UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN SEDE BOGOTÁ

Conducta en el rol, rol requerido y rol percibido por los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá D. C.

Johanna Constanza Gómez Espinosa

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería

Bogotá D.C., Colombia

2013

Conducta en el rol, rol requerido y rol percibido por los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá D. C.

Johanna Constanza Gómez Espinosa

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de

Magíster en Enfermería con Énfasis en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería

Directora:

Profesora Asociada Yolanda Vega Vega

Magíster en Salud Pública, especialista en Gerencia Social

Línea de investigación:

Gerencia en salud y enfermería

Grupo de investigación:

Gerencia en salud y enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería

Bogotá D. C., Colombia

2013

A mis padres por su apoyo incondicional en cada paso de este proceso. Por trasmitirme su fortaleza y ser mis cómplices en todos los proyectos que emprendo.

A mi hija del alma, por ser mi razón de ser, por ser paciente y entender mis ausencias.

Agradecimientos

A Dios, por inspirarme y guiar mi camino.

A mis padres, por trasmitirme su fortaleza y entereza. Por enseñarme a perseverar.

A mis profesores, quienes me han abierto las puertas a un nuevo mundo de conocimiento y me han trasmitido el amor por la investigación.

A mi directora de tesis, profesora Yolanda Vega, y al profesor Jorge Humberto Mayorga, mi asesor estadístico, quienes creyeron en mi propuesta, me permitieron crear y proponer en este proceso, orientando cada etapa y aportando con su gran conocimiento.

A mi compañera y amiga Leydi Bareño, quien recorrió conmigo este camino, brindándome su colaboración y apoyo.

A la institución hospitalaria que me permitió hacer la investigación, por su colaboración. A mis colegas de la institución, por ser abiertos y permitirnos entrar en su día a día.

Resumen

El presente estudio descriptivo cuantitativo tuvo como objetivo describir la conducta en el rol, el rol requerido y el rol percibido por los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel de atención en Bogotá. Para tal fin, se llevó a cabo una observación estructurada a 64 enfermeros que se constituyeron en la población. Se optó por periodos de observación de dos horas, hasta completar 6 periodos de observación por cada profesional, completando un total de 384 periodos en el estudio. Adicionalmente se diseñó una encuesta para describir el rol percibido y por último se hizo un análisis de los documentos con los que la institución informa a los profesionales de enfermería acerca del rol requerido. Los principales hallazgos de este estudio sugieren que las actividades que conforman la conducta en el rol de los profesionales de enfermería están enfocadas al cuidado indirecto, principalmente a la función de administración de medicamentos; las funciones que se llevan a cabo con más frecuencia corresponden al rol interdependiente, según el modelo de efectividad del rol. En cuanto al rol percibido, se encontró que los profesionales de enfermería tienen claras tanto las funciones como los criterios de evaluación. Dentro de los riesgos para presentar conflicto de rol aparece la sobrecarga como un factor que podría desencadenarlo. El rol requerido está orientado a que los profesionales de enfermería se enfoquen en actividades administrativas y de coordinación.

Palabras clave: Enfermería, Rol, Rol profesional, Personal de enfermería, Personal de enfermería hospitalario. (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

The present quantitative descriptive study had as objective to describe the behavior in the role, the perceived role and the required role by the nursing professionals of adults´ hospitalization services in a third level attention hospital in Bogota. For this purpose it carried out a structured observation to 64 nurses who subsequently made up the population. It opted for observation periods of two hours until to complete 6 periods of observation by each professional, completing a total of 384 periods in the study. In addition it has designed a survey to describe the perceived role and finally an analysis was made of the documents by means of which the institution reports to the nursing professionals about the role required. The main findings of this study suggest that the activities that make up the behaviour in the role of nursing professionals are focused on the indirect care, mainly to the function of drug administration; the functions accomplished more often correspond to the interdependent role, according to the model of effectiveness of the role. In regard to the role perceived it was found that the nursing professionals are clear both the functions as the evaluation criteria. Within the risks of present role conflict appears the overload as a factor that could triggers it. The required role is aimed to ensure that the nursing professionals will focus on managerial and coordination activities.
Keywords: Nursing, role, professional role, nursing staff, hospital nursing staff. (Source: DeCS, BIREME).

Contenido

Pág.

Resumen..... V

Introducción 15

1. Marco de referencia 17

1.1 Descripción del área problemática..... 17
1.2 Planteamiento del problema 23
1.3 Justificación..... 24
1.4 Objetivos 25

1.4.1 Objetivo general 25
1.4.2 Objetivos específicos..... 26

1.5 Definición de conceptos..... 26

2. Marco teórico 32

2.1 Calidad y sus antecedentes..... 32
2.2 Calidad en los servicios de salud..... 33
2.3 Calidad de la atención en enfermería 36

2.3.1 Modelo de efectividad del rol 37

2.4 La organización como un sistema abierto..... 39

2.4.1 Adopción del rol en la organización, según la Teoría de Sistemas Abiertos 41

3. Marco de diseño.....46

3.1 Tipo de estudio..... 46
3.2 Unidad de observación..... 46
3.3 Población y muestra..... 46
3.4 Variables 47
3.5 Fuentes de información 49
3.6 Instrumentos..... 50
3.7 Recolección de datos 51
3.8 Procesamiento y análisis de datos 54
3.9 Aspectos éticos 56

3.10 Mecanismos de control de sesgos 57
3.11 Divulgación y difusión 58

4. Resultados y análisis 59

4.1 Conducta en el rol 59

4.1.1 Conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos según el turno. 69
4.1.2 Concentración de las actividades realizadas por los profesionales de enfermería según el servicio de hospitalización adultos 74
4.1.3 Concentración de las actividades realizadas por los profesionales de enfermería según el turno en los servicios de hospitalización adultos 76
4.1.4 Distribución de las funciones realizadas por el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización según el tiempo dedicado a cada una de ellas. 77

4.2 Rol percibido 87

4.2.1 Claridad del rol 89
4.2.2 Imagen 91
4.2.3 Sobrecarga de rol 94
4.2.4 Conflicto de rol 96

4.3 Rol requerido 99

4.3.1 Descripción del puesto de trabajo para profesionales de enfermería de los servicios hospitalarios. 100
4.3.2 Guías clínicas y protocolo de manejo. 104

5. Conclusiones y recomendaciones 106

5.1 Conclusiones 106
5.2 Recomendaciones 108
5.3 Aportes del estudio 109
5.4 Limitaciones 110

6. Anexos 111

Bibliografía 122

Lista de figuras

Pág.

Figura 2-1: Modelo de episodio del rol. Katz y Kahn. 43

Figura 4-1. Gráfico de sedimentación. Actividades del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en Bogotá D. C. Agosto-octubre 2012. 65

Lista de tablas

Pág.

Tabla 3-1. Operacionalización de variables 48

Tabla 4-1. Total de actividades realizadas por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012 60

Tabla 4-2. Actividades que conforman la conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012..... 69

Tabla 4-3. Actividades que conforman la conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en el turno mañana, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012 70

Tabla 4-4. Actividades que conforman la conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en el turno tarde, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012..... 71

Tabla 4-5. Actividades que conforman la conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en el turno noche, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012 72

Tabla 4-6. Coeficiente de Gini de la conducta en el rol de los profesionales de enfermería por servicio 75

Tabla 4-7. Coeficiente de Gini de la conducta en el rol de los profesionales de enfermería por turno 76

Tabla 4-8. Función 1: Realizar procedimientos, tratamientos e intervenciones según prescripción médica 77

Tabla 4-9. Función 2: Vigilar y tramitar dispositivos médicos, medicamentos, suministros, e insumos 78

Tabla 4-10. Función 3: Realizar procedimientos, tratamientos e intervenciones propias de enfermería de forma autónoma 79

Tabla 4-11. Función 4: Coordinar, verificar y apoyar las funciones del personal a cargo 80

Tabla 4-12. Función 5: Coordinar con otros profesionales o personal del equipo de salud actividades, procedimientos o tratamientos necesarios para el paciente 81

Tabla 4-13. Función 6: Realizar actividades de entrega y recibo de turno..... 82

Tabla 4-14. Función 7: Dar educación al paciente y su familia con respecto a su estado de salud y procesos administrativos 83

Tabla 4-15. Función 8: Administrar medicamentos 83

Tabla 4-16. Función 9: Realizar actividades de logística del servicio, completamente delegables..... 83

Tabla 4-17. Clasificación de las funciones en roles según modelo de Efectividad del rol 86

Tabla 4-18. Conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en Bogotá entre los meses de agosto y octubre 2012 86

Tabla 4-19. Caracterización de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos que participaron en la encuesta del rol percibido, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá en el mes de octubre 2012..... 88

Tabla 4-20. Respuestas a la pregunta 9 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 90

Tabla 4-21. Respuestas a la pregunta 10 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 90

Tabla 4-22. Respuestas a la pregunta 13 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 90

Tabla 4-23. Respuestas a la pregunta 24 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 91

Tabla 4-24. Respuestas a la pregunta 14 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 92

Tabla 4-25. Respuestas a la pregunta 15 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 92

Tabla 4-26. Respuestas a la pregunta 18 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 92

Tabla 4-27. Respuestas a la pregunta 19 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 93

Tabla 4-28. Respuestas a la pregunta 20 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 93

Tabla 4-29. Respuestas a la pregunta 28 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 93

Tabla 4-30. Respuestas a la pregunta 29 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 94

Tabla 4-31. Respuestas a la pregunta 11 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 94

Tabla 4-32. Respuestas a la pregunta 17 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 95

Tabla 4-33. Respuestas a la pregunta 21 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 95

Tabla 4-34. Respuestas a la pregunta 22 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 95

Tabla 4-35. Respuestas a la pregunta 12 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 96

Tabla 4-36. Respuestas a la pregunta 16 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 97

Tabla 4-37. Respuestas a la pregunta 23 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 97

Tabla 4-38. Respuestas a la pregunta 25 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 97

Tabla 4-39. Respuestas a la pregunta 26 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 98

Tabla 4-40. Respuestas a la pregunta 27 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012 98

Introducción

Frente a la situación de inequidad en la oferta de servicios de salud y frente a la necesidad de reducción de costos, la competencia entre los prestadores y la exigencia cada vez mayor por parte de los usuarios, las organizaciones prestadoras de servicio de salud gubernamentales y no gubernamentales han implementado estrategias para mejorar los servicios y garantizar la calidad de la atención, como una alternativa para contribuir a disminuir las desigualdades[1]. El papel del profesional de enfermería en el cumplimiento de esas estrategias es fundamental, no solo por ser quien lidera uno de los grupos más grandes de proveedores de servicios de salud, sino por desempeñar actividades vitales para proporcionar y mejorar la calidad en la atención.

En varios estudios realizados en organizaciones hospitalarias se ha podido demostrar la contribución que hace el profesional de enfermería[2] [3] [4] [5], no solo por los aportes en aspectos tan significativos como la seguridad del paciente, disminución en la tasa de complicaciones durante la hospitalización, aumento de la satisfacción del paciente, entre otros, sino en aspectos que benefician a la organización en general, tal como el equilibrio entre costo y efectividad. A pesar de esto, se conoce que el profesional de enfermería,

---

[1] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) y FEDERACIÓN PANAMERICANA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA (FEPPEN). Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la enfermería. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud (HSQ). División de desarrollo de sistemas y servicios de salud (HSP). 2001.

[2] SPILSBURY K., MEYER J. Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. En: Journal of Clinical Nursing. 2001. Vol. 10, p. 3-14.

[3] AIKEN, Linda H. y cols. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. En: JAMA. 2002. Vol. 288, no. 16, p. 1987-1993.

[4] KANE, Robert L. y cols. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. En: Medical Care. 2007. Vol. 45, no. 12, p. 1195-1204.

[5] NEEDLEMAN, Jack y cols. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. En: N Engl J Med. 2002. Vol. 346, no. 22. [en línea]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa012247>. [citado en: marzo de 2012].

por el tipo de labor que desempeña, no trabaja aislado; su quehacer forma parte de un trabajo colectivo. Por lo tanto, tiene que compartir su trabajo con otros profesionales, pero no puede ni debe por eso perder su especificidad: la prestación de los cuidados de enfermería, la administración, la formación del personal auxiliar son específicos y tienen que ser valorados, medidos y evaluados, a fin de que pueda demostrar su valor añadido al valor terminal de la producción de servicios de atención a la salud[6].

Hay otros estudios[7] [8] en los que se evidencia que el profesional de enfermería en los actuales servicios de salud se ha ido distanciando de las actividades correspondientes a su preparación técnico-científica y ha asumido actividades dispersas en administración de personal, administración de recursos materiales, alimentación de sistemas de información, facturación y tareas que no realiza otro personal. Por lo anterior, y ante la ausencia de consenso sobre las funciones del profesional de enfermería, este trabajo busca indagar al respecto teniendo como marco de referencia la Teoría organizacional de roles, planteada por Kahn[9] y colaboradores, incorporada en el modelo de Efectividad del rol de Irvine y Sidane[10], que busca justamente poner en evidencia el aporte del profesional de enfermería a la calidad de la atención en salud y la reducción de costos. La teoría de roles o papeles de Kahn & Katz se preocupa por explicar la interacción de los roles de varios individuos en una organización y de qué modo estos dependen unos de los otros y cómo además la organización misma también repercute en la forma en que la persona o trabajador cumple con sus funciones. Con el apoyo del modelo de Irvine y Sidane se aplican estos conceptos al ámbito del profesional de enfermería en servicios de hospitalización de adultos.

---

[6] CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA (CIE). El valor de la enfermería en un mundo cambiante. Ginebra, Suiza. 1996, p. 66.

[7] ALVARADO Q., Gabriela. Definición de enfermería en el tercer nivel de atención según los acompañantes de los usuarios de un hospital costarricense. En: Rev. Enfermería actual en Costa Rica. 2008. Nº 14 [en línea]. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/definicion%20de%20enfermeria.pdf. ISSN 1409-4568>. [citado en: marzo de 2012]. ISSN 1409-4568.

[8] ALCARAZ L., Gloria y cols. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. En: Investigación y Educación en Enfermería. 2010. Vol. 28, no. 1.

[9] KATZ, D. y KAHN, R. Psicología Social de las Organizaciones. Sexta ed. México: Ed. Trillas. 2004, p. 200.

[10] IRVINE, Diane y cols. Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. En: Nursing Economics. 1998. Vol. 16, no. 3, p. 110.

1. Marco de referencia

1.1 Descripción del área problemática

La calidad en salud es y ha sido una preocupación compartida por muchos sectores. Indiscutiblemente, entre los más interesados en el tema están todos los profesionales del área de la salud, en quienes recae la obligación de contribuir con su trabajo diario a lograr que en cada una de sus intervenciones, procedimientos, consultas, entre otras, se logre alcanzar un nivel óptimo en cada uno de los factores que hacen que una atención sea de calidad y sea percibida así por quien la recibe. Es así como enfermería ha demostrado mucho interés en este tema de la calidad en la atención en salud, la calidad en la atención de enfermería y por supuesto en demostrar su contribución a la calidad en general de los servicios de salud.

No obstante, el punto crítico con respecto al recurso humano en enfermería, según lo cita la Asociación de enfermeras canadienses[11], tiene que ver con el cuestionamiento que algunas instancias hacen sobre la superposición de actividades y la falta de límites en lo que debería ser la práctica específica de los profesionales de enfermería. Existen inquietudes acerca de la labor de estos profesionales, su naturaleza multifuncional y la falta de claridad con respecto a las funciones que deben desempeñar. En estudios como el de Fajardo, M. y Germán, B., 2004[12] se afirma: “Al menos en el nivel hospitalario, los

---

[11] CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). Future Development of Information to Support the Management of Nursing Resources: Recommendations. 2001. [en línea]. Disponible en: <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/FutureDev.pdf>. [citado en: marzo de 2012].

[12] FAJARDO, M. y GERMÁN, B. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. En: Index Enfermería. 2004. Vol. 13, no. 46. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200002&script=sci_arttext&tlng=e>. [citado en: abril de 2012].

enfermeros terminan haciendo funciones que no les competen y que les restan tiempo valioso para ejecutar su verdadero trabajo". En el estudio "¿Qué hacen las enfermeras?[13]", cuyo objetivo fue realizar una observación y descripción de las actividades de enfermería en un hospital general y compararlas con las actividades ejecutadas en una entidad de rehabilitación, luego de observaciones estructuradas a diferentes enfermeros en diferentes momentos, se pudo establecer que las actividades son similares, pero que predominan aquellas de cuidado indirecto sobre las de cuidado directo al paciente. Estas actividades de cuidado indirecto, es decir, actividades de coordinación y de administración, se hacen en beneficio del paciente, pero no requieren de un contacto directo con él o su familia. En el mismo estudio se cita a McCloskey y colaboradores[14], quienes ya habían explorado este aspecto y afirman que la enfermería tiene una función importante de "pegamento", que quiere decir que son los enfermeros quienes mantienen la visión holística de la atención prestada por todos los miembros del equipo de atención en salud, de tal forma que la función del enfermero es principalmente de coordinador de la atención, lo que obliga a restar tiempo a su muy importante labor de cuidador y limita las actividades que debería realizar en presencia de los pacientes y / o sus familiares.

De la misma forma, el estudio "Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo"[15], realizado en la ciudad de Medellín, muestra la marcada prioridad que los profesionales de enfermería que laboran en salas de hospitalización de adultos les dan a las tareas administrativas, sacrificando el resto de sus funciones. También muestra que el tiempo para el cuidado directo es poco y este se da solo cuando se considera que es indelegable. Las funciones de educación e investigación quedan por fuera de las funciones de enfermería.

---

[13] JINKS, A. M. y HOPE, P. What do nurses do? An observational survey of the activities of nurses on acute surgical and rehabilitation wards. En: Journal of Nursing Management. 2000. Vol. 8, p. 273±279.

[14] McCLOSKEY, J. C. y cols. Nurses' use and delegation of indirect care interventions. En: Nursing Economics. 2002. Vol. 14. p. 22±33.

[15] ALCARAZ y cols. Op. cit.

En el estudio de recursos humanos en salud, realizado por Cendex[16], se hace evidente que el profesional de enfermería tiene un perfil laboral más flexible y multifuncional comparado con el de otras profesiones del área de la salud, como la medicina o la odontología. En la misma investigación además se puede ver cómo unas de las actividades generales descritas dentro de las funciones de enfermería están relacionadas en un porcentaje relativamente alto con la formulación, diseño y programación de servicios, así como el manejo de inventarios y suministros. En cuanto a otras funciones no relacionadas con la prestación directa de los servicios, se encuentran el manejo de recursos humanos, el mercadeo y la evaluación de programas de salud.

Sin embargo, las funciones de enfermería están influidas no solo por creencias y valores dentro del grupo profesional y por otros grupos de profesionales que participan en la atención en salud, sino también, como afirma Colliere[17], están influidas por el terreno institucional y el sistema de costumbres y valores tecnológicos, económicos y sociales e incluso jurídicos que segrega y genera el medio organizacional. Desde la perspectiva de la sociología y la psicología organizacional, también se ha tratado de dar definición, ya no solo a las funciones, sino a los roles del profesional de enfermería. Y bajo esta mirada, rol es definido como: "El conjunto de funciones que se esperan de una clase determinada de trabajadores dentro de la posición que ocupan por lo general en la organización o sistema social"[18].

Como explican Benne y Bennis[19] en su artículo "Confusión del rol y conflicto en enfermería: el rol del profesional de enfermería", al igual que en otros roles profesionales, varios conjuntos de expectativas de los diversos sistemas sociales significativos en la vida laboral, convergen para definir el rol del profesional de enfermería.

---

[16] RUIZ, F. y cols. Recursos humanos de la salud en Colombia – 2008. Balance, competencias y prospectiva. Tercera ed. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Pontificia Universidad Javeriana y Cendex. 2009.

[17] COLLIERE, M. F. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill. 1993.

[18] BENNE, Kenneth D. y BENNIS, Warren. Role Confusion and Conflict in Nursing: The Role of the Professional Nurse. En: The American Journal of Nursing. Feb, 1959. Vol. 59, no. 2, p. 196-198.

[19] Ibíd.

Según estos autores, existen cuatro grupos principales de expectativas que determinan el carácter del rol del profesional de enfermería. En primer lugar están las expectativas oficiales que se derivan de la institución en la que los profesionales de enfermería trabajan. Estos se comunican principalmente a través de la vía administrativa, desde la cima de la jerarquía hacia abajo. En segundo lugar están las expectativas de los colegas, subordinados y compañeros en su entorno laboral. Un tercer conjunto de expectativas que influyen en el rol de la enfermera profesional son las de los grupos de referencia fuera de su ambiente inmediato de trabajo. Por último, están las expectativas del profesional mismo, la imagen de su propio rol, lo que debe ser o hacer como profesional de enfermería.

Algunas veces los grupos de expectativas se refuerzan entre sí, pero también muchas veces se contradicen. Cuando las expectativas de los diferentes sistemas sociales se alinean, la definición del rol del profesional de enfermería es estable y consistente. Pero si las expectativas están en desequilibrio, se presenta el estrés del rol. Como señalan Lloret y colaboradores[20], los dos tipos de estrés de rol más estudiados son el conflicto de rol, que aparece cuando la persona interpreta como incompatibles algunas de las demandas y expectativas recibidas, y la ambigüedad del rol que se presenta cuando el empleado percibe como insuficiente la información de que dispone para llevar a cabo esas demandas y expectativas.

En enfermería, las investigaciones con respecto a este tema se han enfocado en dos grandes grupos. El primero se centra en establecer relaciones de causa y efecto con respecto a los fenómenos de conflicto y ambigüedad del rol, y el segundo se ha preocupado por indagar acerca de la percepción que tienen algunos grupos específicos en enfermería sobre su rol.

