jefe inmediato, al que él le ve capacidad.	En UCI es difícil pues hay opiniones encontradas, hay descontento para aceptar las asignaciones. Recursos de trabajo: materiales	NA	NA
Q1	Hacer que se cumplan las normas		NA	NA
Q2	no la que grita, es la que va guiando al personal.	Sin bochinche, para saber llevar, conocer los caracteres.		

Q3	NA	NA	No tengo autonomía para cambiar. No desobedezco, hago NA que me firme la orden y así quedar libre de problemas.
N1	Necesita ser más educada la población para ejercer esa autoridad sin atropellar	Posición económica, No puede ser que una licenciada atropelle, se debe ser humilde	NA NA
N2	Es un mandato		NA NA
N3	NA	No es porque me da la gana, sino porque así se debe hacer.	NA NA

NA: Respuesta que no aplica en este cuadro.