Algunos de los estudios pertenecientes al primer grupo han podido demostrar que, como efectos más comunes del conflicto y la ambigüedad del rol, aparecen la falta de

[20] LLORET, S.; GONZÁLEZ, V. y PEIRÓ, J. M. El estrés de rol en enfermeras. Un modelo causal. En: Rev. de Psicol. Gral. y Aplic. 1995. Vol. 48, no. 3. p. 393-405.

motivación, la insatisfacción laboral, el agotamiento (*burnout*), el deseo de abandonar el cargo y la baja productividad[21].

En efecto, el estudio de Tunc[22] pudo establecer que el personal de enfermería experimenta niveles más altos de conflicto de rol, ambigüedad de rol y agotamiento (*burnout*), comparado con los médicos. Las razones estudiadas explican que las enfermeras tienen un nivel más bajo de autonomía en la organización ya que están bajo la supervisión de autoridades dobles, el jefe de enfermeras y el jefe médico. Así mismo, las enfermeras experimentan niveles más altos de agotamiento emocional y despersonalización, motivados por la sobrecarga laboral, exposición más frecuente a pacientes con enfermedades crónicas y escasez de expectativas profesionales.

Por otra parte, en el estudio de Lloret y colaboradores [23] se trató de construir un modelo causal multivariado para evaluar los antecedentes y las consecuencias del estrés del rol en las enfermeras en los Equipos de Atención Primaria. Los antecedentes estudiados fueron sobrecarga de trabajo, autonomía, estandarización de los objetivos y criterios de evaluación, y antigüedad en el equipo de atención. Las consecuencias de los dos tipos de estrés laboral, conflicto del rol y ambigüedad del rol, medidas de forma tanto positiva como negativa, fueron: tensión laboral, satisfacción laboral y propensión al abandono. Los resultados más destacados muestran que efectivamente la falta de autonomía profesional tiene un alto impacto en el deseo de abandonar el equipo de trabajo, mientras que la estandarización de los objetivos y criterios de evaluación se relacionan de forma positiva con la satisfacción personal, en cuanto que estos criterios permiten al profesional de enfermería contar con un marco de referencia para el desempeño de su rol, permitiéndole así planificar de forma efectiva el trabajo a realizar. Por el contrario, ante la falta de estandarización de objetivos y criterios claros de evaluación, se produce tensión del rol y en consecuencia deseo de abandonar el equipo. Como conclusión, este estudio permite entender que las situaciones de estrés, ambigüedad y conflicto de rol en el

---

[21] BENNE y BENNIS. Op. cit., p. 196-198.

[22] TUNC, T. y KUTAINS, R. O. Role conflict, role ambiguity and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey. En: Nursing & Health Sciences. No. 11, p. 410-416.

[23] LLORET, GONZÁLEZ y PEIRÓ. Op. cit., p. 393-405.

trabajo repercuten negativamente en el bienestar psicológico del profesional de enfermería y por ende en su desempeño dentro de la organización.

Por otra parte, dentro de las investigaciones enfocadas a estudiar la percepción del rol de determinados grupos específicos de enfermería, se destaca el estudio de Jara y colaboradores[24] con respecto a la percepción del rol profesional de los alumnos de enfermería en una universidad, donde llama la atención que la imagen que los alumnos tienen del rol del profesional está principalmente ligada con el de coordinador del trabajo en equipo, a veces interdisciplinario y en algunos casos solo de enfermería. Aun así, la conducta esperada por los mismos estudiantes del profesional de enfermería identifica un rol prioritariamente dador de cuidados o cuidador. Este hallazgo hace pensar que la falta de consistencia entre ambas respuestas puede ser consecuente con la gran importancia que se le da en la formación curricular al cuidado directo y humanizado, mientras que en las prácticas profesionales los estudiantes perciben un rol que los impacta más, en el que se ocupa más tiempo, y es el de coordinar ese cuidado.

En otro estudio en Australia[25], cuyo objetivo fue el de examinar las fuentes y los cambios en el estrés del rol de los enfermeros profesionales recién graduados, realizándoles la misma encuesta a los dos y a los once meses de su inicio laboral, se encontró que en la primera medición a los dos meses de estar ejerciendo su labor el principal motivo de estrés fue la ambigüedad del rol, que se mantuvo en los mismos niveles hasta la siguiente medición a los once meses, explicada posiblemente por la rotación entre servicios que deben realizar cada tres meses. En esta última medición, además de la ambigüedad, se sumó a los factores de estrés de rol la sobrecarga de trabajo en un porcentaje mucho más alto. Por último, ese estudio pudo vincular la experiencia de ambigüedad del rol con la insatisfacción laboral que presentaban los nuevos graduados a los once meses de haber iniciado su desempeño laboral.

---

[24] JARA, C. P.; POLANCO, A. O. y ALVEAL, L. M. Percepción del rol profesional de alumnos de enfermería de la Universidad de Concepción, Chile. En: Invest Educ Enferm. 2005. Vol. 23, no. 2. p. 56-69.

[25] CHANG, Esther y HANCOCK, Karen. Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. En: Nursing and Health Sciences. 2003. No. 5. p. 155-163.

Resultados como los anteriormente expuestos motivan este estudio, pues se considera de vital importancia analizar desde la perspectiva sociológica y de la psicología organizacional la conformación del rol del profesional de enfermería dentro de una organización, describiendo lo que este profesional hace en términos de funciones (conducta en el rol), en este caso en los servicios de hospitalización, lo que cree que debe hacer (rol percibido), así como lo que le solicita la organización (rol requerido), con el fin de exponer algunos aspectos que afectan el desempeño del profesional de enfermería y, por ende, la calidad de su trabajo y la calidad de los servicios de salud, de los que hace parte.

1.2 Planteamiento del problema

Según el informe Recursos humanos de la salud en Colombia[26], las más altas tasas de sustitución entre los diferentes perfiles ocupacionales se dan desde la enfermería hacia las demás profesiones. En ese sentido, se puede considerar el perfil de la enfermera como el de carácter más general e incluyente dentro de las profesiones, lo que quiere decir que el perfil del profesional de enfermería es altamente sustituible por otros profesionales del área de la salud y por otros grupos, tales como los auxiliares de enfermería. No obstante, se conoce de la amplia gama de funciones adicionales a las propias que debe cumplir el profesional de enfermería en los servicios hospitalarios: distribución de trabajo al personal, asignación y distribución del personal en los distintos días y turnos, consecución de ropas, materiales, medicamentos y aparatos, puesta al día de información y ficheros, atención a las demandas de los familiares de los pacientes; coordinación de los servicios de diagnóstico y tratamiento, etc. Estas actividades limitan el tiempo que le queda al profesional de enfermería para brindar cuidado directo, razón de ser de su quehacer.

A partir de los planteamientos anteriores, se deduce que si no se establecen con claridad límites en las funciones del profesional de enfermería se seguirán presentando grandes diferencias entre lo que se espera de ellos, en una y otra institución, y el rol que asumen. Además, se seguirá abriendo la brecha entre lo que se hace y lo que se debería hacer en

---

[26] RUIZ y cols. Op. cit., p. 258.

el marco de la normatividad legal de la profesión, provocando graves consecuencias, tanto en la calidad de la atención en salud como en la satisfacción profesional y lesionando la integridad profesional.

Para iniciar con este proceso, se hace preciso conocer cuáles son las actividades y funciones que el profesional de enfermería desempeña (conducta de rol) y cuáles cree que debe realizar (rol percibido), para poder analizar esta información a la luz de los requerimientos de la propia entidad hospitalaria (rol trasmitido o requerido) según los criterios establecidos para servicios de hospitalización de adultos.

Por lo anterior, la pregunta que se busca responder con este trabajo de investigación es: ¿Cuál es la conducta en el rol, el rol requerido y el rol percibido por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá?

1.3 Justificación

A pesar de la existencia de la Ley 266 de 1996, donde se reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, y las disposiciones del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)[27], la situación que se evidencia en los estudios y que se conoce de boca de los profesionales que laboran en los servicios de hospitalización muestra que la realidad es otra, y esta se aleja en muchas ocasiones de lo que las normas dictan para el ejercicio profesional. Por tal motivo y por otras situaciones, como los niveles de formación en enfermería y la falta de límites de las acciones desarrolladas por cada categoría ocupacional, este estudio permitirá dar algunas respuestas que sirvan para ahondar más en el tema de tal forma que en un futuro cercano las instituciones y agremiaciones puedan establecer estrategias para estandarizar las prácticas de enfermería a nivel nacional, y dentro del marco de las funciones que realmente son prioritarias para este grupo profesional.

[27] CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA (CIE). Ámbito de la práctica de enfermeras. Declaraciones de posición del CIE. Ginebra; 1998. Disponible en: <www.icn.ch/spanish.htm>. [citado en: abril de 2012].

Además, la profesión en general se beneficiará con este estudio en la medida que le permitirá obtener una más profunda comprensión del papel que los enfermeros desempeñan en los servicios de hospitalización y se puedan analizar aspectos de la subutilización de este recurso. Para la institución hospitalaria que permitió la realización del estudio, este proporciona herramientas importantes sobre cómo se puede optimizar el recurso humano en enfermería para mejorar la calidad de la atención al paciente, en la medida en que se distribuyan mejor las funciones y actividades de los profesionales de enfermería, aprovechando al máximo sus conocimientos científicos y competencias, evitando que su tiempo se diluya en actividades que no corresponden con su formación.
En este mismo sentido, otras organizaciones o instituciones hospitalarias se pueden ver beneficiadas en la medida en que este trabajo sirva para cuestionar la forma como se está administrando el recurso humano en enfermería y como esto puede afectar la calidad de su atención.

Los pacientes y sus familias podrían ser los más beneficiados con este estudio, pues la calidad de la atención que prestan los profesionales en enfermería se traduce en mejores resultados en su salud. Así pues, si las funciones del profesional de enfermería son analizadas desde la perspectiva de la calidad y esto le permite tener más claridad en su desempeño, ser autónomo, eficiente y creativo para responder a las necesidades del paciente y su familia, se traducirá en mejores resultados en la salud del paciente.

El grupo de Gerencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional se beneficiará en la medida en que la presente investigación sirva como punto de partida para otros trabajos que permitan generalizar los resultados, plantear soluciones en el mediano plazo e incluir conceptos de la teoría organizacional de roles en el ámbito de la enfermería.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Describir la conducta en el rol, el rol requerido y el rol percibido por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos de un hospital de tercer nivel de atención en la ciudad de Bogotá.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir la conducta en el rol adoptada por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel de atención.
- Describir el rol percibido por el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel de atención.
- Describir el rol requerido del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos, establecido por la institución.

1.5 Definición de conceptos

Rol: "Conjunto de actividades dentro de un sistema único de la organización y dentro de un solo puesto"[28].

Rol de enfermería: "Conjunto de actividades que se esperan de una clase determinada de trabajadores dentro de la posición que ocupan en la organización o sistema social en el que trabajan[29].

Para efectos de este estudio, se definió como el conjunto de funciones y actividades que realizan de forma repetitiva y recurrente los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización de adultos en un hospital de tercer nivel de atención.

Como son tantos los roles que debe desempeñar un profesional de enfermería en el ámbito hospitalario, para la presente investigación se acogió la clasificación que hace el modelo de Efectividad del rol de enfermería[30], propuesto por Irvine y Sidane, que plantea el rol clínico de la enfermera.

- Rol dependiente: incluye los juicios clínicos y actividades asociadas con la implementación de órdenes médicas o tratamientos médicos.

---

[28] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 200.

[29] DOUGLASS, Laura Mae. The Effective Nurse Leader and Manager. Quinta ed. Missouri: Ed. Mosby. 1996, p. 72.

[30] IRVINE y cols. Op. cit., p. 110.

Contiene cuidado directo e indirecto de los servicios de atención al paciente, incluyendo, pero no limitado a, la administración de medicamentos y agentes terapéuticos necesarios para implementar un tratamiento, la prevención de enfermedades, o de rehabilitación ordenado por el régimen y en el ámbito de la prescripción médica[31].

- Rol interdependiente: implica las funciones que la enfermera comparte con otros miembros del equipo de cuidado en salud. Incluye actividades y funciones que comprometen a la enfermera para asegurar la continuidad, coordinación e integración del cuidado del paciente[32].

- Rol independiente: según el modelo de efectividad del rol, hace referencia a las funciones del profesional de enfermería por las cuales solo las enfermeras se hacen responsables. En otras palabras, es cualquier aspecto de la práctica de enfermería por el que la enfermera es el único responsable, actuando bajo su iniciativa propia y sin recibir instrucciones de ninguna otra disciplina. Incluyen cuidados directos e indirectos al paciente, que garantizan la seguridad, comodidad, higiene personal y protección de los pacientes y la prevención de la enfermedad, así como las medidas de reparación y rehabilitación[33].

Rol percibido o recibido: “Modo como la persona observada (persona focal) percibe las trasmisiones relativas al rol, que otros le envían (incluyendo las que él mismo se trasmite)”[34]. Es decir, en este estudio se tomó como definición de rol percibido las percepciones, expectativas y creencias que los profesionales tengan con respecto a lo que, según ellos, les corresponde hacer en los servicios de hospitalización en cumplimiento de su trabajo, vinculados con las conductas de rol de otros con quienes se relacionan por su posición.

---

[31] Ibíd., p. 110.

[32] Ibíd., p. 111.

[33] Ibíd., p. 111.

[34] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 200.

Percepciones: “Conjunto de conocimientos adquiridos involuntariamente, a través de la experiencia”[35].

Creencias: firme asentimiento y conformidad con algo que nace desde el interior de una persona (se desarrolla a partir de las propias convicciones y los valores morales), aunque también es influenciada por factores externos y el entorno social[36].

Expectativas: esperanza de cumplir determinado propósito, que consiste en depositar confianza en aquello que se considera probable que ocurra; se trata, en definitiva, de una suposición que, de acuerdo con las circunstancias, puede ser más o menos realista[37].

Claridad en el rol: hace referencia a “la presencia o ausencia de una adecuada información sobre su papel en el puesto de trabajo, ya sea debido a la restricción de la información o a la falta de calidad en la misma”[38].

Conflicto en el rol: “Situación en que las demandas o exigencias en el trabajo son entre sí incongruentes o incompatibles para realizarlo”.[39]

Ambigüedad en el rol: “Situación que vive la persona focal, cuando no tiene suficientes puntos de referencia para desempeñar su labor o bien estos no son adecuados”[40]. En definitiva, dispone de una información inadecuada para hacerse una idea clara del rol que se le asigna, bien por ser incompleta, bien por ser interpretable de varias maneras, o bien por ser muy cambiante.

---

[35] MERONI, J. Manual de Psicología. Barcelona: Ediciones Morata. 1985.

[36] REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. Definición de creencias. [en línea]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>. [citado en 15 septiembre de 2012].

[37] Ibíd.

[38] LYON, Thomas F. Role clarity, need for clarity, satisfaction, tension, and withdrawal. En: Organizational Behavior and Human Performance. 1971. No. 6, p. 99-110.

[39] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 205.

[40] IRONSON, G. H. Jobstress and health. SANDMAN, B. A. The measurement of job stress. En: CRANNY, C.J., SMITH, P.C. y STONE, E. F. Job Satisfaction. Nueva York: Lexinton Books, 1992.

Sobrecarga del rol: “El resultado en un individuo cuando se espera que complete una amplia variedad de tareas en tiempo insuficiente”[41].

Rol trasmitido o requerido: “Consiste en comunicaciones surgidas de las expectativas del papel y que los miembros con injerencia en la malla del rol o papel envían, intentando así influir sobre la persona focal”[42].

Este estudio hace referencia a la asignación de funciones, las reglas y las normas que establece la institución hospitalaria al profesional de enfermería que se desempeña en los servicios de hospitalización. Para tal efecto se tuvo como referencia la descripción del cargo, así como las guías y protocolos de manejo de la institución para los profesionales de enfermería.

Conducta en el rol: “Respuesta que la persona que ejerce un rol da al complejo de información e influencias que ha recibido”[43].

Conjunto de actividades concretas y recurrentes que realiza el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de adultos en un hospital de tercer nivel de atención.

Persona focal: “Cualquier ocupante de un puesto a quien se haya singularizado para estudiarlo”[44].

Puesto: punto particular del espacio organizacional, que se asocia con uno o más roles que debe realizar un solo individuo[45].

Malla de rol: el número de individuos con los que una persona que ocupa un puesto en la organización se relaciona directa o indirectamente en la estructura de flujo de trabajo, o en la jerarquía de autoridad. Generalmente está constituida por su supervisor inmediato, sus subordinados y ciertos miembros de su servicio y/o departamento, o de otras

[41] CHANG, Esther and HANCOCK, Karen. Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. En: Nursing and Health Sciences. 2003. No. 5. p. 155-163.

[42] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 202.

[43] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 202.

[44] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 204.

[45] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 200.

dependencias, con los que trabaja en íntimo contacto, en virtud del flujo de trabajo, la tecnología y la estructura de autoridad de la organización[46].

Funciones: conjunto de actividades diferentes entre sí, pero similares por el fin común que persiguen[47]. Para efectos de este trabajo se tomó como el conjunto de actividades realizadas por los profesionales de enfermería que apuntaron a lograr un objetivo común, para favorecer el resultado esperado en los pacientes.

Actividad: "Secuencia recurrente de conducta que es inherente a la organización"[48].

Actividades de enfermería: acciones específicas que realiza el profesional de enfermería con el fin de conseguir un resultado deseado en el paciente, con un principio y un fin claramente definidos[49]. En esta investigación solo se tuvieron en cuenta las actividades realizadas por los profesionales de enfermería.

Guía clínica de atención: es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores de 5 años; debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente[50].
Las guías deben tener mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación, mecanismos de retroalimentación, y deben estar basadas en la evidencia.

---

[46] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 194

[47] Actualización en enfermería. Cursos online. 2010. [en línea]. Disponible en internet: <www.enfermeria-actual.com>. [citado en 28 octubre de 2012].

[48] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 200

[49] Ibíd.

[50] SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA. Guía práctica para la habilitación y certificación de prestadores de servicios de salud. Decreto 1011 y Resolución 1043 de 2006. Resoluciones 2680 y 3763 de 2007. 2006-2010. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/GUIA%20PRACTICA%20DE%20HABILITACION/Guia%20Practica%20Habilitacion.pdf>. [citado en: mayo de 2012].

Protocolo: conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica de la institución; su ejecución debe ser de carácter obligatorio. En las instituciones solo se exigirán las guías y protocolos de los procedimientos que realicen[51].

[51] Ibíd.

2. Marco teórico

2.1 Calidad y sus antecedentes

El concepto de calidad evolucionó fuertemente a lo largo del siglo XX. Desde el mero cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas por especialistas se ha avanzado hacia la satisfacción de los requerimientos de los clientes, siguiendo luego por la adaptación para el costo, que implica incluir el aspecto económico como consideración adicional a los elementos anteriormente mencionados.

Posteriormente se llega a la idea de satisfacción de los requerimientos potenciales, que quiere decir sorprender al cliente con cualidades y atributos que aún no han sido requeridos. Esta última fase promueve la innovación y el desarrollo de nuevas acciones que permitan generar ventajas competitivas difíciles de imitar por otras organizaciones o empresas.

Según Bounds[52], la calidad evoluciona a través de cuatro etapas: la de la inspección que se da en el siglo XIX, que se caracterizó por la detección y solución de los problemas generados por la falta de uniformidad del producto; la etapa del control estadístico del proceso, en la década de los años treinta, enfocada al control de los procesos y la aparición de métodos estadísticos para ese fin y para la reducción de los niveles de inspección del producto; la del aseguramiento de la calidad, que se da en la década de los años cincuenta, cuando surge la necesidad de involucrar a todos los departamentos de la empresa en el diseño, planificación y ejecución de políticas de calidad; y la etapa de la administración o gestión de la Calidad Total (TQM-Total Quality Management), que se

[52] BOUNDS, G.; YORKS, L.; ADAMS, M., y RANNEY, G. Beyond Total Quality Management. New York: McGraw-Hill. 1992. p. 412.

da en la década de los ochenta, cuando se consideran el mercado y las necesidades del consumidor, reconociendo el efecto estratégico de la calidad como una oportunidad competitiva.

Kaoru Ishikawa, con su modelo de Calidad Total, incluye un nuevo aspecto a tener en cuenta y es que, además del cumplimiento de normas técnicas para lograr un producto de excelente calidad, es necesario tener en cuenta la satisfacción del cliente con el mismo, ya que, aunque el aspecto técnico del producto se cumpla a cabalidad, puede ser que no llene las expectativas del consumidor final. Este último aspecto cambió la forma como se mide la calidad de los productos, ya que puso al consumidor o usuario como el máximo evaluador de la calidad. Esto en el caso de los servicios, especialmente los de salud, ha tenido mucha acogida; y aunque los usuarios o pacientes no siempre tienen claro qué es lo que deberían recibir como servicio, específicamente en el área técnica, sí se ha obligado a los prestadores a trabajar mucho más en brindar información precisa y adecuada sobre su proceso de salud y enfermedad, procedimientos a realizar, entre otros.

2.2 Calidad en los servicios de salud

Después de los avances en el concepto de calidad, se pasa a la definición de la calidad de los servicios, que en principio se quería tratar de la misma forma que se hacía con la producción de manufactura, a través de la adaptación de algunas técnicas de control y calidad. Sin embargo, Grönroos[53] enfatizó en que, dada la inmaterialidad, los servicios requieren una activa interacción entre el comprador y el proveedor. Esta relación origina el concepto de calidad percibida del servicio, que implica el juicio subjetivo del cliente sobre el servicio que recibe. La calidad percibida corresponde a la valoración global de los servicios recibidos; esta puede ser consciente o inconsciente, y va a determinar la actitud del cliente hacia el prestador, relacionados con la fidelidad y la trasmisión de la imagen de la empresa, entre otras.

---

[53] Ibíd.

Finalmente, aparece el concepto de calidad de los servicios de salud, propuesto por Avedis Donabedian, quien la define como:

> La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios[54].

Así mismo, A. Donabedian, considerado el padre de la calidad en los servicios de salud, propone dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas: la técnica y la interpersonal. La primera es la aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud, en relación con un problema personal de salud; también se refiere al uso de los recursos financieros, instalaciones, equipos, materiales y tiempo[55]. La dimensión interpersonal consiste en la interacción social que ocurre entre el paciente, sus familiares y el personal de salud[56].

El modelo conceptual de Donabedian abarca tres aspectos del control de la calidad: estructura, proceso y resultados. La estructura hace referencia al conocimiento, a la habilidad y a los recursos del proveedor de servicios para diagnosticar y tratar apropiadamente las condiciones de salud del paciente. El proceso se refiere al diagnóstico y la aplicación apropiada de las intervenciones terapéuticas, mientras que los resultados evalúan si los recursos profesionales y técnicos producen los efectos que se esperan en términos de salud o bienestar en el paciente[57].

Esta aproximación para la evaluación de la calidad solo es posible cuando se entiende que las tres dimensiones se relacionan entre sí y que cada una depende de las otras; así entonces, una buena estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado.

---

[54] RUELAS BARAJAS, Enrique y ZURITA GARZA, Beatriz. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. En: Salud Pública de México. Mayo-junio 1993. Vol. 35, no. 003. p. 235-237.

[55] Ibíd.

[56] Ibíd.

[57] Ibíd.

Sin embargo, Donabedian[58] afirma que el usuario vivencia la contribución que el cuidado hace a su salud en tres dimensiones: el trabajo técnico, la relación interpersonal y las comodidades en torno al cuidado.

Hay que asumir que la calidad del acto técnico en salud no se mide por el proceso realizado, sino por el resultado obtenido de él. Esto deja al paciente o al usuario en una posición privilegiada para evaluar la calidad de la atención en salud.

Por consiguiente, no solo se evalúa la calidad desde los aspectos técnicos de la prestación, sino que se valora una atención oportuna, continuada, con relaciones personales fluidas, eficiente, relacionando estrechamente los beneficios obtenidos de la atención con el costo generado. Debido a esto, Donabedian también enunció lo que denominó los siete pilares de la calidad de salud[59] que se mencionan a continuación:

• Eficacia: capacidad del cuidado en su forma más perfecta para contribuir a la mejora de las condiciones de salud.
• Efectividad: consecución de las mejorías posibles en las condiciones de salud.
• Eficiencia: capacidad de obtener la mayor mejoría posible al menor costo posible en las condiciones de salud.
• Optimización: relación costo-beneficio más favorable.
• Aceptabilidad: conformidad del paciente con respecto a la accesibilidad, la relación médico-paciente, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado.
• Legitimidad: conformidad con las normas sociales, valores, principios éticos en todos los aspectos mencionados en el punto anterior.
• Equidad: igualdad en la distribución del cuidado y sus efectos en la salud.

---

[58] Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO). Standards improvement initiative update1. Release Date. [en línea]. 2008, March 13. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/Standards/SII/Update_1.htm>. [citado en: abril de 2012].

[59] DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. En: Arch Pathol Cab Med. 1990. No. 114, p. 1114-1118.

2.3 Calidad de la atención en enfermería

La atención de enfermería es una parte esencial de la atención en salud y, por este motivo, influye decisivamente en la calidad global que se evalúa en una institución. Sin embargo, a veces es difícil ponderar el impacto que esta tiene sobre el total del servicio prestado por el equipo de salud. La evaluación de la calidad de la práctica de enfermería inició con Florence Nightingale cuando identificó el papel de la enfermería en la calidad asistencial y comenzó a medir los resultados del paciente, incorporando métodos estadísticos para generar informes de resultados de los pacientes, que correlacionaba con las condiciones ambientales. Con los años, la medición de la calidad en el cuidado de la salud ha evolucionado y así mismo la evaluación de la calidad de la atención en enfermería. La amplia difusión de la garantía de calidad, y la introducción del modelo de Donabedian, de estructura, proceso y resultado, en la década de los setenta han ofrecido un método global de evaluación de la calidad asistencial.

En efecto, enfermería, a través de estudios investigativos, también ha logrado crear indicadores que permiten establecer la calidad de su desempeño, vinculada a los resultados obtenidos por los pacientes e identificando a la vez su relación con variables de la estructura, los procesos de atención y cuidado, así como los resultados y la satisfacción del paciente.

Como se planteó, evaluar la calidad de la atención de enfermería no es solo necesario, por las implicaciones que tiene en la seguridad y calidad global de la atención sanitaria, sino que es un principio fundamental para la profesión, ya que es su responsabilidad medir, evaluar y mejorar la práctica.

La práctica del profesional de enfermería está enmarcada en cuatro roles tradicionales que se han definido en razón de las funciones que son comúnmente más conocidas. Los roles son: asistencial, administrativo, educativo e investigativo[60]. Sin embargo, desde la perspectiva de las ciencias administrativas, y de acuerdo con las circunstancias de las

---

[60] VANEGAS, Blanca Cecilia y cols. Roles que desempeñan profesionales de enfermería en Instituciones Geriátricas de Bogotá. En: Revista Colombiana de Enfermería. 2010. Vol. 5, año 5. p. 81-92.

organizaciones de salud, específicamente del sector hospitalario, se ha destacado la participación de la enfermera en el aseguramiento de la calidad y en la búsqueda del mejoramiento permanente de las actividades propias de la profesión durante la práctica asistencial. Por lo que, desde esta visión, este trabajo retoma los roles presentados por el modelo de efectividad del rol de Irvine y Sidane (roles dependiente, interdependiente e independiente), que tiene como base de su propuesta los tres elementos propuestos por A. Donabedian (estructura, proceso, resultado). A continuación se ahonda en este modelo.

2.3.1 Modelo de Efectividad del rol

El modelo de Efectividad del rol de enfermería[61], planteado por Irvine y Sidane, recoge los postulados de la teoría de Donabedian y los adapta para poder medir la calidad de la atención de enfermería. Es así como este modelo incluye los componentes de estructura, proceso y resultado. El componente de estructura[62] abarca las variables de la enfermera, el paciente y la organización de la unidad de enfermería que influencian los procesos y resultados del cuidado. Las variables de la enfermera incluyen todas aquellas relacionadas con su experiencia, conocimiento y habilidades que en el desempeño darán cuenta del rol que desempeñará. Las variables del paciente son aquellas que reflejan sus características demográficas, como la edad, el género; características relacionadas con la enfermedad, como la severidad de la enfermedad, y la función física y psicológica en el momento de la admisión. Las variables organizacionales se enfocan sobre las medidas de los patrones de trabajo, por ejemplo la mezcla del *staff*, la carga de trabajo, el liderazgo y las estructuras de apoyo a la claridad de rol y autonomía profesional. Estas variables de la organización comprenden factores que dentro del contexto de la práctica influencian la capacidad de los profesionales de enfermería para adoptar efectivamente su rol.

En el componente de proceso se tienen en cuenta los roles dependiente, interdependiente e independiente que desarrolla el profesional de enfermería en su labor de brindar cuidado. El rol independiente consiste en las funciones y responsabilidades

[61] IRVINE y cols. Op. cit., p. 110.

[62] IRVINE y cols. Op. cit., p. 111.

propias y exclusivas del profesional de enfermería. Estas incluyen actividades realizadas por enfermeras profesionales que no requieren la orden de un médico; promover el confort físico, facilitar el autocuidado, dar educación, realizar actividades de prevención, entre otras, son ejemplos de este tipo de tratamientos. El rol interdependiente consiste en actividades para las que el profesional de enfermería depende parcial o totalmente de las funciones de otro profesional del cuidado en salud para su cumplimiento. El rol dependiente consiste en las funciones y responsabilidades que se derivan de tratamientos instaurados por el médico, así como el cumplimiento de órdenes médicas.

El componente de resultado[63], tal como su nombre indica, consiste en la consecuencia en el estado del paciente como respuesta a la atención en salud. Además, también se evalúan resultados subjetivos, por ejemplo comportamientos y percepciones resultantes de las acciones de enfermería.

Es importante resaltar, por ser el objeto de estudio de esta investigación, que aunque el concepto de rol está ubicado en el componente de proceso del modelo, también juega un papel muy importante en el componente de estructura, ya que es desde ahí que la organización define, de acuerdo con sus parámetros, el rol requerido, y el contexto laboral definirá el rol percibido e influirá en la conducta en el rol, que son conceptos del modelo de Katz y Kahn que se explicarán más adelante en este capítulo.

Finalmente, el modelo de efectividad del rol de enfermería propone relaciones entre variables específicas dentro de los componentes de estructura, proceso y resultados. Las proposiciones centrales del modelo son[64]:

1. Las habilidades de comprometerse efectivamente con los roles dependiente, independiente e interdependiente están afectadas por las variables de la enfermera, el paciente y la organización.
2. Las variables de la enfermera, el paciente y la organización afectan directa e indirectamente los resultados.

---

[63] IRVINE y cols. Op. cit., p. 112.

[64] IRVINE y cols. Op. cit., p. 112.

3. Los roles de enfermería afectan los resultados del cuidado. Las intervenciones de enfermería, propias del rol independiente, tienen efecto directo sobre los resultados en términos clínicos, funcionales, de conocimiento, satisfacción y costos.

2.4 La organización como un sistema abierto

Desde la perspectiva de la psicología y de la sociología, existen varias teorías que buscan explicar y describir los procesos internos de las organizaciones. Las teorías tradicionales consideran las organizaciones como sistemas cerrados, autónomos y aislados del mundo exterior. En la década de 1960, estas teorías de la organización mecanicista fueron rechazadas en favor de postulados más holísticos y con ideologías humanistas. Reconociendo que la teoría tradicional no había podido tener en cuenta muchos factores ambientales que afectan la eficiencia de las organizaciones, la mayoría de los teóricos e investigadores adoptaron un punto de vista de sistemas abiertos de las organizaciones[65].

El término "sistemas abiertos" refleja la creencia de que todas las organizaciones son únicas y por lo tanto deben estar estructuradas para dar cabida a problemas y oportunidades únicas. Así mismo, es necesario tener en cuenta el ambiente que envuelve cada organización, tanto externo como interno. La investigación durante la década de 1960 demostró que las organizaciones burocráticas tradicionales, en general, no tenían éxito en entornos en los que las tecnologías o los mercados estaban cambiando rápidamente. Tampoco daban importancia a la influencia que la cultura y la región podían tener en la motivación de los trabajadores; esto fue un gran error que afectaba gravemente la eficacia y eficiencia de la organización misma[66].

---

[65] LUHMANN, Niklas. Introducción a la teoría de sistemas. 1996. México. Disponible en: <http://books.google.com.co/books?id=mfx7SwHpMUoC&pg=PA59&lpg=PA59&dq=teor%C3%ADa+de+sistemas+abiertos&source=bl&ots=-L8-USu4IC&sig=qxrUMbx9N0Qwjke3-t_lc4ZdEk8&hl=en&sa=X&ei=TKVXUc-BD4bg8wTG74HoCg&ved=0CCYQ6AEwADgK#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20de%20sistemas%20abiertos&f=false>. [citado en: abril de 2012].

[66] KATZ, D. y KAHN, R. Psicología social de las organizaciones. Sexta ed. México: Ed. Trillas. 2004. p. 25.

Katz y Kahn desarrollaron un modelo de organización más amplio y complejo mediante la aplicación de la teoría de sistemas y la teoría de las organizaciones. Luego compararon las posibilidades de aplicación de las principales corrientes sociológicas y psicológicas en el análisis organizacional y propusieron que la teoría de las organizaciones se liberara de las restricciones y limitaciones de los enfoques previos y utilizara la teoría general de sistemas. A continuación se expone la teoría planteada por estos dos investigadores en su libro *La psicología social de las organizaciones*.

La teoría sistémica, según Katz y Kahn, entiende las organizaciones como un "sistema energético de insumo-resultado, en el cual la energía proveniente del resultado, reactiva el sistema"[67]. Todos los sistemas sociales, incluidas las organizaciones, consisten en una planta o patrón de actividades de un número de individuos: si el patrón de actividades solo se presentara una vez o a intervalos independientes, no podría hablarse de organización. El enfoque sistémico, en palabras de Katz y Kahn, hace posible "examinar la estabilidad o recurrencia de las actividades, en relación con el insumo energético del sistema, la trasformación de energía dentro del sistema y el producto resultante o resultado energético".

Los sistemas abiertos, según estos dos autores, tienen diez características[68]:

- **Importación (entradas)**: la organización recibe insumos del ambiente y necesita suministros de energía de otras instituciones, o de personas, o del ambiente material. Ninguna estructura social es autosuficiente ni autocontenida.
- **Trasformación (procesamiento)**: los sistemas abiertos trasforman la energía disponible. La organización procesa y trasforma sus insumos en productos acabados, mano de obra, servicios, etc.
- **Exportación (salida)**: los sistemas abiertos exportan ciertos productos hacia el ambiente.

---

[67] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 200.

[68] Ibíd., p. 202.

- **Los sistemas como ciclos de eventos que se repiten**: el funcionamiento de cualquier sistema consiste en ciclos repetitivos de importación- trasformación-exportación.
- **Entropía negativa**: los sistemas abiertos necesitan moverse para detener el proceso entrópico a fin de reabastecerse de energía manteniendo indefinidamente su estructura organizacional.
- **Información como insumo**: los sistemas abiertos reciben también insumos de tipo informativo que proporcionan señales a la estructura sobre el ambiente y sobre el funcionamiento en relación con este.
- **Estado de equilibrio y homeostasis dinámica**: en este sentido, los sistemas abiertos se caracterizan por un estado de equilibrio: existe un flujo continuo de energía del ambiente exterior y una continua exportación de productos del sistema; sin embargo, el cociente de intercambio de energía y las relaciones entre las partes siguen siendo los mismos.
- **Diferenciación**: la organización tiende a la multiplicación y elaboración de funciones, lo que le trae también multiplicación de roles y diferenciación interna.
- **Equifinalidad**: plantea que un sistema puede alcanzar, por diversos caminos, el mismo estado final, partiendo de diferentes condiciones iniciales.
- **Límites o fronteras**: la organización presenta barreras entre el sistema y el ambiente. Estas definen el campo de acción del sistema, como también su grado de apertura con relación al ambiente.

2.4.1 Adopción del rol en la organización, según la Teoría de Sistemas Abiertos

Tal como plantean Katz y Kahn, el rol o papel ocupa un lugar central en las organizaciones, que son sistemas sociales abiertos que poseen ciertas características que los definen. Una de estas características determina el tema de la investigación del presente estudio: “Las organizaciones tienen una pauta de papel (rol), formal y compleja, en que la división del trabajo produce una especificidad funcional de desempeño: de este

modo, las organizaciones sociales, más que otros grupos, utilizan los papeles (roles) como subsistemas que permiten darles cierto grado de duración”[69].

Se considera que los sistemas sociales están anclados en las actitudes, percepciones, creencias, motivaciones, hábitos y expectativas de los seres humanos. Se sabe, por ello, que cada individuo responde a la organización según como la percibe, lo que quizá se diferencie, de distintas maneras, de lo que en realidad es la organización. En un sentido directo, el individuo no responde a la organización objetiva situada en su ambiente social objetivo, sino a la representación que de la misma existe en su ambiente psicológico[70].

En toda organización es posible ubicar a cada individuo en la serie total de relaciones y conductas en proceso que aquella incluye; para lograrlo, el puesto es un concepto clave, pero a su vez se asocia con cada puesto una serie de actividades o conductas esperadas, que constituyen el rol que ha de cumplir, al menos aproximadamente, toda persona que ocupe el puesto[71].

Describir la trasmisión y recepción del rol tiene como base cuatro conceptos: expectativas del rol, que son estándares de evaluación aplicados a la conducta de cualquier persona que ocupe un puesto o una posición organizacional dada; rol trasmitido, que consiste en comunicaciones surgidas de las expectativas del rol y que los miembros con injerencia en la malla del rol envían, intentando así influir sobre la persona focal; rol recibido, que es el modo como la persona focal percibe las trasmisiones relativas al rol, que otros le envían (incluyendo las que él mismo se “trasmite”); conducta en el rol, que es la respuesta que la persona focal da al complejo de información e influencias que ha recibido[72].

Puede considerarse que esos cuatro conceptos constituyen una secuencia o un episodio del rol. En este estudio en particular se consideraron: el rol trasmitido, que para efectos

---

[69] Ibíd., p. 204.

[70] Ibíd., p. 198.

[71] Ibíd., p. 193.

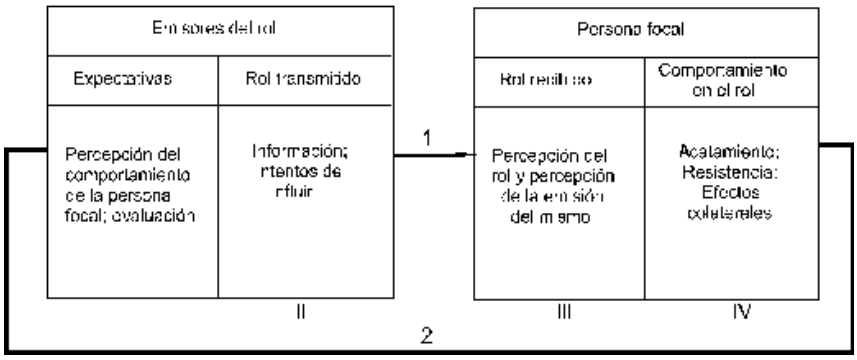
[72] Ibíd., p. 203.

de esta investigación hace referencia a la solicitud explícita y tangible de las expectativas del rol que tiene la organización, para el profesional de enfermería de los servicios de hospitalización adultos, por lo que se optó por renombrarlo como el rol requerido. El rol recibido o percibido y la conducta en el rol. El rol requerido tiene relación con motivadores, cogniciones y la conducta de los miembros que constituyen la malla del rol; los dos últimos, el rol percibido y la conducta en el rol, se refieren a las cogniciones, motivaciones y conducta de la persona focal.

Al comunicar las expectativas del rol a la persona focal, se ha completado la primera mitad del episodio del papel (rol). La segunda mitad se refiere a las percepciones y conductas de la persona focal, quien recibe con mayor o menor distorsión las expectativas del papel (rol) que se le envían.

Este papel recibido o percibido constituye la fuente inmediata de influencia y motivación de su conducta (hasta donde influyan sobre ella los miembros con injerencia en la malla del papel o rol). Finalmente, la persona focal actúa: se conduce en su papel, manifestando alguna combinación de acato y respeto a las expectativas del grupo que dispone su rol, el cual observa y evalúa su conducta con relación a las expectativas y necesidades propias; con esto, el ciclo pasa a otro episodio.

Figura 2-1: Modelo de episodio del rol. Katz y Kahn.



Fuente: KATZ, D. y KAHN, R. *Psicología social de las organizaciones*. Sexta ed. México: Ed. Trillas. 2004. p. 203.

El designar un puesto como focal se hace solo para efectos de poder identificar y estudiar una parte de la organización. Un estudio más completo requiere tratar a cada

unidad, sucesivamente, como focal; mientras se identifican la red de roles, las expectativas del rol, el rol trasmitido y el percibido y, por último, el comportamiento final resultante.

A su vez, el episodio de rol consiste en una secuencia de acontecimientos que implica a una red de personas. Se trata de actividades que aquella necesita realizar para que ellos ejecuten sus roles o conserven sus satisfacciones. En una gran organización se dan muchos ciclos continuos de enviar, recibir, responder, evaluar y volver a enviar en manos de personas que ocupan muchas mallas de rol, que se traslapan. De hecho, casi cualquier persona de la organización emite y recibe múltiples episodios de rol. Desde esta perspectiva, habiendo más de un emisor, es difícil pensar que las expectativas trasmitidas a una sola persona sean coherentes, por lo que las organizaciones humanas se caracterizan por cierto grado de conflicto en el rol[73].

Así mismo, las expectativas de rol, que mantienen los miembros de una red de roles, están determinadas en gran medida por el contexto general de la organización. La tecnología, la estructura, las políticas, los sistemas de recompensa y los castigos determinan, en gran medida, el contenido de los puestos.

Existen diferentes tipos de conflicto de rol. Katz y Kahn describen el intraemisor, cuando las expectativas venidas de un solo miembro con injerencia en la malla del rol resultan incompatibles; el interemisor cuando las expectativas emitidas por varios miembros a una persona entran en conflicto; entre papeles que se presenta siempre que las expectativas de un rol entren en pugna con las de otro rol que la misma persona lleve a cabo; por último está el conflicto persona-papel, que ocurre cuando los requerimientos del rol violan las necesidades, valores o capacidades de la persona focal.

De estos cuatro tipos básicos se desprenden otras formas complejas de conflicto, como la sobrecarga del rol, el conflicto de imagen, la ambigüedad del rol, entre otras.

---

[73] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 206.

El primero de estos aspectos tiene que ver con la claridad del rol, que hace referencia a “la presencia o ausencia de una adecuada información sobre su papel en el puesto de trabajo, ya sea debido a la restricción de la información o a la falta de calidad en la misma”[74]. Este aspecto alude directamente a como le han sido expresadas las expectativas de la organización, y como las ha percibido. Cuando las expectativas del rol que recibe la persona no son claras, con la suficiente información para el desempeño adecuado del rol, puede provocar una disfunción, que se conoce como la ambigüedad del rol, que ha sido relacionada en muchos estudios con la insatisfacción con el trabajo y con el deseo de abandonar el puesto[75].

Otro de los aspectos importantes para este estudio fue la imagen. Según Benne y Bennis[76], el profesional de enfermería se encuentra comúnmente frustrado por la diferencia entre su imagen "real" de enfermería y las funciones que debe asumir en situaciones de trabajo real. En otras palabras, la imagen que el profesional de enfermería tiene sobre su rol en los servicios de hospitalización está ligada a asumir funciones de cuidado, donde el contacto con el paciente y su familia es muy importante, pero lo que se requiere de él lo aleja de esa imagen ideal que tiene sobre el deber ser de su rol. En esta imagen también se incluyen aspectos de la imagen social, es decir, la percepción que tiene el profesional de enfermería con respecto a cómo lo ven sus pares y demás miembros del equipo de salud.

La sobrecarga del rol es otro de los aspectos clave para esta investigación y se define como “el resultado en un individuo cuando se espera que complete una amplia variedad de tareas en tiempo insuficiente”[77]. La sobrecarga ha sido asociada negativamente con la satisfacción laboral y con el estrés del rol[78].

---

[74] LYON, Thomas F. Role clarity, need for clarity, satisfaction, tension, and withdrawal. En: Organizational Behavior and Human Performance. 1971. No. 6. p. 99-110.

[75] SANCERNI, María Dolores. El cuestionario general de ambigüedad de rol: un estudio de algunos aspectos de validez de constructo. En: Revista de pensamiento I analisi. 1990. Vol. XV, no. 1i2.

[76] BENNE y BENNIS. Op. cit., p. 380-383.

[77] CHANG y HANCOCK. Op. cit., p. 155-163.

[78] LLORET, GONZÁLEZ y PEIRÓ. Op. cit., p. 393-405.

3. Marco de diseño

3.1 Tipo de estudio

Con el objeto de dar respuesta a la pregunta de investigación se utilizó la metodología cuantitativa de tipo descriptivo y corte transversal, que buscó describir la conducta en el rol, el rol requerido y el rol percibido por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización de adultos en un hospital de tercer nivel de atención.

3.2 Unidad de observación

Profesionales de enfermería que se encontraban trabajando en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel de atención, durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2012.

3.3 Población y muestra

La población del estudio estuvo conformada por el total de profesionales de enfermería que se encontraban trabajando en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel de atención, durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2012.

En total se observaron 64 profesionales de enfermería que cumplieron con los criterios de inclusión.

<u>Criterios de elegibilidad</u>

- Profesionales de enfermería que laboraban en los servicios de hospitalización adultos, en la institución hospitalaria objeto del estudio, en los turnos de la mañana, tarde y noche.

- Profesional de enfermería que tuviera una vinculación con la entidad hospitalaria no menor de 1 mes.

Por otra parte, se aplicó muestreo para la determinación de los periodos necesarios de observación a cada profesional, para la variable de conducta de rol. Aunque la unidad de observación estuvo constituida por los profesionales de enfermería, es necesario mencionar que para esta variable se establecieron periodos de observación de dos horas cada uno. En cada periodo de observación se registró la realización o no de la actividad i, i=1, 2, . . . ,108, por tanto en principio se trata de un resultado dicotómico de presencia-ausencia. En virtud de lo cual, para estimar la proporción de periodos en los cuales la actividad i esté presente y para efectos de conformación de la conducta en el rol, estos se consideran como una población infinita de periodos. Entonces, estimar una proporción poblacional se sustenta con una muestra de tamaño *n*, con las precisiones de confianza 100(1-α) y error máximo admisible de 100ε, mediante la siguiente expresión:

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^{2}\pi(1-\pi)}{\epsilon^{2}}$$

Para que la estimación cubra la totalidad de actividades se asume π=0,5 y de esta manera se obtiene la muestra con mayor holgura de tamaño. Utilizando una confianza del 95% y un error máximo admisible de 5%, el tamaño requerido es al menos de 384 periodos de observación.

Habiendo definido periodos de observación de 2 horas, se dividieron el total de los 384 periodos entre el número de profesionales de enfermería a observar; el resultado fue que a cada uno se debía observar durante 6 periodos.

3.4 Variables

Las variables estudiadas en esta investigación según el modelo de Episodio de Rol de Katz y Kahn fueron las siguientes:

- Conducta en el rol del profesional de enfermería, que se evaluó a través de la observación estructurada no participante, durante los periodos establecidos.
- Percepción del rol del profesional de enfermería, medición que se llevó a cabo a través de una encuesta estructurada diseñada exclusivamente para este estudio, donde se indagó por la presencia o ausencia de aspectos de conflicto en el rol, tales como claridad del rol, sobrecarga de rol e imagen.
- Rol requerido, que fue valorado a través de la revisión de la descripción del cargo y el análisis de las guías y protocolos de la institución. Para este fin, se tomaron las guías y protocolos que según habilitación se conocen como de obligatorio cumplimiento (protocolo de venopunción, guía de procedimiento para cateterismo vesical, guía para el recibo y entrega de turno, guía de prevención de caídas, guía para el control de líquidos administrados y eliminados, guía de administración de medicamentos y guía plan de cuidados de enfermería al paciente hospitalizado).

Tabla 3-1. Operacionalización de variables.

Variable	Concepto	Indicador	Operacionalización	Fuente	Instrumento
Conducta en el rol	"Respuesta que la persona que ejerce un rol da al complejo de información e influencias que ha recibido"[79].	Actividades y tareas realizadas por los profesionales durante un periodo. Actividades clasificadas en funciones. Funciones clasificadas en roles.	Actividades recurrentes y estables que realizan los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en Bogotá.	Observadores que registran las actividades realizadas por los profesionales de enfermería durante los periodos definidos.	Formato de observación.
Rol percibido	En este estudio se tomó como definición de rol percibido, las percepciones, expectativas y creencias que	Respuestas de la encuesta.	Preguntas de la encuesta relacionadas con claridad del rol, imagen, sobrecarga y conflicto del rol.	Profesionales de enfermería de los servicios de hospitalizació n adultos que voluntariamen	Cuestionario de encuesta.

[79] Ibíd., p. 202.

Variable	Concepto	Indicador	Operacionalización	Fuente	Instrumento
	los profesionales tengan con respecto a lo que, según ellos, les corresponde hacer en los servicios de hospitalización en cumplimiento de su trabajo, vinculados con las conductas de rol de otros con quienes se relacionan por su posición.			te deciden participar en el estudio a través de la respuesta de la encuesta.	
Rol requerido	En este estudio hace referencia a la asignación de funciones, las reglas y las normas que establece la institución hospitalaria al profesional de enfermería, que se desempeña en los servicios de hospitalización.	Revisión de la descripción del cargo de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos, junto con los protocolos y guías de manejo de los servicios estudiados.	Funciones de la descripción del puesto de trabajo. Actividades asignadas al profesional de enfermería en protocolos y las guías analizadas (obligatorio cumplimiento).	Documentos institucionales: • Manual de descripción del cargo. • Guías y protocolos de obligatorio cumplimiento.	Plantilla de análisis de información documental.

3.5 Fuentes de información

Las fuentes de información de este estudio fueron tres. La primera, los periodos de observación de dos horas (se completó un total de 6 periodos por profesional) con los que se buscó describir la conducta en el rol que, para efecto de este estudio, se definió como “el conjunto de funciones y actividades concretas y objetivas que realiza el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de adultos en un hospital de tercer nivel de atención”.

La segunda fuente de información fue la suministrada por los profesionales de enfermería, de los servicios seleccionados, que respondieron la encuesta, cuyo objetivo fue el de describir el rol percibido.

Y por último, los documentos de descripción del cargo y las guías y protocolo de obligatorio cumplimiento con que cuenta la institución estudiada, para describir el rol requerido de los profesionales de enfermería. (Protocolo de venopunción, guía de procedimiento para cateterismo vesical, guía para el recibo y entrega de turno, guía de prevención de caídas, guía para el control de líquidos administrados y eliminados, guía de administración de medicamentos y guía plan de cuidados de enfermería al paciente hospitalizado).

3.6 Instrumentos

Para el presente estudio se diseñaron dos formatos. El primero, construido a partir de 74 actividades que se extractaron de la descripción del cargo y de las guías y protocolos estudiados, al que posteriormente se le adicionaron otras actividades que los profesionales realizaban y de las que dieron cuenta los observadores durante la prueba piloto. Se utilizó un formato por periodo observado. (Ver modelo en anexo A).

Adicionalmente, se diseñó un cuestionario para la encuesta estructurada, donde la mayoría de las preguntas fueron de tipo Likert y buscaban conocer las percepciones, expectativas y creencias que los profesionales tienen con respecto a lo que, según ellos, les correspondería hacer en los servicios de hospitalización en cumplimiento de su trabajo.

Durante la revisión de la literatura se encontraron algunos aspectos que con más frecuencia causan conflicto de rol, por lo que fueron seleccionados para ser indagados en la encuesta a los profesionales de enfermería. Estos aspectos son: ambigüedad del rol, sobrecarga del rol, imagen y conflicto de rol en sí mismo. Además, se revisaron las escalas para evaluar la ambigüedad y el conflicto de rol diseñadas por Rizzo, House y

Lirtzman[80], y aunque estas últimas no se tomaron de manera explícita por considerar que en algunos casos los ítems preguntados no aplicaban totalmente para los profesionales de enfermería, sí se tomó como modelo el diseño de las mismas, con frases redactadas en primera persona, con un vocabulario accesible y de corta extensión, con escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que van desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo.

La encuesta total contiene 21 ítems; 4 preguntan por el aspecto de claridad del rol, 4 acerca de sobrecarga del rol, 7 se relacionan con imagen del rol y 6 con conflicto de rol. (Ver anexo B).

3.7 Recolección de datos

Luego de obtenido el aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, se solicitó el aval del Comité de Ética de la institución en la que se desarrolló este proyecto.

Una vez obtenidos los dos avales, se llevó a cabo la recolección de datos, en tres fases, que a continuación se explican:

Fase 1: durante esta fase se obtuvieron, del Departamento de Enfermería, los documentos que para este estudio constituyeron el rol requerido. Estos documentos son: la descripción del cargo del profesional de enfermería de los servicios de hospitalización adultos y las guías y protocolos de cumplimiento obligatorio de enfermería de la institución (protocolo de venopunción, guía de procedimiento para cateterismo vesical, guía para el recibo y entrega de turno, guía de prevención de caídas, guía para el control de líquidos administrados y eliminados, guía de administración de medicamentos y guía plan de cuidados de enfermería al paciente hospitalizado). A partir de esta información se configuró un listado de 74 actividades, que fueron la base del formato de recolección de datos de la observación estructurada (conducta en el rol).

---

[80] RIZZO, J., HOUSE, R. E. y LIRTZMAN, J. Role conflict and ambiguity in complex organizations. En: Administrative Science Quarterly. 1970. no. 15. p. 150-163.

Fase 2: para la observación estructurada, no participativa, que tuvo como fin la descripción de la conducta en el rol de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos, se propusieron periodos de observación de dos horas. Según lo sugiere la literatura[81], los periodos cortos pueden ayudar a evitar el cansancio y desvío del observador y el estrés de los participantes. Además, cuando las conductas y sucesos son relativamente frecuentes, los marcos temporales de observación tienen la virtud de acentuar la representatividad de las conductas observadas[82].

Mediante análisis estadístico se definió un total de 384 periodos de observación que se distribuyeron de modo uniforme para cada uno de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos, que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, que en total fueron 64.

Los turnos laborales se dividieron en periodos de dos horas, de tal forma que los profesionales de los turnos de mañana y tarde se observaron durante dos turnos completos, pero fraccionados, en días diferentes y haciendo dos observaciones por periodo según la franja horaria, es decir, el turno de la mañana se dividió en periodos de 7 a 9 a. m., de 9 a 11 a. m. y de 11 a 1 p. m. A cada profesional de este turno se observó durante dos periodos, por cada una de las franjas horarias arriba mencionadas, pero en días diferentes. De la misma forma, los profesionales del turno de la tarde fueron observados en periodos de dos horas, en franjas de 1 a 3 p. m., 3 a 5 p. m. y 5 a 7 p. m. De cada franja se hicieron dos observaciones, pero en días diferentes, completando un total de seis observaciones por profesional.

El turno de la noche se dividió en seis periodos: de 7 a 9 p. m., de 9 a 11 p. m., de 11 a 1 a. m., de 1 a 3 a. m., de 3 a 5 a. m. y de 5 a 7 a. m. Cada profesional de enfermería de este turno (noche par y noche impar) fue observado durante un periodo, por cada franja, pero en días diferentes, completando también un total de seis periodos observados.

---

[81] CHANG A. M. y TWINN, S. Role determination in nursing, implications for service provision. En: Journal of Nursing Management. 1995. Vol. 3, no. 1. p. 25±34.

[82] POLIT, D. y HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. México: McGraw-Hill. 2000, p. 359.

La distribución de las fechas y de las franjas a observar para cada uno de los profesionales de enfermería se asignó de forma aleatoria a través de una tabla realizada en Excel para evitar el sesgo. (Ver anexo C).

Las 74 actividades resultantes de la fase 1 sirvieron como base para la construcción del formato de recolección de datos de la observación, donde se tenían los espacios para registrar la hora de inicio y la hora de finalización de cada actividad, lo que permitió además hacer el conteo del número de veces que se llevó a cabo cada una de ellas en el periodo observado.

Se realizó una prueba piloto de una semana, donde se ajustó el formato de recolección, adicionando las actividades que los profesionales de enfermería realizaban y que no estaban en el listado inicial. De esta forma se adicionaron 34 actividades al formato y se completó un total de 108 actividades. Después de esto se completaron los 384 periodos de observación, que se realizaron durante 6 semanas, en los meses de agosto y septiembre.

Es importante mencionar que, antes de llevar a cabo las observaciones, los profesionales que las realizaron recibieron instrucción con respecto al manejo de los formatos, de tal forma que se estandarizó el proceso de observación y la consignación de la información.

Fase 3: luego de concluir la fase de observación, se aplicaron las encuestas, con el fin de describir la percepción del rol de los profesionales de enfermería.

El cuestionario fue construido exclusivamente para este estudio, conformado por dos partes. La primera cuenta con nueve preguntas de caracterización de los profesionales de enfermería, la segunda es una escala de Likert que evalúa percepciones, expectativas y creencias que los profesionales tienen con respecto a lo que según ellos les correspondería hacer en los servicios de hospitalización en cumplimiento de su trabajo, vinculados con las conductas en el rol de otros con quienes se relacionan por su posición. Esta parte del cuestionario fue sometida al juicio de diez expertos, para la estimación de su validez facial. Mediante correo electrónico se envió a diez expertos (enfermeros con experiencia en los servicios de hospitalización, coordinadores de servicios de hospitalización y profesores universitarios de las áreas clínicas de

enfermería) un formato en Excel donde debían evaluar cada uno de los ítems de las preguntas bajo los criterios de comprensión, precisión y claridad. (Ver anexo D). Las opciones de respuesta eran “sí” o “no” y a cada una de estas opciones se le asignó un valor: “sí” (1) y “no” (0). Adicionalmente se tenía una columna para las observaciones que los jueces tuvieran con respecto a cada ítem. Con los valores se aplicó el índice de validez según el modelo de Lawshe. Se halló el índice de validez a cada uno de los ítems del cuestionario en cada criterio y se hallaron los índices generales, cuyos resultados fueron: 0,929 para comprensión, 0,962 para claridad y 0,938 para precisión. De tal forma que, aunque las observaciones fueron solo cuatro, para diferentes ítems, dado el puntaje obtenido no fue necesario modificar ninguno de los ítems de la encuesta. (Ver anexo E).

Para la realización de las encuestas se abordaron los profesionales de enfermería que habían participado previamente en la observación estructurada, se les informó sobre el objetivo de la encuesta y las condiciones de la misma. Por solicitud de la institución se acordó entregar el cuestionario, para no hacer las encuestas en la institución o citar el personal en horarios diferentes a sus turnos de trabajo. De esta forma se entregaron personalmente los cuestionarios con los respectivos consentimientos y los sobres de manila donde debían consignarlos y se les indicó que podían dejarlos en un buzón dispuesto para ello. Finalmente se dispusieron buzones por una semana para que quienes quisieran participar depositaran ahí los sobres sellados con las encuestas diligenciadas, sin que tuvieran temor de ser relacionados con sus respuestas.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Inicialmente los datos recolectados tanto de la observación como de la encuesta se sistematizaron en tablas en Excel.

Con la información recolectada durante la observación estructurada, se buscó a través de métodos sencillos de análisis, como frecuencia, tiempo de realización y porcentajes acumulados, establecer un orden, para finalmente construir el listado de actividades que constituyen la conducta en el rol tanto generalizada como de acuerdo con el turno y el servicio de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos en la institución de estudio. Para este análisis se utilizaron además tablas dinámicas y la regla del codo.

Adicionalmente se halló el coeficiente de Gini[83], que es una medida de la dispersión estadística que mide la desigualdad entre los valores de una distribución de frecuencias. Un coeficiente de Gini de cero expresa la perfecta igualdad, donde todos los valores son los mismos, mientras que un coeficiente de Gini de uno expresa la desigualdad máxima entre los valores, esto para describir si las actividades realizadas por los profesionales de enfermería estuvieron distribuidas en forma equitativa o no, de acuerdo con su frecuencia de realización. La fórmula utilizada se expone a continuación:

$$G = \left(\frac{2}{n \sum_{i=1}^{n} x_i} \sum_{i=1}^{n} i x_{(i)} \right) - 1 - \frac{1}{n}$$

$$x_{(1)} < x_{(2)} < \ldots < x_{(n)}$$

Finalmente, el total de actividades realizadas por los profesionales de enfermería se agruparon en funciones y estas se clasificaron en los tres roles propuestos en el modelo de efectividad del rol, adjuntando los tiempos empleados para cada uno de ellos.

Con los datos recolectados de la encuesta de percepción del rol se configuró una base de datos en Excel, que posteriormente se pasó a SPSS versión 20, licenciado por la Universidad Nacional, para llevar a cabo los análisis estadísticos y las tablas que aparecen en el capítulo de resultados, donde inicialmente se realiza una caracterización de la población y posteriormente se cuantifican las respuestas de cada una de las preguntas, que fueron agrupadas según el concepto indagado. El primer grupo de preguntas se encaminó a evaluar la claridad del rol, el segundo grupo evaluó la sobrecarga de rol y los dos últimos grupos valoraron la imagen y el conflicto de rol en sí mismo.

Por último se presenta un escrito con los hallazgos más importantes y destacables del análisis realizado a los documentos con los que se pretendió evaluar el rol requerido de los profesionales de enfermería (descripción del cargo, guías y protocolo).

---

[83] SARABIA ALEGRÍA, J. M. y PASCUAL SÁEZ, M. P. Curso básico de estadística para economía y administración de empresas. En: Servicio de consultas Universidad de Cantabria. 2006. p. 74-78.

3.9 Aspectos éticos

Inicialmente, es importante mencionar que esta investigación se presentó ante los comités de ética tanto de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia como de la institución hospitalaria donde se realizó el estudio. La recolección de datos no se inició una vez se obtuvo la aprobación de estos dos órganos asesores.

Con respecto a la categorización estipulada por el Ministerio de Salud de Colombia en la Resolución 8430[84], título II, artículos 5, 6 y 11, esta investigación se clasifica como "sin intervención alguna", por lo tanto se considera investigación "con riesgo mínimo". El principal riesgo que se podría haber generado está relacionado con el proceso de observación a los profesionales de enfermería en su diario quehacer, que pudo generar incomodidad y estrés. Para reducirlo, se explicó el carácter académico de la investigación, se garantizó el manejo confidencial de la información, se advirtió de la libertad de participar en la misma y finalmente se pidió consentimiento verbal.

Para garantizar el carácter voluntario de la participación de los profesionales de enfermería en la encuesta, se diseñó un formato de consentimiento informado (ver anexo F). Antes de la entrega del sobre que contenía el consentimiento informado y el formato de la encuesta, se abordó a cada persona para explicar de forma global el tema de la investigación, las medidas de protección y confidencialidad que se tomarían para proteger a los participantes, así como la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto acarreara sanción o perjuicio de ningún tipo. Todos los sobres fueron recibidos, pero solo 46 profesionales de enfermería participaron retornando el formato diligenciado y las respuestas de la encuesta.

Los datos de esta investigación se presentarán a la institución consolidados, sin mostrar las respuestas o actuaciones específicas por cada profesional de enfermería. Aunque en este estudio se presentan datos que muestran la conducta en el rol en cada turno, no es

---

[84] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. 1993. [en línea]. Disponible en: <http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf>. [citado en 3 de octubre de 2012].

posible relacionar las actividades realizadas por el grupo de profesionales pertenecientes a estos turnos, ya que para los listados finales de conducta en el rol se tuvieron en cuenta otros criterios, tales como actividades que hubieran sido realizadas por el 50% de los profesionales y que además se hubieran realizado más de 1 vez.

Siguiendo los principios de confidencialidad, ninguna persona de la organización tuvo o tendrá acceso a los instrumentos diligenciados.

Para salvaguardar el buen nombre de la institución hospitalaria que permitió la realización de la investigación, se mantendrá en el anonimato su razón social, para efecto de la publicación del trabajo final y de otros documentos relacionados con la presente investigación.

En busca del respeto por la propiedad intelectual, este documento sigue las normas para presentación de tesis establecidas por la Universidad Nacional, haciendo el reconocimiento requerido a los autores citados o referenciados a lo largo del escrito.

3.10 Mecanismos de control de sesgos

Al realizar un trabajo de investigación se corre el riesgo de afectar los resultados y la confiabilidad del estudio. A pesar de que el trabajo no tuvo influencia directa sobre las variables fisiológicas, psicológicas o sociales en las personas que participaron, se tuvieron en cuenta los siguientes riesgos según las dos metodologías seleccionadas para recolección de información.

Riesgos de la observación estructurada:

Tal como menciona Polit[85], los datos de las observaciones estructuradas son vulnerables a diversos sesgos y distorsiones; los errores de percepción y las deficiencias humanas representan una amenaza continua para la calidad de los datos recolectados.

[85] POLIT, D. y HUNGLER, B. Op. cit., p. 361.

- Efecto de aumento del contraste y el sesgo de tendencia central: para evitarlos, el formato diseñado para la recolección de los datos tuvo dos elementos fundamentales: la medición de la frecuencia y el tiempo dedicado a cada una de las actividades que realizaba el profesional de enfermería, con lo cual el observador no caería en este error.
- Sesgo asimilatorio: para evitarlo, la encuesta estructurada se aplicó a los profesionales de enfermería después de haber terminado la fase de las observaciones.

Adicionalmente, la realización de la prueba piloto permitió que los profesionales de enfermería se familiarizaran con los observadores antes del inicio de la recolección de los datos reales, lo que redujo el riesgo de alteración de su comportamiento.

Por último, con la realización de la observación en periodos de dos horas, también se buscó mitigar el efecto Hawthorne.

Riesgos de la encuesta semiestructurada:

- Para evitar que el encuestado modificara sus respuestas (por empatía o antipatía hacia el encuestador o la institución), las encuestas fueron entregadas por una persona contratada para este fin, entrenada para ello, que no trabajaba en la institución objeto de estudio, diferente a la investigadora.
- Sesgo de ideal social: se redujo haciendo énfasis en explicar el objetivo académico de este estudio y recordando el principio de confidencialidad que se iba a tener en el mismo.

3.11 Divulgación y difusión

Para la divulgación de los resultados de la investigación, se escribirá un artículo en una revista indexada y se presentarán los resultados a la institución que permitió la realización del trabajo.

4. Resultados y análisis

Los resultados que se presentan a continuación están organizados teniendo en cuenta el orden en el que se plantearon los objetivos específicos, tratando de dar respuesta a la pregunta de investigación que originó este trabajo.

4.1 Conducta en el rol

Como resultado de los 384 periodos de observación se logró estructurar un listado de las actividades realizadas por estos profesionales, quienes estaban distribuidos en todos los turnos (mañana, tarde y los dos turnos de noche) y en los servicios de hospitalización adultos que se seleccionaron para este estudio. Varias especialidades 1, Varias especialidades 2, Varias especialidades 3, Neurociencias, Hospitalización de cirugía, Medicina interna, Gineco-obstetricia y Hospitalización planes especiales. (Los servicios de varias especialidades hacen referencia a hospitalización general de adultos y el servicio de hospitalización de planes especiales se describe como un servicio de pacientes adultos, tratados por diferentes especialidades, pero que por su afiliación a Medicina prepagada o planes complementarios son atendidos en habitaciones individuales).

En la tabla 4-1 aparece el listado de 100 actividades obtenido después de retirar de la lista inicial aquellas actividades que no se realizaron ni una sola vez. El orden descendente en el que aparecen responde a la frecuencia con la que fue realizada cada una de ellas.

Tabla 4-1. Total de actividades realizadas por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012.

Total de actividades realizadas por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel de atención en Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012			
Actividades	**Frecuencia (# de veces)**	**%**	**% acum.**
1. Revisar las órdenes médicas y en caso de dudas aclarar con el médico.	705	11,55	11,55
2. Administrar medicamentos por las diferentes vías.	644	10,55	22,10
3. Preparar medicamentos y mezclas de medicamentos, de acuerdo con las órdenes médicas.	536	8,78	30,89
4. Registrar en la historia clínica los medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el proceso de atención de los pacientes a su cargo.	378	6,19	37,08
5. Solicitar a la farmacia dispositivos médicos y medicamentos para el paciente, de acuerdo con la orden médica.	338	5,54	42,62
6. Registrar en la historia clínica todos los procedimientos y cuidados de enfermería realizados.	234	3,83	46,45
7. Informar del estado y evolución del paciente y brindar educación al paciente y/o la familia sobre estado o cuidados especiales durante su estancia hospitalaria.	229	3,75	50,20
8. Recibir y entregar turno con el personal a su cargo.	221	3,62	53,83
9. Ubicar personal o telefónicamente al médico tratante o residente a cargo, para solicitud de formulación, aclaración de fórmulas y evolución del paciente.	186	3,05	56,87
10. Diligenciar planilla de entrega y recibo de turno.	179	2,93	59,81
11. Revisar diariamente los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente y llevar los registros correspondientes.	147	2,41	62,22
12. Imprimir órdenes de laboratorios y/o exámenes diagnósticos.	132	2,16	64,38
13. Lavado de manos.	129	2,11	66,49
14. Descanso.	129	2,11	68,61
15. Dirigirse a farmacia para solicitar suministros o medicamentos urgentes o para realizar devolución de medicamentos por salida del paciente.	124	2,03	70,64
16. Supervisar las auxiliares de enfermería a su cargo.	118	1,93	72,57
17. Recibir y verificar los dispositivos médicos y medicamentos entregados por la farmacia.	109	1,79	74,36
18. Tomar glucometrías.	106	1,74	76,09
19. Recibir - entregar el paciente trasladado teniendo en cuenta su estado clínico, orden de medicamentos, procedimientos pendientes, formatos de la historia clínica física, registro del consolidado de medicamentos y dispositivos médicos.	102	1,67	77,77
20. Valorar y decidir conducta con el médico frente a reacciones adversas durante y después de la	96	1,57	79,34

Total de actividades realizadas por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel de atención en Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012			
Actividades	**Frecuencia (# de veces)**	**%**	**% acum.**
administración de algunos medicamentos.			
21. Preparar el paciente y su familia para el alta, proporcionando información completa y precisa sobre medicamentos, recomendaciones generales, controles y citas médicas especiales, en el momento de la salida.	75	1,23	80,57
22. Realizar examen físico.	67	1,10	81,66
23. Supervisar que el traslado del paciente a cirugía, procedimientos diagnósticos y terapéuticos se realice con las precauciones requeridas de acuerdo con las condiciones del paciente y la Guía Institucional.	61	1,00	82,66
24. Asignar el inventario en su servicio, verificando la existencia de equipos y elementos a cargo.	59	0,97	83,63
25. Asignar tipo de dieta para cada paciente junto con personal de nutrición.	56	0,92	84,55
26. Verificar la realización del aseo, el arreglo diario, desinfección terminal de la unidad del paciente y del control de los inventarios realizado por las auxiliares de enfermería.	52	0,85	85,40
27. Recoger distintas muestras corporales para análisis y cultivos (gases arteriales, sangre, orina, esputos, heces).	48	0,79	86,19
28. Diligenciar formatos del servicio (Formato de la guía de prevención de UPP, Vena día, Catéter central, registro de glucometrías, entrega y recepción del carro de medicamentos).	43	0,70	86,89
29. Realizar aseo del carro de medicamentos.	41	0,67	87,56
30. Diligenciar tarjetas de medicamentos y programar horario de administración.	41	0,67	88,24
31. Realizar el procedimiento de transfusión de hemoderivados: monitorear al paciente, antes, durante y después de la transfusión, supervisando signos de alarma que indiquen reacción secundaria.	39	0,64	88,87
32. Verificar la ocurrencia de eventos adversos e incidentes, registrarlos oportunamente en la historia clínica realizando las notas aclaratorias correspondientes y en conjunto con las auxiliares de enfermería en el formato de seguridad clínica de la institución.	35	0,57	89,45
33. Verificar el cumplimiento del tratamiento ordenado al paciente, organizando la intervención de las demás especialidades médicas y paramédicas.	34	0,56	90,00
34. Solicitar por radioteléfono el traslado del paciente para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.	32	0,52	90,53
35. Dar aviso de las altas de los pacientes al personal de facturación.	31	0,51	91,04
36. Canalizar vías venosas periféricas.	30	0,49	91,53
37. Recibir - entregar el glucómetro y el pulsioxímetro del servicio, verificando su integridad y funcionamiento en	29	0,48	92,00

Total de actividades realizadas por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel de atención en Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012			
Actividades	**Frecuencia (# de veces)**	**%**	**% acum.**
cada turno.			
38. Recibir - entregar en cada turno el carro de paro verificando la integridad de los sellos, firmar en el formato de control de entrega y recibo de carro de paro.	23	0,38	92,38
39. Asistir y participar en las revistas médicas generales del servicio o de las especialidades.	20	0,33	92,71
40. Asistir a las reuniones programadas por la coordinadora de enfermería.	19	0,31	93,02
41. Dar inducción a colega nueva.	18	0,29	93,31
42. Diligenciar formato de camillero para el traslado del paciente a cirugía, con las condiciones o preparación previa.	18	0,29	93,61
43. Realizar actividades de valoración para la detección y prevención de úlceras por presión. (Examen físico, realización de escala Norton).	17	0,28	93,89
44. Realizar higiene corporal del paciente encamado.	17	0,28	94,17
45. Realizar curación de catéter central.	17	0,28	94,45
46. Realizar lavado de bandeja para preparar medicamentos.	17	0,28	94,72
47. Tomar constantes vitales.	16	0,26	94,99
48. Verificar en cada turno la toma y registro de la temperatura de la nevera informando a la coordinadora del servicio variaciones. Si hay variaciones, dar curso al proceso establecido.	15	0,25	95,23
49. Asistir al llamado del paciente.	15	0,25	95,48
50. Solicitar a personal de mantenimiento arreglo de equipos electrónicos, luces, computadores y camas.	14	0,23	95,71
51. Trasladar o cambiar de habitación a pacientes por motivos de aislamiento o mejor organización del servicio.	13	0,21	96,15
52. Asistir al médico en la realización de procedimientos especiales.	12	0,20	96,35
53. Evaluar vía oral en caso de síntomas y signos del sistema digestivo.	12	0,20	96,54
54. Detectar y comunicar signos y síntomas de complicación como hipo, hiperglicemia, convulsiones, sangrados, *shock* y complicaciones posoperatorias.	12	0,20	96,74
55. Realizar la limpieza del mesón de preparación de medicamentos.	12	0,20	96,94
56. Solicitar a la secretaria del servicio insumos y suministros que ella administra, tales como: guantes, tapabocas, tiras reactivas, lancetas, gasas, esparadrapo, alcohol, algodón.	11	0,18	97,12
57. Administrar nutrición enteral.	10	0,16	97,28
58. Ejecutar el manejo de bombas de infusión.	10	0,16	97,44

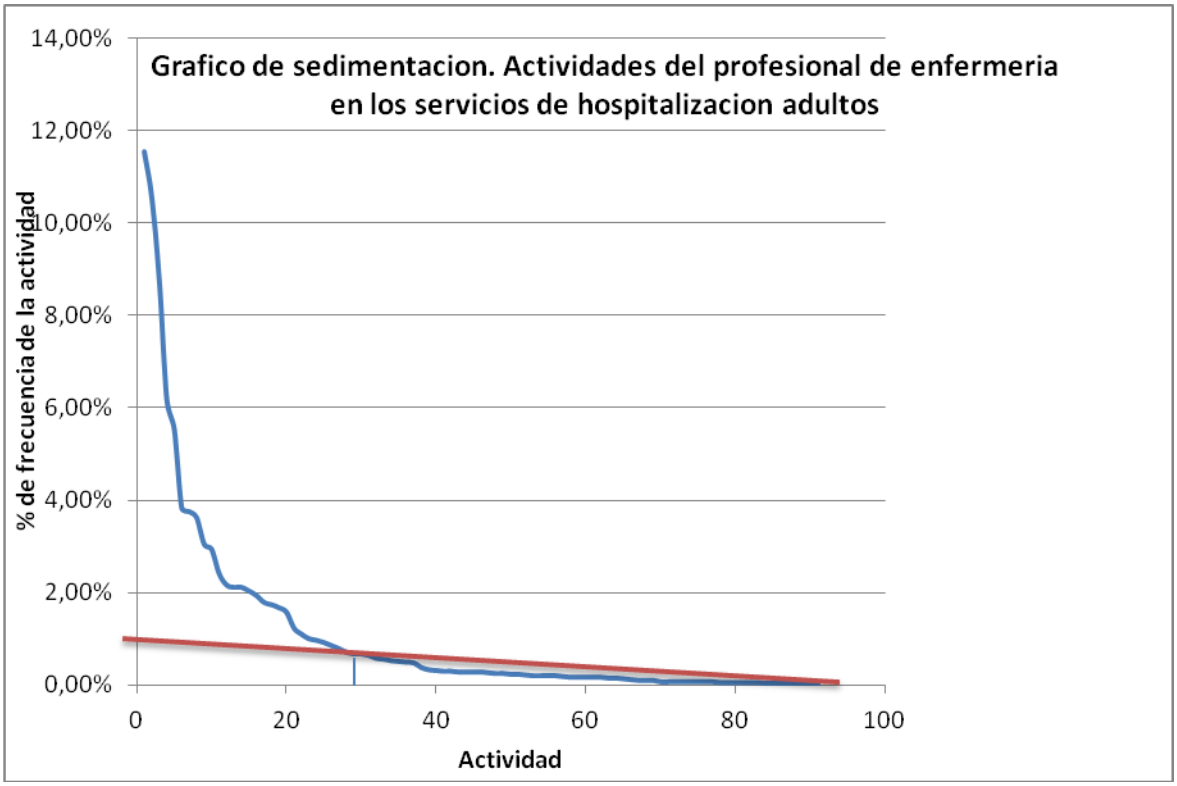
Total de actividades realizadas por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel de atención en Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012			
Actividades	**Frecuencia (# de veces)**	**%**	**% acum.**
59. Revisar el correo institucional.	10	0,16	97,61
60. Solicitar al *call center* citas de control con especialista para los pacientes.	10	0,16	97,77
61. Recoger o llevar pacientes a otros servicios UCI y sala de partos.	10	0,16	97,94
62. Asistir a los pacientes en la movilización.	9	0,15	98,08
63. Realizar actividades complementarias a la terapia respiratoria.	9	0,15	98,23
64. Trasladar muestras al laboratorio.	8	0,13	98,36
65. Recibir en cada turno carro de medicamentos, sellar y firmar los formatos correspondientes.	7	0,11	98,48
66. Supervisar o realizar los cambios de posición y lubricación de la piel de los pacientes de acuerdo con su condición clínica y riesgo previamente establecido.	6	0,10	98,57
67. Realizar actividades complementarias a la terapia física.	6	0,10	98,67
68. Cancelar telefónicamente la solicitud de medicamentos por alta del paciente.	6	0,10	98,77
69. Administrar nutrición por vía parenteral.	4	0,07	98,84
70. Administrar oxígeno por diferentes métodos.	4	0,07	98,90
71. Supervisar o realizar la preparación física preoperatoria del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.	4	0,07	98,97
72. Colocar sonda nasogástrica o realizar actividades relacionadas con su cuidado.	4	0,07	99,03
73. Realizar curación de heridas quirúrgicas.	4	0,07	99,10
74. Solicitar servicio de ambulancia y/o servicio de auxiliar de enfermería especial para el cuidado del paciente.	4	0,07	99,16
75. Diligenciar formato en físico y en el sistema de procedimiento de transfusión y hemoderivados.	4	0,07	99,23
76. Recoger hemoderivados del banco de sangre.	4	0,07	99,30
77. Controlar el cumplimiento del tratamiento preanestésico.	3	0,05	99,34
78. Realizar curación y desbridamiento de las úlceras por presión.	3	0,05	99,39
79. Preparar, conectar y controlar funcionamiento del equipo de sello de agua y otros drenajes pleurales.	3	0,05	99,44
80. Retirar catéter venoso y arterial.	3	0,05	99,49
81. Verificar la asistencia del personal a su cargo y realizar la asignación de acuerdo con los requerimientos del servicio y complejidad de los pacientes.	3	0,05	99,54
82. Informar del estado en que se recibe y permanece el paciente a coordinadora del servicio.	3	0,05	99,59
83. Canalizar vías centrales con acceso periférico.	2	0,03	99,62

Total de actividades realizadas por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel de atención en Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012			
Actividades	**Frecuencia (# de veces)**	**%**	**% acum.**
84. Colocar sonda vesical.	2	0,03	99,66
85. Detectar y comunicar signos de muerte.	2	0,03	99,69
86. Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.	2	0,03	99,72
87. Participar en las actividades de RCP básica y avanzada.	2	0,03	99,75
88. Utilizar el carro de paro y realizar el registro en la historia clínica de los dispositivos médicos y medicamentos utilizados.	2	0,03	99,79
89. Recibir capacitación del uso de nuevos equipos traídos al servicio.	2	0,03	99,82
90. Realizar aseo general del servicio.	2	0,03	99,85
91. Administrar enemas con distintos fines.	1	0,02	99,87
92. Supervisar la preparación del cadáver, identificarlo con su nombre y documento de identidad. Organizar con el médico tratante la información adecuada a la familia y el traslado oportuno a Patología según la Guía Institucional.	1	0,02	99,89
93. Realizar curación y manejo de ostomías.	1	0,02	99,90
94. Realizar aspiración gástrica.	1	0,02	99,92
95. Realizar o asistir al paciente en hemodiálisis peritoneal.	1	0,02	99,93
96. Realizar monitorización clínica y eléctrica invasiva o no invasiva.	1	0,02	99,95
97. Realizar la revisión mensual de las fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos médicos del carro de paro, diligenciando en su totalidad los formatos instaurados.	1	0,02	99,97
98. Surtir jabón para lavado de manos en el servicio.	1	0,02	99,98
99. Verificar dosis faltantes para realizar la adecuada solicitud de medicamentos e insumos a farmacia.	1	0,02	100,00

El listado permite ver la importancia de las actividades por su frecuencia de realización y el porcentaje con respecto al total; sin embargo, es importante tener en cuenta que, según lo indica la definición de Katz y Kahn, para obtener un listado de actividades que realmente muestre la conducta en el rol, estas actividades deben ser recurrentes y estables. Por esta razón, desde una primera aproximación, se optó por eliminar del listado las actividades que solamente fueron realizadas una vez; además, se acudió de forma análoga a un método estadístico utilizado en análisis factorial, conocido como la regla del codo, que se lleva a cabo a través de un gráfico de sedimentación, donde se representan los valores estudiados en orden descendente, en este caso la frecuencia de

actividades. En esta gráfica se ve una pendiente, con un codo donde los valores empiezan a descender y a tener menos variabilidad. Se traza una recta desde la aparición del codo hasta los valores más bajos y se retienen las actividades que quedan por encima de la línea.

Figura 4-1. Gráfico de sedimentación. Actividades del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en Bogotá D. C. Agosto-octubre 2012.



Tal como se observa en el gráfico, el codo donde se inicia el decline definitivo de la pendiente aparece en la actividad 30 según el orden descendente en el que ya se había previamente dispuesto. Desde esta perspectiva matemática, se considera que la conducta en el rol de los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en la organización estudiada está conformada por las 30 primeras actividades del listado, que representan el 88,24% del total de las actividades realizadas.

De esta primera aproximación a la conducta en el rol, llama la atención que de las primeras 7 actividades que en el porcentaje acumulado equivalen al 50%, solo hay una

de cuidado directo, las demás pertenecen a actividades de cuidado indirecto, es decir, aquellas actividades que se realizan para beneficio del paciente pero no en su presencia o la de su familia. Este hallazgo es similar al de otros estudios; por ejemplo: Dewar[86] informa en su estudio que el 14,8% de las actividades que las enfermeras realizan son de cuidado indirecto y el 29,5% actividades relacionadas con la unidad o servicio. Así mismo, Hendrickson[87] encontró que en promedio las enfermeras pasan 31% de su tiempo en actividades de cuidado indirecto.

También aparecen en este listado preliminar de la conducta en el rol un número importante de actividades que no corresponden con el nivel profesional y pueden ser delegadas. Dichas actividades se realizan con una frecuencia importante, lo que lleva a pensar que les pueden estar restando tiempo a otras actividades donde la experticia del profesional es indispensable. Es el caso de actividades como: *Ubicar personal o telefónicamente al médico tratante o residente a cargo, para solicitar formulación, aclaración de fórmulas y/o evolución del paciente*, que se realizó 186 veces, con un 3,05% del total de las actividades realizadas. Es claro que el profesional de enfermería debe coordinar todos los actores en el proceso de atención del paciente, para lograr un fin común; sin embargo, cada uno de estos actores tiene unas responsabilidades asignadas, por cuanto no debería ser labor del profesional de enfermería ubicar de forma física o telefónica al médico para solicitar que cumpla con algunas de ellas. *Imprimir órdenes de laboratorios y/o exámenes diagnósticos*, realizada 132 veces (2,16%); *Dirigirse a farmacia para solicitar suministros o medicamentos urgentes o para realizar devolución de medicamentos por salida del paciente*, 124 veces (2.03%); *Asignar el inventario en su servicio, verificando diariamente la existencia de equipos y elementos a cargo*, 59 veces (0,97%); *Verificar la realización del aseo, el arreglo diario, desinfección terminal de la unidad del paciente y del control de los inventarios realizado por las auxiliares de enfermería*, 52 veces (0,85%); *Realizar aseo del carro de medicamentos*, 41 veces (0,67%). Según lo asegura el estudio "Qué hacen las enfermeras"[88]: "Existe

---

[86] DEWAR, B. J. y MACLEOD, C. J. The role of the paid non-professional nursing helper: a review of the literature. En: Journal of Advanced Nursing. 1992. no. 17, p. 113±120.

[87] HENDRICKSON, G.; DODDATO, T. M. y KOVNER, C. T. How do nurses use their time? En: Journal of Nursing Administration. 1990. no. 20, p. 31±37.

[88] JINKS y HOPE. Op. cit., p. 273±279.

evidencia de que los profesionales de enfermería no siempre realizan actividades acordes a su nivel de experiencia y experticia, algunas circunstancias individuales pueden intervenir para que las consideren apropiadas, pero, generalmente, un desequilibrio entre las habilidades reales y posibles que el profesional de enfermería despliega, puede ocasionar que se entregue una atención ineficiente e ineficaz".

Por otra parte, del listado de actividades que fueron excluidas por no estar ubicadas en las primeras 30, según la regla del codo, sobresalen algunas: *Asistir y participar en las revistas médicas generales del servicio o de las especialidades, Realizar actividades de valoración para la detección y prevención de úlceras por presión con su respectivo examen físico y la realización de escala Norton, Supervisar y/o realizar los cambios de posición y lubricación de la piel de los pacientes acorde con su condición clínica, y riesgo previamente establecido, Colocar sonda vesical, Canalizar vías venosas periféricas y Asistir a los pacientes en la movilización.*

Estas actividades se consideran importantes porque se vinculan con los resultados sensibles al cuidado de enfermería que son indicadores con los que se monitoriza la calidad de la atención, tanto de enfermería como en general de los servicios de salud en las instituciones hospitalarias. Inicialmente se definieron como indicadores sensibles al cuidado de enfermería aquellos resultados que mejoran en los pacientes, en relación con una mayor o mejor calidad de los cuidados de enfermería[89] (por ejemplo, úlceras por presión, caídas, infecciones por cateterismo vesical y las infiltraciones IV). Por consiguiente, se esperaría que en una institución de tercer nivel los profesionales de enfermería realizaran con más frecuencia actividades de cuidado directo en busca de prevenir la aparición o complicación de eventos adversos. En las 768 horas observadas se evidenciaron 30 canalizaciones por vía periférica, 17 valoraciones para establecer riesgo o estadio de úlceras por presión y 2 pasos de sonda vesical. Esto puede llevar a pensar que, en una institución con un promedio de 50 egresos/día, estas actividades deben ser realizadas un mayor número de veces, pero que eventualmente no las realizan

[89] National Database of Nursing Quality Indicators. NDNQI Indicators. [en línea]. Disponible en: <https://www.nursingquality.org/data.aspx>. [citado en octubre de 2012].

los profesionales de enfermería, sino que muy probablemente están siendo delegadas al personal auxiliar.

Como afirman Nájera y Castrillón en su artículo "La Enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo"[90], la práctica de enfermería está estructurada con base en niveles de formación diversos en un mismo país y por títulos variables entre países, pero carece de nitidez en los límites de las acciones desarrolladas por cada categoría ocupacional. Esta heterogeneidad conlleva poca claridad en la delimitación de funciones, interfiere en el costo-eficacia del cuidado de enfermería y es causa del deterioro en el posicionamiento e imagen social del grupo profesional.

Para hacer un análisis más detallado de la conducta en el rol, usando otra metodología, que eliminara la duda con respecto a si la frecuencia de realización de las actividades que se seleccionaron anteriormente son de alta realización para todos o por lo menos para la mayoría, o si son unos pocos profesionales los que las realizan con una alta frecuencia, se realizó un análisis a través de tablas dinámicas con los datos de la base general. Este análisis consistió en determinar cuáles actividades cumplían con dos criterios básicos. El primero de ellos es que la actividad hubiese sido realizada por lo menos por el 50% de los profesionales de enfermería observados y la segunda, que hubiese sido realizada por lo menos 2 veces durante los 6 periodos en que se observó a cada uno de ellos, para garantizar que cumpliesen con las características de "estabilidad y recurrencia" que definen Katz y Kahn[91], señalando que todos los sistemas sociales, incluidas la organizaciones, consisten en un patrón de actividades de un número de individuos, pero si este patrón se presenta una vez o a intervalos independientes, no podría hablarse de organización.

---

[90] NAJERA, R. M. y; CASTRILLÓN, M. C. Propuesta para el Desarrollo y Fortalecimiento de la Enfermería en América Latina y el Caribe. México, D. F.: Documento de trabajo, contribución de ALADEFE al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos OPS/OMS. 2001.

[91] KATZ y KAHN. Op. cit., p. 202.

Tabla 4-2. Actividades que conforman la conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012.

Actividad	% de profesionales que la realizan dos o más veces durante los seis periodos observados
Revisar las órdenes médicas y en caso de dudas aclarar con el médico.	100
Administrar medicamentos por las diferentes vías.	100
Preparar medicamentos y mezclas de medicamentos, de acuerdo con las órdenes médicas.	98
Registrar oportunamente, en la historia clínica, los medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el proceso de atención de los pacientes a su cargo.	95
Solicitar a la farmacia dispositivos médicos y medicamentos para el paciente, de acuerdo con la orden médica.	69
Registrar en la historia clínica todos los procedimientos y cuidados de enfermería realizados.	63
Descanso.	55

Como muestra el gráfico, se repiten 6 de las 7 actividades identificadas con el primer método y queda por fuera la actividad 7, que era la de brindar información sobre el estado y evolución del paciente y dar educación al paciente y la familia sobre cuidado en su estancia hospitalaria, actividad clave del profesional y que se constituye en una actividad del rol independiente, con la cual se estaría asegurando una real y eficaz participación del paciente y la familia en su proceso de atención en salud.

Es claro entonces que el análisis con los dos métodos arroja información similar y denota que la conducta en el rol cuando se observa la totalidad del estudio se concentra en actividades del rol dependiente y de cuidado indirecto.

4.1.1 Conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos según el turno

Es importante mencionar que el número de profesionales observados en cada turno estuvo distribuido de la siguiente forma: en la mañana se observaron 18 profesionales, en la tarde se observaron 14 y en los turnos de las dos noches se observaron 32 profesionales. La distribución no fue igual por motivos de licencias, vacaciones e

incapacidades y por tanto los grupos no estuvieron parejos en cuanto a número de enfermeros por turno observados.

Tabla 4-3. Actividades que conforman la conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en el turno mañana, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012.

Actividad	% de profesionales que la realizan dos o más veces durante los seis periodos observados
Administrar medicamentos por las diferentes vías.	100
Preparar medicamentos y mezclas de medicamentos, de acuerdo con las órdenes médicas.	100
Recibir y entregar turno con el personal a su cargo.	100
Registrar en la historia clínica todos los procedimientos y cuidados de enfermería realizados.	100
Valorar y decidir conducta con el médico frente a reacciones adversas durante y después de la administración de algunos medicamentos.	100
Revisar las órdenes médicas y en caso de dudas aclarar con el médico.	100
Solicitar a la farmacia dispositivos médicos y medicamentos para el paciente, de acuerdo con la orden médica.	100
Ubicar personal o telefónicamente al médico tratante o residente a cargo, para solicitud de formulación, aclaración de fórmulas y evolución del paciente.	100
Registrar oportunamente en la historia clínica los medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el proceso de atención de los pacientes a su cargo.	94
Informar del estado y evolución del paciente y brindar educación al paciente y/o la familia sobre estado o cuidados especiales durante su estancia hospitalaria.	94
Revisar diariamente los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que manejen, y que se lleven los registros correspondientes correctamente.	89
Supervisar las auxiliares de enfermería a su cargo, verificando el cumplimiento de las funciones que les corresponden.	83
Lavado de manos.	72
Dirigirse a farmacia para solicitar suministros o medicamentos urgentes o para realizar devolución de medicamentos por salida del paciente.	72
Descanso.	72
Diligenciar planilla de entrega y recibo de turno.	67

Actividad	% de profesionales que la realizan dos o más veces durante los seis periodos observados
Coordinar y supervisar que el traslado del paciente a cirugía, procedimientos diagnósticos y terapéuticos se realice con las precauciones requeridas de acuerdo con las condiciones del paciente y la Guía Institucional.	56
Preparar al paciente y su familia para el alta, proporcionando información completa y precisa sobre medicamentos, recomendaciones generales, controles y citas médicas especiales, en el momento de la salida.	56
Asignar tipo de dieta para cada paciente junto con personal de nutrición.	56
Verificar la realización del aseo, el arreglo diario, desinfección terminal de la unidad del paciente, y del control de los inventarios realizado por las auxiliares de enfermería.	50

Tabla 4-4. Actividades que conforman la conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en el turno tarde, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012.

Actividad	% de profesionales que la realizan dos o más veces durante los seis periodos observados
Administrar medicamentos por las diferentes vías.	100
Preparar medicamentos y mezclas de medicamentos, de acuerdo con las órdenes médicas.	100
Registrar oportunamente en la historia clínica los medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el proceso de atención de los pacientes a su cargo.	100
Revisar las órdenes médicas y en caso de dudas aclarar con el médico.	100
Informar del estado y evolución del paciente y brindar educación al paciente y/o la familia sobre estado o cuidados especiales durante su estancia hospitalaria.	94
Recibir y verificar los dispositivos médicos y medicamentos entregados por la farmacia.	92
Vigilar la ocurrencia de eventos adversos e incidentes, registrarlos oportunamente en la historia clínica realizando las notas aclaratorias correspondientes y en conjunto con la auxiliar de enfermería en el formato de seguridad clínica de la institución.	77

Actividad	% de profesionales que la realizan dos o más veces durante los seis periodos observados
Ubicar personal o telefónicamente al médico tratante o residente a cargo, para solicitud de formulación, aclaración de fórmulas y evolución del paciente.	77
Dirigirse a farmacia para solicitar suministros o medicamentos urgentes o para realizar devolución de medicamentos por salida del paciente.	77
Solicitar a la farmacia dispositivos médicos y medicamentos para el paciente, de acuerdo con la orden médica.	69
Registrar en la historia clínica todos los procedimientos y cuidados de enfermería realizados.	62
Recibir y entregar turno con el personal a su cargo.	54

Tabla 4-5. Actividades que conforman la conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en el turno noche, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012.

Actividad	% de profesionales que la realizan dos o más veces durante los seis periodos observados
Administrar medicamentos por las diferentes vías.	100
Preparar medicamentos y mezclas de medicamentos, de acuerdo con las órdenes médicas.	100
Registrar oportunamente en la historia clínica los medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el proceso de atención de los pacientes a su cargo.	100
Revisar las órdenes médicas y en caso de dudas aclarar con el médico.	100
Tomar glucometrías.	60
Descanso.	53

Las actividades que conforman la conducta en el rol de los profesionales de enfermería en los turnos mañana, tarde y noche tienen una configuración muy similar entre sí; priman las actividades de cuidado indirecto y derivadas de la orden médica, es decir, rol dependiente que ya se había mencionado en el listado general de actividades.

Importa resaltar que en los dos turnos del día, mañana y tarde, es evidente la ejecución de un mayor número de actividades del rol independiente e interdependiente, lo cual no ocurre en el turno de la noche en que todas son del rol dependiente.

Las actividades de administración de medicamentos tienen una importancia indiscutible en la labor del profesional de enfermería y eso se refleja en los resultados obtenidos en este trabajo, pues en los tres turnos se realizan con una frecuencia alta y estable; conforman el proceso de administración de medicamentos las siguientes actividades: *Administrar medicamentos por las diferentes vías, Preparar medicamentos y mezclas de medicamentos, de acuerdo con las órdenes médicas, Solicitar a la farmacia dispositivos médicos y medicamentos para el paciente, de acuerdo con la orden médica, Registrar oportunamente en la historia clínica los medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el proceso de atención de los pacientes a su cargo.*

En el estudio de Thompson y colaboradores[92] se menciona que, aunque el proceso de administración de medicamentos es reconocido como una tarea fundamental de enfermería y un aspecto clave en la seguridad de los pacientes, poco se sabe acerca de los requisitos de tiempo para llevarlo a cabo. Por ser este un componente importante de cualquier estrategia para mejorar la eficiencia y seguridad en la administración de medicamentos, cualquier aporte que permita tener datos de referencia al respecto se considera valioso. En este mismo estudio se realizaron mediciones a través de la metodología de tiempos y movimientos de los profesionales de enfermería en unidades de cuidado crónico, donde se pudo establecer que el proceso de administración de medicamentos representó aproximadamente un tercio del tiempo de enfermería.

En otro estudio, “Cuantificando el flujo de trabajo de enfermería en la administración de medicamentos”[93], donde se usó la misma metodología del presente trabajo, es decir, observación directa a las enfermeras en periodos de 2 horas, en un hospital con 750 camas, se estableció que las actividades que conforman el proceso de administración

---

[92] THOMPSON, M. S. y cols. Nursing time devoted to medication administration in long-term care: clinical, safety and resource implications. En: J. Am. Geriatr. Soc. 2009. no. 57. p. 266-272.

[93] KEOHANE, Carol A. y cols. Quantifying Nursing Workflow in Medication Administration. En: JONA. January 2008. Vol. 38, no. 1. p. 19-26.

son demandantes de tiempo por sus implicaciones, pero dentro de ellas la obtención y verificación de los medicamentos aparecen liderando este listado.

Aunque los datos que se presentaron de las conductas en el rol de los profesionales en los diferentes turnos no dan cuenta del tiempo invertido, sí evidencian que el proceso de administración de medicamentos en esta institución tiene una alta recurrencia y por lo mismo se podría presumir que implica una alta dedicación en tiempo. Así mismo, los resultados tienen otra implicación, pues además de que en este proceso podrían estar concentradas el mayor número de actividades realizadas, varias de estas se llevan a cabo en el sistema de registro clínico del hospital, lo que quiere decir que el profesional puede estar pasando gran parte de su tiempo frente al computador, y posiblemente esto le disminuya el tiempo de atención directa al paciente.

Es posible que, tal como lo pronosticaba Schmit en su artículo "Conflicto de rol en enfermería"[94], publicado en 1968, las instituciones hospitalarias, como centro de avances tecnológicos y científicos en el campo de la salud de este siglo, cada vez valorarían más las competencias técnicas y la eficiencia administrativa del profesional de enfermería, dejando un poco atrás lo que hasta ese momento era el propósito principal de la profesión, enfocado en brindar cuidado directo, con actividades encaminadas a proveer confort, apoyo, cuidado afectuoso, pero lo más importante: a lograr la rehabilitación o reincorporación del paciente a su contexto cotidiano. Tal vez esta inquietud que se tenía en ese momento sobre el futuro de la profesión se ha ido confirmando y hoy es una realidad.

4.1.2 Concentración de las actividades realizadas por los profesionales de enfermería según el servicio de hospitalización adultos

En este estudio resulta importante hacer uso de esta herramienta estadística, ya que permite establecer si las actividades se realizan de manera equitativa o si por el contrario el total de actividades realizadas están concentradas en unas pocas.

---

[94] SCHMIT, Madeline H. Role Conflict in nursing. En: The American Journal of Nursing. Nov, 1968. Vol. 68, no. 11. p. 2348-2350.

El coeficiente de Gini de la conducta en el rol de los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel de atención, durante los meses de agosto a octubre de 2012, se calculó en 0,76519406, lo que muestra que existe una concentración de la realización de las actividades en unas pocas, suceso que se ha hecho evidente en los análisis anteriores.

Tabla 4-6. Coeficiente de Gini de la conducta en el rol de los profesionales de enfermería por servicio.

Servicio	Coeficiente de Gini
Varias especialidades 1	0,819
Varias especialidades 2	0,809
Neurociencias	0,800
Hospitalización de ginecología y obstetricia	0,774
Hospitalización de cirugía	0,793
Medicina interna	0,783
Varias especialidades 3	0,806
Noveno piso	0,771

Como se puede observar en la tabla 4-6 de los coeficientes de Gini por servicio, hay concentración de la realización de las actividades en unas pocas, en cuanto a que su valor es cercano al 1. Y entre servicios se puede observar que en Varias especialidades existe una concentración mayor de las actividades. Esto se puede deber a que en dichos servicios solo hay un profesional por turno; por consiguiente, es muy factible que estos estén muy apegados a una rutina, en la cual diariamente realizan las mismas actividades y dejan de realizar las mismas actividades, mientras que en los otros servicios donde hay dos o tres profesionales en cada turno puede existir una mayor variabilidad en las actividades que realizan.

4.1.3 Concentración de las actividades realizadas por los profesionales de enfermería según el turno en los servicios de hospitalización adultos

En la tabla de los coeficientes de Gini calculados por turno se expresa también una alta concentración de la realización de las actividades en unas pocas, pero además evidencia que la mayor concentración está en el turno de la noche y la menor en el turno de la mañana. En este aspecto hay algunos factores intervinientes, ya que en algunos servicios, en el turno de la noche, se disminuye un profesional de enfermería, lo que nuevamente permite explicar que, cuantos menos profesionales, menor será la variabilidad de las actividades realizadas. Otra razón es que en la mayoría de casos la noche es el momento de descanso de los pacientes, de tal modo que existirán algunas actividades que no se puedan realizar y por ende se dedican exclusivamente a aquellas que son indispensables. De la misma forma, el turno de la mañana es en su mayor parte el que prepara el servicio en general para el funcionamiento de todo el día, es decir que, durante las horas del turno de la mañana, se definen conductas de los pacientes que tienen salidas, se surten y organizan los insumos, se solicitan los medicamentos del día, se dan instrucciones de egreso a los pacientes y familiares, se avisa en facturación de las salidas, entre otras. Tal vez esto pueda explicar que en este turno la realización de las actividades esté más diversificada y por ende el coeficiente de Gini sea un poco más bajo.

Tabla 4-7. Coeficiente de Gini de la conducta en el rol de los profesionales de enfermería por turno.

Turno	Coeficiente de Gini
Mañana	0,763
Tarde	0,802
Noche	0,841

4.1.4 Distribución de las funciones realizadas por el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización según el tiempo dedicado a cada una de ellas.

Aunque la definición de Katz y Kahn de conducta en el rol es clara en señalar que las actividades que la componen se definen por su ocurrencia y recurrencia, durante la observación estructurada que se hizo, además de registrar el número de veces que se realizaba cada una de las actividades, se registró el tiempo que se invertía en ellas. Este dato no define la conducta en el rol, pero ayuda a profundizar en algunos aspectos para describirla con más precisión.

También se quiso, en este estudio, vincular el modelo de efectividad del rol propuesto por Irvine y Sidane, ya que con los elementos que este aporta se puede detallar cómo están distribuidas las actividades que realizan los profesionales de enfermería según los roles que el modelo plantea.

El total de las actividades con las que inicialmente se llevó a cabo la observación se clasificaron en 9 funciones de acuerdo con su propósito y la naturaleza de las mismas. A continuación se muestran las actividades que conforman cada una de estas funciones.

Tabla 4-8. Función 1: Realizar procedimientos, tratamientos e intervenciones según prescripción médica.

Función 1: Realizar procedimientos, tratamientos e intervenciones según prescripción médica		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% en el total de actividades**
Tomar glucometrías.	745	1,72
Recoger distintas muestras corporales para análisis y cultivos (gases arteriales, sangre, orina, esputos, materia fecal).	502	1,16
Realizar transfusión de hemoderivados: monitorear al paciente antes, durante y después de la transfusión, supervisando signos de alarma que indiquen reacción secundaria.	492	1,13
Canalizar vías venosas periféricas.	237	0,55
Administrar nutrición enteral.	60	0,14
Realizar curación y desbridamiento de las úlceras por presión.	36	0,08
Colocar sonda vesical.	35	0,08
Preparar, conectar y controlar funcionamiento del equipo de sello de agua y otros drenajes pleurales.	30	0,07

Función 1: Realizar procedimientos, tratamientos e intervenciones según prescripción médica		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% en el total de actividades**
Canalizar vías centrales con acceso periférico.	28	0,06
Colocar sonda nasogástrica o realizar actividades relacionadas con su cuidado.	19	0,04
Realizar aspiración gástrica.	18	0,04
Administrar nutrición por vía parenteral.	15	0,03
Controlar y realizar la preparación física preoperatoria del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.	8	0,02
Retirar catéter venoso y arterial.	7	0,02
Administrar oxígeno por diferentes métodos.	7	0,02
Realizar o asistir al paciente en hemodiálisis peritoneal.	6	0,01
Administrar enemas con distintos fines.	6	0,01
Realizar monitorización clínica y eléctrica invasiva o no invasiva.	5	0,01
Realizar aspiración de secreciones pulmonares en pacientes con traqueostomía.	0	0,00
Retirar drenajes quirúrgicos.	0	0,00
Ejecutar fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos y evaluar el momento oportuno para retirarlos.	0	0,00
Realizar inmovilización de fracturas, esguinces y luxaciones.	0	0,00

Tabla 4-9. Función 2: Vigilar y tramitar dispositivos médicos, medicamentos, suministros, e insumos.

Función 2: Vigilar y tramitar dispositivos médicos, medicamentos, suministros, e insumos.		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% en el total de actividades**
Registrar en la historia clínica los medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el proceso de atención de los pacientes a su cargo.	3550	8,18
Solicitar a la farmacia dispositivos médicos y medicamentos para el paciente, de acuerdo con la orden médica.	2067	4,76
Recibir y verificar los dispositivos médicos y medicamentos entregados por la farmacia.	993	2,29
Asignar inventario en su servicio, verificando diariamente la existencia de equipos y elementos a cargo.	449	1,03
Utilizar el carro de paro y realizar el registro en la historia clínica de los dispositivos médicos y medicamentos utilizados.	32	0,07

Función 2: Vigilar y tramitar dispositivos médicos, medicamentos, suministros, e insumos.		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% en el total de actividades**
Solicitar a la secretaria del servicio insumos y suministros que ella administra, tales como guantes, tapabocas, tiras reactivas, lancetas, gasas, esparadrapo, alcohol, algodón.	17	0,04
Cancelar telefónicamente la solicitud de medicamentos por alta del paciente.	6	0,01
Verificar dosis faltantes para realizar la adecuada solicitud de medicamentos e insumos a farmacia.	5	0,01
Realizar la revisión mensual de las fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos médicos del carro de paro, diligenciando en su totalidad los formatos instaurados.	3	0,01

Tabla 4-10. Función 3: Realizar procedimientos, tratamientos e intervenciones propias de enfermería de forma autónoma.

Función 3: Realizar procedimientos, tratamientos e intervenciones propias de enfermería de forma autónoma		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% en el total de las actividades**
Registrar en la historia clínica todos los procedimientos y cuidados de enfermería realizados.	1261	2,91
Realizar curación de catéter central.	268	0,62
Recoger o llevar pacientes a otros servicios UCI y sala de partos.	194	0,45
Diligenciar formatos del servicio (formato de la guía de prevención de UPP, vena día, catéter central, registro de glucometrías, entrega y recepción del carro de medicamentos).	182	0,42
Vigilar la ocurrencia de eventos adversos e incidentes, registrarlos oportunamente en la historia clínica realizando las notas aclaratorias correspondientes y en conjunto con las auxiliares de enfermería en el formato de seguridad clínica de la institución.	174	0,40
Realizar examen físico.	103	0,24
Asistir a los pacientes en su movilización.	94	0,22
Realizar actividades de valoración para la detección y prevención de úlceras por presión. Examen físico, realización escala de Norton.	86	0,20
Trasladar o cambiar de habitación a pacientes por motivos de aislamiento o mejor organización del servicio.	50	0,12
Tomar constantes vitales.	47	0,11

Función 3: Realizar procedimientos, tratamientos e intervenciones propias de enfermería de forma autónoma		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% en el total de las actividades**
Realizar actividades de higiene corporal del paciente encamado.	37	0,09
Asistir al llamado del paciente desde la habitación por medio del timbre.	36	0,08
Supervisar y/o realizar los cambios de posición y lubricación en la piel de los pacientes acorde con su condición clínica y riesgo previamente establecido.	24	0,06
Evaluar, suspender y comenzar vía oral en caso de síntomas y signos del sistema digestivo.	22	0,05
Realizar actividades complementarias a la terapia respiratoria.	18	0,04
Realizar curación de heridas quirúrgicas.	15	0,03
Realizar actividades complementarias a la terapia física.	8	0,02
Diligenciar formato en físico y en el sistema de procedimiento de transfusión y hemoderivados.	8	0,02
Controlar el cumplimiento del tratamiento preanestésico.	5	0,01
Coordinar la preparación del cadáver, identificarlo con su nombre y documento de identidad. Organizar con el médico tratante la información adecuada a la familia y el traslado oportuno a patología según la Guía Institucional.	4	0,01
Realizar curación y manejo de ostomías.	1	0,00

Tabla 4-11. Función 4: Coordinar, verificar y apoyar las funciones del personal a cargo.

Función 4: Coordinar, verificar y apoyar las funciones del personal a cargo.		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% del total de actividades**
Dar inducción a colega nueva.	307	0,71
Supervisar las auxiliares de enfermería a su cargo, verificando el cumplimiento de las funciones que les corresponden.	292	0,67
Asistir a las reuniones programadas por la coordinadora de enfermería.	157	0,36
Recibir capacitación del uso de nuevos equipos traídos al servicio.	100	0,23
Informar del estado en que se recibe y permanece el paciente a coordinadora del servicio.	4	0,01

Función 4: Coordinar, verificar y apoyar las funciones del personal a cargo.		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% del total de actividades**
Verificar la asistencia del personal a su cargo y realizar la asignación de acuerdo con los requerimientos del servicio y la complejidad de los pacientes. Dar a conocer a la coordinadora la no asistencia por calamidades que se presenten durante el turno.	4	0,01
Dar capacitación a su equipo de trabajo.	0	0,00

Tabla 4-12. Función 5: Coordinar con otros profesionales o personal del equipo de salud actividades, procedimientos o tratamientos necesarios para el paciente.

Función 5: Coordinar con otros profesionales o personal del equipo de salud actividades, procedimientos o tratamientos necesarios para el paciente		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% del total de actividades**
Revisar las órdenes médicas y en caso de dudas aclarar con el médico.	8077	18,62
Recibir y entregar el paciente que viene remitido o trasladado teniendo en cuenta su estado clínico, orden de medicamentos, procedimientos pendientes, formatos de la historia clínica física, registro del consolidado de medicamentos y dispositivos médicos.	623	1,44
Ubicar personal o telefónicamente al médico tratante o residente a cargo, para solicitud de formulación, aclaración de fórmulas y evolución del paciente.	423	0,97
Coordinar y supervisar que el traslado del paciente a cirugía, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, se realice con las precauciones requeridas de acuerdo con las condiciones del paciente y la Guía Institucional.	295	0,68
Valorar y decidir conducta con el médico frente a reacciones adversas durante y después de la administración de algunos medicamentos.	250	0,58
Asistir al médico en la realización de procedimientos especiales.	221	0,51
Coordinar el cumplimiento oportuno y completo del tratamiento ordenado al paciente, organizando la intervención de las demás especialidades médicas y paramédicas.	143	0,33
Asignar tipo de dieta para cada paciente junto con personal de nutrición.	103	0,24
Detectar y comunicar signos y síntomas de complicación, como hipo, hiperglicemia, convulsiones, sangrados y *shock* y complicaciones *pop*.	72	0,17

Función 5: Coordinar con otros profesionales o personal del equipo de salud actividades, procedimientos o tratamientos necesarios para el paciente		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% del total de actividades**
Asistir y participar en las revistas médicas generales del servicio o de las especialidades.	44	0,10
Diligenciar consentimiento informado de camillero para el traslado del paciente a cirugía con las condiciones o preparación previa.	40	0,09
Participar en las actividades de RCP básica y avanzada.	13	0,03
Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.	8	0,02
Detectar y comunicar signos de muerte.	7	0,02
Detectar y comunicar intubación selectiva.	0	0,00
Detectar y valorar la crisis convulsiva, ejecutando acciones independientes.	0	0,00

Tabla 4-13. Función 6: Realizar actividades de entrega y recibo de turno.

Función 6: Realizar actividades de entrega y recibo de turno		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% del total de actividades**
Recibir y entregar turno con el personal a su cargo.	2010	4,63
Diligenciar planilla de entrega y recibo de turno.	1562	3,60
Revisar diariamente los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que manejen, y que se lleven los registros correspondientes correctamente.	398	0,92
Verificar la realización del aseo, el arreglo diario, desinfección terminal de la unidad del paciente y del control de los inventarios realizado por las auxiliares de enfermería.	186	0,43
Recibir y entregar por turno el glucómetro y el pulsioxímetro del servicio, verificando su integridad y buen funcionamiento.	151	0,35
Recibir y entregar en cada turno el carro de paro verificando la integridad de los sellos, firmar en el formato de control de entrega y recibo de carro de paro.	45	0,10
Verificar en cada turno la toma y registro de la temperatura de la nevera e informar variaciones a la coordinadora del servicio. Si hay variaciones dar curso al proceso establecido.	30	0,07
Recibir en cada turno el carro de medicamentos, sellar y firmar los formatos correspondientes.	17	0,04

Tabla 4-14. Función 7: Dar educación al paciente y su familia con respecto a su estado de salud y procesos administrativos.

Función 7: Dar educación al paciente y su familia con respecto a su estado de salud y procesos administrativos		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% del total de actividades**
Preparar el paciente y su familia para el alta, proporcionando información completa y precisa sobre los medicamentos, recomendaciones generales, controles y citas médicas especiales, en el momento de la salida.	236	0,54
Informar del estado y evolución del paciente y brindar educación al paciente y/o la familia sobre estado o cuidados especiales durante su estancia hospitalaria	587	1,35

Tabla 4-15. Función 8: Administrar medicamentos.

Función 8: Administrar medicamentos		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% del total de actividades**
Administrar medicamentos por las diferentes vías.	5521	12,72
Preparar medicamentos y mezclas de medicamentos, de acuerdo con las órdenes médicas.	4217	9,72
Diligenciar tarjetas de medicamentos y programar horario de administración.	324	0,75
Ejecutar el manejo de bombas de infusión.	44	0,10

Tabla 4-16. Función 9: Realizar actividades de logística del servicio, completamente delegables.

Función 9: Realizar actividades de logística del servicio		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% del total de actividades**
Dirigirse a farmacia para solicitar suministros o medicamentos urgentes o para realizar devolución de medicamentos por salida del paciente.	497	1,15
Realizar aseo del carro de medicamentos.	251	0,58
Imprimir órdenes de laboratorios y/o exámenes diagnósticos.	211	0,49
Solicitar por radioteléfono el traslado del paciente para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.	62	0,14
Dar aviso de las altas de los pacientes al personal de facturación.	59	0,14

Función 9: Realizar actividades de logística del servicio		
Actividades	**Tiempo (min)**	**% del total de actividades**
Solicitar al *call center* citas de control con especialista para los pacientes.	53	0,12
Trasladar muestras al laboratorio.	50	50
Solicitar a personal de mantenimiento arreglo de equipos electrónicos, luces, computadores y camas.	43	0,10
Realizar la limpieza del mesón de preparación de medicamentos.	40	0,09
Realizar lavado de bandeja para preparar medicamentos.	37	0,09
Recoger hemoderivados del banco de sangre.	30	0,07
Realizar aseo general mensual del servicio.	24	0,06
Solicitar a EPS ambulancia para traslado domiciliario de paciente. Y solicitar enfermera adicional al servicio para el cuidado del paciente.	11	0,03
Surtir jabón para lavado de manos en el servicio.	1	0,00

Como se puede apreciar en las tablas, las funciones que demandan más tiempo del profesional de enfermería en su respectivo orden son la 5 y la 8. La primera de ellas se refiere a las actividades de cuidado coordinado con otros profesionales u otros miembros del equipo de salud, donde sobresale la actividad de *Revisar las órdenes médicas y en caso de dudas aclararlas con el médico,* a la que le fueron invertidos 8.077 minutos, es decir el 18% del tiempo total invertido en todas las actividades realizadas. Vale la pena también mencionar que esta actividad se lleva a cabo mayormente a través del sistema de información clínica de la institución.

En segundo lugar está la función 8, que agrupa las actividades relacionadas con la administración de medicamentos, a la que los profesionales de enfermería le dedicaron 10.106 minutos, de un total posible de 46.080 minutos. Estos hallazgos son compatibles con el estudio de Thompson y colaboradores[95], quienes expresan su preocupación, pues con tanto tiempo requerido para la administración de medicamentos, el profesional de enfermería está menos disponible para realizar otras tareas. Por otra parte, su estudio mostró que los pacientes recibían 15 a 20 minutos de tiempo de atención directa de

[95] THOMPSON, M. S. y cols. Nursing time devoted to medication administration in long-term care: clinical, safety and resource implications. En: J. Am. Geriatr Soc. 2009. Vol. 57. p. 266-272.

enfermería y que una gran parte de ese tiempo estaba dedicada a la administración de medicamentos. Esto plantea inquietudes significativas acerca de cómo mejorar la calidad general de la atención si el tiempo de cuidado está monopolizado por una sola función.

En cuanto a este punto también es importante mencionar que el tiempo invertido en la administración de medicamentos está ligado a dos variables del componente de estructura que menciona el modelo de efectividad del rol; la primera tiene que ver con la condición de los pacientes a cargo, ya que cuanto más compleja sea su situación de salud y sus comorbilidades, seguramente tendrá más medicamentos formulados y por ende requerirá más tiempo en esta función. Por otra parte, la variable relacionada con las condiciones de la organización también juega un papel importante, ya que el número de pacientes por profesional de enfermería influye directamente en que el tiempo requerido para esta función sea mayor.

Las funciones a las que menos tiempo se les invirtió fueron: la función 4, con 864 minutos, que es la de coordinación y manejo del personal a cargo, donde sobresale la actividad de *dar capacitación a su equipo de trabajo*, porque no fue realizada ni una sola vez en los periodos observados. Y la función 7, brindar educación al paciente y su familia, que estaba conformada por solo dos actividades, que según aparece en apartes anteriores se realizan con frecuencia, pero se les dedica poco tiempo.

Entre las otras funciones llaman la atención la número 2, porque es la tercera más importante, por tiempo invertido, con 7122 minutos, que se refiere a la solicitud, registro y verificación de insumos, medicamentos y suministros, que en su mayor parte se lleva a cabo en el sistema de información, es decir, frente al computador. Y por último está la función 9, a la que se le invirtieron 1369 minutos, que comparada con las otras funciones puede no ser tan visible, pero, aun así, se hace indispensable mencionarla, ya que está compuesta por actividades logísticas que podrían y deberían ser delegadas, ya que no requieren de la experticia y la formación de un profesional de enfermería para llevarse a cabo.

Luego de tener las actividades organizadas en funciones, estas fueron clasificadas en los roles que propone el modelo de efectividad del rol, lo cual mostró que el mayor número de funciones pertenecen al rol interdependiente, así como la mayor dedicación en tiempo. El profesional de enfermería no trabaja solo y por ende son muchas las funciones

conjuntas que realiza con pares, otros profesionales y miembros del equipo de salud con el fin de lograr una atención continua e integral para los pacientes.

Según el tiempo dedicado, en segundo lugar se encuentra el rol dependiente, que estuvo conformado por dos funciones a las que se les dedica mucho tiempo: la realización de todos los procedimientos y tratamientos prescritos y la administración de medicamentos según orden médica.

Finalmente, el rol independiente es al que se le dedica menos tiempo, con una diferencia bastante marcada respecto a los otros roles. Sin embargo, cabe mencionar que el estudio investigó solamente las actividades manifiestas realizadas por los profesionales de enfermería.

Tabla 4-17. Clasificación de las funciones en roles según modelo de Efectividad del rol.

Rol independiente	Tiempo (min)	Rol dependiente	Tiempo (min)	Rol interdependiente	Tiempo (min)
Función 3	2637	Función 1	2256	Función 2	7122
Función 7	823	Función 8	10106	Función 4	864
				Función 5	10319
				Función 6	4399
TOTAL	**3460**		**12326**		**22704**

Como la conducta en el rol de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en Bogotá entre los meses de agosto y octubre 2012, está conformada por un listado de 7 actividades, estas se encuentran a continuación con su respectiva etiqueta según la función a la que pertenecen y a la vez el rol al que esta función pertenece.

Tabla 4-18. Conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en Bogotá entre los meses de agosto y octubre 2012.

Conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en Bogotá entre los meses de agosto y octubre 2012, clasificada por función y por rol según el modelo de Irvine y Sidane.			
Actividades	**Frecuencia (# de veces)**	**Función**	**Rol**
Revisar las órdenes médicas y en caso de dudas aclarar con el médico.	705	5	Interdependiente

Conducta en el rol del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en Bogotá entre los meses de agosto y octubre 2012, clasificada por función y por rol según el modelo de Irvine y Sidane.

Actividades	Frecuencia (# de veces)	Función	Rol
Administrar medicamentos por las diferentes vías.	644	8	Dependiente
Preparar medicamentos y mezclas de medicamentos, de acuerdo con las órdenes médicas.	536	8	Dependiente
Registrar oportunamente en la historia clínica los medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el proceso de atención de los pacientes a su cargo.	378	2	Interdependiente
Solicitar a la farmacia dispositivos médicos y medicamentos para el paciente, de acuerdo con la orden médica.	338	2	Interdependiente
Registrar en la historia clínica todos los procedimientos y cuidados de enfermería realizados.	234	3	Independiente
Descanso	129	N/A	N/A

4.2 Rol percibido

Para evaluar esta variable se aplicaron encuestas a los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos en la institución de estudio, mediante preguntas diseñadas particularmente para este fin y donde se contempló describir claridad del rol, imagen, sobrecarga y conflicto del rol.

A cada participante se le explicó el objetivo de esta actividad y se diligenció el respectivo consentimiento informado, resultando que de los 64 enfermeros que previamente habían sido observados, para describir la conducta en el rol, 46 de ellos optaron por participar voluntariamente en la encuesta.

Los datos que se pueden destacar con respecto a las características de los profesionales encuestados son las siguientes: la mayoría de ellos pertenece a los turnos de la noche, el 80% de los 46 encuestados son mayores de 25 años, el 90% está vinculado directamente con el hospital como empleado de planta, el 70% de los participantes tiene experiencia laboral mayor de 3 años, el 40% tiene más de 3 años de vinculación con el hospital y el 30% ostenta un título de especialización o maestría.

A continuación se presenta la tabla con los resultados de la caracterización de los profesionales de enfermería encuestados.

Tabla 4-19. Caracterización de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos que participaron en la encuesta del rol percibido, en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá en el mes de octubre 2012.

	Características	Frecuencia	%
EDAD	Menor de 25 años	8	17,4
	25 a 35 años	27	58,7
	36 a 45 años	4	8,7
	46 a 55 años	7	15,2
	Total	**46**	**100,0**
GÉNERO	Femenino	39	84,8
	Masculino	7	15,2
	Total	**46**	**100,0**
TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN	Menos de un año	6	13,0
	1 a 3 años	21	45,7
	4 a 6 años	8	17,4
	7 a 15 años	7	15,2
	Más de 15 años	4	8,7
	Total	**46**	**100,0**
EXPERIENCIA LABORAL	Menos de 1 año	2	4,3
	1 a 3 años	12	26,1
	4 a 6 años	12	26,1
	7 a 15 años	14	30,4
	Más de 15 años	6	13,0
	Total	**46**	**100,0**
TURNO	Mañana	11	23,9
	Tarde	10	21,7
	Noche	25	54,3
	Total	**46**	**100,0**
SERVICIO	Medicina interna	10	21,7
	Hospitalización cirugía	10	21,7
	Neurociencias	4	8,7
	Gineco-obstetricia	9	19,6
	Hospitalización planes especiales	2	4,3

	Características	Frecuencia	%
	Varias especialidades	12	26,1
	Total	**46**	**100,0**
EDUCACIÓN	Profesional	32	69,6
	Especialización	13	28,3
	Magíster o más alto	1	2,2
	Total	**46**	**100,0**
TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL	Agencia temporal	5	10,9
	Directamente con la institución	41	89,1
	Total	**46**	**100,0**

Como puede observarse, se trata de una población joven, con poca experiencia, en su mayoría mujeres, con nivel de formación profesional básica, con vinculación directa con la institución.

La menor experiencia laboral y la formación básica son dos condiciones que Irvine y Sidane[96] han descrito como variables de estructura de la enfermera que no favorecen la autonomía en el rol y por tanto el ejercicio del rol independiente. De igual manera, el tiempo para proveer cuidado cuando la relación paciente-enfermero es menor favorece la autonomía.

4.2.1 Claridad del rol

Las preguntas que dan cuenta de este aspecto en la encuesta aparecen a continuación:

[96] IRVING, D.; SIDANI, S.; KEATING, M. y DOIGGE, D. An empirical test of the nursing role effectiveness model. En: Journal of Advanced Nursing. 2002. Vol. 38, no. 1. p. 29-39.

Pregunta 9. Sé perfectamente lo que se espera de mí en mi trabajo.

Tabla 4-20. Respuestas a la pregunta 9 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CLARIDAD	Muy de acuerdo	19	41,3	41,3
	De acuerdo	21	45,7	87,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6,5	93,5
	En desacuerdo	3	6,5	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 10. Conozco la descripción de mi cargo.

Tabla 4-21. Respuestas a la pregunta 10 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CLARIDAD	Muy de acuerdo	23	50,0	50,0
	De acuerdo	18	39,1	89,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6,5	95,7
	En desacuerdo	2	4,3	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 13. Sé con exactitud cuáles son los criterios con los que se evalúa mi desempeño.

Tabla 4-22. Respuestas a la pregunta 13 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CLARIDAD	Muy de acuerdo	10	21,7	21,7
	De acuerdo	23	50,0	71,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	15,2	87,0
	En desacuerdo	6	13,0	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 24. Las actividades administrativas y de coordinación son lo más importante en mi trabajo.

Tabla 4-23. Respuestas a la pregunta 24 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CLARIDAD	De acuerdo	10	21,7	21,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14	30,4	52,2
	En desacuerdo	19	41,3	93,5
	Muy en desacuerdo	3	6,5	100,0
	Total	46	100,0	

Las respuestas de los profesionales de enfermería a las preguntas 9, 10 y 13 expresan, en su mayoría, que existe claridad en cuanto a lo que la organización espera de ellos, conocen la descripción de su cargo y los criterios con los que se les evalúa. Sin embargo, en la pregunta 24 las respuestas están divididas, lo que muestra una falta de claridad, que no solo se ve en la respuesta misma de la encuesta, donde el 47% está en desacuerdo con que lo más importante en su trabajo son las actividades administrativas y de coordinación; aun así, está claro en los resultados obtenidos en la observación estructurada que en efecto estas actividades son las más importantes en sus puestos de trabajo.

Cuando las expectativas del rol que recibe la persona no son claras, con la suficiente información para el desempeño adecuado del rol, se puede provocar una disfunción, que se conoce como la ambigüedad del rol, que ha sido relacionada en muchos estudios con la insatisfacción con el trabajo y con el deseo de abandonar el puesto[97].

4.2.2 Imagen

El segundo aspecto que se tuvo en cuenta en el cuestionario fue la imagen. A continuación las preguntas que evaluaron este aspecto:

---

[97] SANCERNI, María Dolores. El cuestionario general de ambigüedad de rol: un estudio de algunos aspectos de validez de constructo. En: Revista de pensamiento I analisi. 1990. Vol. XV, no. 1i2.

Pregunta 14. Mi trabajo es reconocido por mis colegas y jefe inmediato.

Tabla 4-24. Respuestas a la pregunta 14 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
IMAGEN	Muy de acuerdo	10	21,7	21,7
	De acuerdo	17	37,0	58,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	26,1	84,8
	En desacuerdo	7	15,2	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 15. Mi trabajo es reconocido por otros profesionales de la institución.

Tabla 4-25. Respuestas a la pregunta 15 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
IMAGEN	Muy de acuerdo	7	15,2	15,2
	De acuerdo	10	21,7	37,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	34,8	71,7
	En desacuerdo	10	21,7	93,5
	Muy en desacuerdo	3	6,5	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 18. Me siento satisfecho con mi desempeño como profesional de enfermería en esta institución.

Tabla 4-26. Respuestas a la pregunta 18 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
IMAGEN	Muy de acuerdo	24	52,2	52,2
	De acuerdo	15	32,6	84,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	10,9	95,7
	En desacuerdo	2	4,3	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 19. Considero que las actividades y funciones que llevo a cabo están acordes con lo que, en mi opinión, es el deber ser de la profesión.

Tabla 4-27. Respuestas a la pregunta 19 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
IMAGEN	Muy de acuerdo	9	19,6	19,6
	De acuerdo	25	54,3	73,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	13,0	87,0
	En desacuerdo	6	13,0	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 20. Mi trabajo actual en esta institución me ofrece oportunidades de aplicar mis conocimientos y habilidades.

Tabla 4-28. Respuestas a la pregunta 20 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
IMAGEN	Muy de acuerdo	20	43,5	43,5
	De acuerdo	19	41,3	84,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	8,7	93,5
	En desacuerdo	3	6,5	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 28. Considero que hay funciones que me fueron asignadas, que no están acordes con mi cargo o nivel educativo.

Tabla 4-29. Respuestas a la pregunta 28 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
IMAGEN	Muy de acuerdo	7	15,2	15,2
	De acuerdo	14	30,4	45,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	15,2	60,9
	En desacuerdo	17	37,0	97,8
	Muy en desacuerdo	1	2,2	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 29. En mí día a día, cumplo con las funciones que como profesional de enfermería debería realizar.

Tabla 4-30. Respuestas a la pregunta 29 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
IMAGEN	Muy de acuerdo	17	37,0	37,0
	De acuerdo	18	39,1	76,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	8,7	84,8
	En desacuerdo	4	8,7	93,5
	Muy en desacuerdo	3	2,2	100,0
	Total	46	100,0	

Las respuestas de este grupo de preguntas muestran que el 58% de los profesionales de enfermería encuestados percibe que su trabajo es reconocido por el jefe inmediato y sus colegas; en cuanto al reconocimiento de otros profesionales, solo el 37% de los encuestados lo perciben así. Además, la gran mayoría de los encuestados se encuentran satisfechos con su rol dentro de la institución y consideran que las funciones que llevan a cabo están acordes con el deber ser de la profesión.

4.2.3 Sobrecarga de rol

Las siguientes fueron las preguntas que indagaron por este aspecto:

Pregunta 11. La cantidad de trabajo que hago dificulta que pueda hacerlo perfectamente.

Tabla 4-31. Respuestas a la pregunta 11 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SOBRE CARGA	Muy de acuerdo	13	28,3	28,3
	De acuerdo	10	21,7	50,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	21,7	71,7
	En desacuerdo	12	26,1	97,8
	Muy en desacuerdo	1	2,2	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 17. Hay algunas funciones o actividades de enfermería que me parecen muy importantes, pero que actualmente no puedo realizar.

Tabla 4-32. Respuestas a la pregunta 17 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SOBRE CARGA	Muy de acuerdo	8	17,4	17,4
	De acuerdo	18	39,1	56,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	23,9	80,4
	En desacuerdo	7	15,2	95,7
	Muy en desacuerdo	2	4,3	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 21. Siento que tengo trabajo extra, más allá de lo que normalmente debería esperarse de mí.

Tabla 4-33. Respuestas a la pregunta 21 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SOBRE CARGA	Muy de acuerdo	8	17,4	17,4
	De acuerdo	15	32,6	50,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	15,2	65,2
	En desacuerdo	13	28,3	93,5
	Muy en desacuerdo	3	6,5	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 22. Generalmente, delego las actividades de cuidado directo, por realizar tareas administrativas.

Tabla 4-34. Respuestas a la pregunta 22 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SOBRE CARGA	Muy de acuerdo	6	13,0	13,0
	De acuerdo	12	26,1	39,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	17,4	56,5
	En desacuerdo	15	32,6	89,1
	Muy en desacuerdo	5	10,9	100,0
	Total	46	100,0	

En las dos primeras preguntas, 50% de los encuestados están de acuerdo en que por la cantidad de trabajo que hacen se dificulta que este se pueda realizar perfectamente; el 56% afirmó estar de acuerdo con que hay algunas actividades de enfermería que le parecen importantes pero que actualmente no puede realizar. Así mismo, el 50% de los encuestados está de acuerdo con sentir que tiene trabajo extra más allá de lo que debería esperase de él. Por último, el 42% de los profesionales se mostraron en desacuerdo con que delegan actividades de cuidado directo por realizar las tareas administrativas.

4.2.4 Conflicto de rol

La situación de conflicto de rol puede originarse de diversas formas. Se entiende que una persona sufrirá un conflicto en el rol si percibe que una o más personas o grupos de la organización, con quienes está vinculada (dentro de su malla de rol), tienen expectativas divergentes sobre qué ha de hacer y/o cómo ha de conducirse, que son incompatibles o incongruentes entre sí o bien con la realización del trabajo. A continuación las preguntas que interrogaron sobre este aspecto:

Pregunta 12. Con frecuencia recibo órdenes opuestas de diferentes personas que tienen autoridad sobre mí.

Tabla 4-35. Respuestas a la pregunta 12 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CONFLICTO	Muy de acuerdo	4	8,7	8,7
	De acuerdo	14	30,4	39,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	23,9	63,0
	En desacuerdo	14	30,4	93,5
	Muy en desacuerdo	3	6,5	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 16. Siento que mi desempeño como profesional de enfermería está muy ligado a las condiciones de la institución.

Tabla 4-36. Respuestas a la pregunta 16 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CONFLICTO EN EL ROL	Muy de acuerdo	15	32,6	32,6
	De acuerdo	21	45,7	78,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	8,7	87,0
	En desacuerdo	6	13,0	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 23. Cuento con el tiempo y los recursos necesarios para cumplir con mis funciones adecuadamente.

Tabla 4-37. Respuestas a la pregunta 23 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CONFLICTO EN EL ROL	Muy de acuerdo	9	19,6	19,6
	De acuerdo	19	41,3	60,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	17,4	78,3
	En desacuerdo	9	19,6	97,8
	Muy en desacuerdo	1	2,2	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 25. A veces personas con las que trabajo me piden realizar actividades que no corresponden a mi formación.

Tabla 4-38. Respuestas a la pregunta 25 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CONFLICTO EN EL ROL	Muy de acuerdo	5	10,9	10,9
	De acuerdo	13	28,3	39,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	15,2	54,3
	En desacuerdo	17	37,0	91,3
	Muy en desacuerdo	4	8,7	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 26. Hay actividades que realizo porque nadie más las hace, pero considero que no deberían ser mi responsabilidad.

Tabla 4-39. Respuestas a la pregunta 26 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CONFLICTO EN EL ROL	Muy de acuerdo	4	8,7	8,7
	De acuerdo	17	37,0	45,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	17,4	63,0
	En desacuerdo	16	34,8	97,8
	Muy en desacuerdo	1	2,2	100,0
	Total	46	100,0	

Pregunta 27. Puedo realizar mi trabajo de forma autónoma.

Tabla 4-40. Respuestas a la pregunta 27 de la encuesta de percepción del rol de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Bogotá en el mes de octubre 2012.

Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CONFLICTO DE ROL	Muy de acuerdo	11	23,9	23,9
	De acuerdo	18	39,1	63,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	19,6	82,6
	En desacuerdo	6	13,0	95,7
	Muy en desacuerdo	2	4,3	100,0
	Total	46	100,0	

De este grupo de preguntas se puede analizar que el 78% de los encuestados opinan que su desempeño está muy ligado a las condiciones de la institución. El 60% piensa que cuenta con el tiempo y los recursos necesarios para cumplir con sus funciones adecuadamente; así mismo, el 63% considera que puede realizar su trabajo de forma autónoma. Llama la atención la pregunta 12, donde se indaga sobre si con frecuencia recibe órdenes opuestas de diferentes personas que tienen autoridad sobre ellos; el 39% está de acuerdo con esta afirmación y 37% en desacuerdo, con un 15% que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

El global de la encuesta muestra un grupo de profesionales de enfermería satisfechos con su trabajo, que consideran que su rol es reconocido entre pares y por el jefe

inmediato, tienen claridad con respecto a lo que la organización espera de ellos y conocen cuáles son los criterios con los que se los evalúa; según la percepción de los profesionales de enfermería, se pueden desempeñar autónomamente y además cuentan con los recursos y el tiempo suficiente para realizar sus funciones adecuadamente, lo que hace pensar que en esta organización, desde la perspectiva de esta encuesta no hay ambigüedad en el rol, y solo el aspecto de sobrecarga de trabajo indica cierto nivel de conflicto en el rol. Las respuestas de este bloque de preguntas muestran que la mayoría de encuestados consideran que la cantidad de trabajo que realizan dificulta que puedan llevarlo a cabo perfectamente; de la misma forma, la mitad de ellos consideran que hay actividades y funciones que les parecen muy importantes, pero que no pueden realizar; además, un 50% de los encuestados están de acuerdo con sentir que tienen trabajo extra, más allá de lo que debería esperase de ellos. Es importante contrastar estas respuestas con otras donde los encuestados expresaban estar satisfechos con su desempeño como profesionales de enfermería en la institución, de la misma forma que opinaban que las actividades y funciones que llevan a cabo están acordes con lo que es el deber ser de la profesión, aunque también están de acuerdo con que existen funciones y actividades de enfermería que son importantes, pero que no pueden realizar. Por último, llama la atención que a la pregunta de si cuenta con el tiempo y recursos necesarios para cumplir con sus funciones adecuadamente, la mayoría expresó estar de acuerdo, pero en las preguntas de sobrecarga la respuesta difiere de esa primera apreciación.

El propósito de este estudio fue el de describir de forma general la percepción del rol que tienen los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá; sin embargo, con resultados como los anteriores, donde hay una marcada ambivalencia entre categorías de preguntas, vale la pena profundizar en estos temas, para establecer con mayor precisión qué otras variables están interviniendo en los hallazgos.

4.3 Rol requerido

En este estudio se analizó este concepto de rol trasmitido desde la requisición formal y manifiesta de la organización a través de los códigos detallados por escrito, que para este caso fueron la descripción del cargo, así como seis guías clínicas de atención y un

protocolo de manejo, considerados de obligatorio cumplimiento según el estándar 5 de habilitación[98]. De esta forma se explica que en este trabajo el rol se haya designado más como el rol requerido, que como rol trasmitido.

Debido a que los documentos mencionados son confidenciales, no se expondrán en el trabajo, pero se hará una descripción de lo que en ellos se encuentra.

4.3.1 Descripción del puesto de trabajo para profesionales de enfermería de los servicios hospitalarios

Este documento describe, además de las funciones de los profesionales de enfermería de los servicios asistenciales de hospitalización, el nivel jerárquico dentro de la organización, el objetivo del puesto, el número de personas a cargo, entre otras generalidades.

Son tres las grandes funciones que se presentan en este documento, cada una dividida en actividades y tareas.

Función 1. Garantizar la correcta realización de procedimientos y aplicación de tratamientos a los pacientes en el piso o servicio específico.

Esta función está dividida en dos actividades: vigilar y realizar procedimientos y tratamientos a los pacientes, que incluye tareas como toma de muestras, realización de limpieza a catéteres, cuidados de la piel y su respectiva valoración, manejo y trasfusión de hemoderivados, el recibo y entrega de turno, incluyendo los equipos como el glucómetro y el carro de paros. La segunda actividad de esta función es la de vigilar la disponibilidad de insumos, medicamentos y equipos médicos, que incluye tareas como solicitar a la farmacia los dispositivos médicos, insumos y medicamentos para el paciente de acuerdo con la orden médica, preparar y administrar los medicamentos y mezclas de medicamentos de acuerdo con las órdenes médicas, registrar en la historia los

[98] MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006.

medicamentos y dispositivos médicos utilizados, realizar la devolución a la farmacia de medicamentos no utilizados con el paciente.

Función 2. Brindar orientación oportuna a los familiares de los usuarios de los servicios de hospitalización, en lo referente a información de trámites administrativos y procedimientos médicos. Esta función tiene una sola actividad que se refiere a orientar al usuario en relación con el servicio donde se encuentra hospitalizado. Dentro de las tareas contempladas en esta actividad se encuentran la de orientar a los familiares o acompañantes del paciente sobre la ubicación de los servicios, trámites administrativos, proceso de ingreso y egreso, así como resolver otras inquietudes en relación con el servicio y el hospital. También recibir al paciente que viene remitido, así como entregarlo cuando va a ser trasladado a otra institución y, por último, brindar apoyo e información a la familia y direccionarla hacia el médico tratante, según el caso.

Función 3. Realizar actividades administrativas que contribuyan al desarrollo de los procesos del servicio de hospitalización. Esta función contempla tres actividades. La primera de ellas: controlar, verificar y coordinar las funciones y actividades del personal a cargo, a fin de garantizar la atención oportuna de los pacientes. Algunas de las tareas incluidas en esta actividad son: verificar la asistencia del personal a su cargo y realizar la asignación de acuerdo con los requerimientos del servicio y complejidad de los pacientes, coordinar las auxiliares de enfermería y verificar el cumplimiento de sus funciones, entrenar al personal auxiliar de enfermería y profesionales de enfermería que se vinculen al servicio, participar desde su competencia en el entrenamiento de médicos asignados al servicio, facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes que rotan en el servicio y participar en los proyectos de investigación que se realizan en esta área de trabajo. La segunda actividad de esta función es la de vigilar el estado de los equipos y del mobiliario para la atención del servicio. Esta actividad incluye tareas como verificar la realización de las actividades de aseo y desinfección, revisar el control de inventarios realizado por los auxiliares de enfermería, verificar los servicios de logística y mantenimiento, la disponibilidad de ropa de cama requerida para la prestación del servicio y velar por el cuidado y buen funcionamiento de equipos, muebles, enseres, controlar alarmas, sensores y avisar oportunamente sobre fallas presentadas, pérdidas o necesidad de mantenimiento.

La última actividad de esta función es la de realizar otras actividades administrativas, donde se encuentran tareas como asistir y participar en las revistas médicas generales del servicio o las especialidades aportando información del paciente o informándose sobre la conducta a seguir. Pero en caso de que la rutina no lo permita, hacer la revisión de las historias clínicas de los pacientes, enviar las solicitudes de exámenes o procedimientos a las unidades correspondientes y supervisar su realización oportuna, vigilar la ocurrencia de eventos adversos e incidentes y registrarlos en la historia clínica, coordinar la autorización oportuna de los procedimientos médicos y quirúrgicos con la auxiliar de autorizaciones, coordinar la autorización oportuna de los médicos y dispositivos médicos especiales con la farmacia y la oficina de gestión de servicios, coordinar con los médicos tratantes la elaboración de los documentos requeridos para el oxígeno domiciliario, medicamentos “no POS”, laboratorios “no POS”. Diligenciar formato CTC, participar activamente en las reuniones y realizar el acta correspondiente.

De las funciones, actividades y tareas consignadas en la descripción del puesto de trabajo se puede analizar que la mayoría están enfocadas en la realización y cumplimiento de actividades de coordinación y además se puede ver la importancia que tiene para la organización que el profesional de enfermería esté al frente de diversas funciones administrativas y logísticas para el funcionamiento de los servicios donde labora, aun cuando el rol asistencial de enfermería tiene como objetivo principal el de dar cuidado directo al paciente.

Adicionalmente, llama la atención que dentro de las funciones descritas para el puesto de trabajo de los profesionales de enfermería no se contempla la educación al paciente y su familia. La función que más se parece está descrita en términos de orientar al paciente y la familia, pero hace referencia a dar indicaciones con respecto a los procesos administrativos que conlleva la hospitalización, así como ubicar las dependencias del hospital.

La educación de los pacientes se refiere a las actividades interactivas formales e informales llevadas a cabo por profesionales de la salud, con miras a lograr mejores resultados de salud para los pacientes a través del suministro de información,

conocimientos y habilidades que son necesarias para la gestión de sus preocupaciones de salud y enfermedad[99]. Enfermería, como el grupo mayoritario de profesionales de la salud, que se encuentra en la línea de frente del cuidado al paciente, ha sido considerado en algunos países como el más idóneo para llevar a cabo las actividades de educación al paciente y su familia[100]. De hecho, en el modelo de Irvine y Sidane las funciones de educación son parte fundamental del rol independiente del profesional de enfermería.

Sin embargo, algunos estudios informan que existe ambigüedad en el rol de los enfermeros para brindar educación a los pacientes, ya que, según encontraron Honan y colaboradores[101] en su estudio, los enfermeros suelen delegar la responsabilidad de educación al médico cuando no están seguros de su papel en el suministro de cierta información. Morgan[102] y Barret[103] también hallaron que algunos enfermeros muestran renuencia a participar en la educación del paciente por no tener una responsabilidad bien definida en áreas específicas de la educación del paciente. Además de estas razones, también el tiempo insuficiente y la falta de personal se han constituido en limitaciones para la provisión de la educación al paciente. Huey y Hartley[104] revelan que la escasez de personal en la mayoría de los hospitales resulta en menos enfermeros disponibles para los pacientes, y la limitación de tiempo resultante impide que puedan brindar la atención que ellos creen que los pacientes necesitan. Inevitablemente, cuando se enfrentan a demasiadas tareas para realizar al tiempo, los enfermeros deben escoger entre ellas y,

---

[99] TILLEY, J. D., GREGOR, F. M. y THIESSEN, V. The nurse's role in patient education: incongruent perceptions among nurses and patients. En: Journal of Advanced Nursing. 1987. No. 12. p. 291-301.

[100] PARK, M. Y. Nurses' perception of performance and responsibility of patient education. En: Journal of Korean Academy of Nursing. 2005. Vol. 35, no. 8. p. 1514-1521. Disponible en: <http://www.kan.or.kr/new/kor/sub3/filedata/200508/1514.pdf>. [citado en 3 de octubre de 2012].

[101] HONAN, S.; KRSNAK, G.; PETERSEN, D. y TORKELSON, R. The nurse as patient educator: Perceived responsibilities and factors enhancing role development. En: J Cont Educ Nurs. 1988. Vol. 19, no. 1. p. 33-37.

[102] MORGAN, A. Health teaching in clinical nursing practice. En: Aust J of Adv Nurs. 1990. Vol. 7, no. 4. p. 36-40.

[103] BARRETT, C.; DOYLE, M.; DRISCOLL, S.; FLAHERTY, K. y DOMBROWSKI, M. Nurses' perceptions of their health educator role. En: J Nurs Staff Dev. 1990 Nov-Dec. Vol. 6, no. 6. p. 283-6.

[104] HUEY, F. L. y HARTLEY, S. What keeps nurses in nursing: 3500 nurses tell their stories. En: AM J NURS. 1988. Vol. 88, no. 2. p. 181-188.

según lo documentan Hendrickson y Doddato[105] en su estudio, la educación del paciente siempre queda relegada al último lugar.

Finalmente, la descripción del puesto de trabajo del profesional de enfermería de los servicios de hospitalización adultos de la institución estudiada muestra o explica algunos de los resultados obtenidos en la conducta en el rol y el rol percibido, ya que, como se mencionó anteriormente, las actividades de coordinación y logística son de gran importancia para la organización y los profesionales de enfermería tienen claro este requerimiento.

4.3.2 Guías clínicas y protocolo de manejo

La institución cuenta con un amplio número de guías y protocolos de enfermería, para las áreas asistenciales de hospitalización, por lo que para este análisis se seleccionaron las siguientes: protocolo de venopunción periférica, guía para el control de líquidos administrados y eliminados, guía para el recibo y entrega de turno, guía de procedimiento para cateterismo vesical, guía de administración de medicamentos, guía plan de cuidados de enfermería al paciente hospitalizado, guía de prevención de caídas y sujeción del paciente, que son los que por determinación de la organización se definieron como de obligatorio cumplimiento según los requisitos de habilitación para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Debido a que las guías y el protocolo seleccionados hacen parte del rol requerido de la institución, y se reconocen como recomendaciones explícitas, formuladas claramente, con el propósito de ayudar a los profesionales a tomar las mejores decisiones para el cuidado de la salud en circunstancias específicas[106] se revisaron algunos puntos clave, que pueden influir en que estas sean más o menos aceptadas por los profesionales de enfermería de la institución.

---

[105] HENDRICKSON, G. y DODDATO, T. M. Setting priorities during the shortage: When time and staff run short, nurses give priority to activities that need immediate attention. En: Nurs Outlook. 1989. Vol. 37, no. 6. p. 280-284.

[106] Universidad Nacional de Colombia, Instituto de investigaciones clínicas, Facultad de Medicina, Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas de Salud (GETS). Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Cuidado de enfermería a la persona con trauma torácico penetrante en UCI. 2010. p. V.

En primera instancia se pudo establecer que ninguna de las guías o protocolo tienen de forma explícita los niveles de evidencia, ni el grado de recomendación, que son los elementos que dan la certeza de que su elaboración se basó en un proceso riguroso y sistemático, con prácticas válidas que proporcionan mayor beneficio a los pacientes y los profesionales que siguen las recomendaciones.

En cuanto a la forma como están escritas las guías y el protocolo, se puede mencionar que la mayoría son relativamente cortas, claras con un lenguaje sencillo, que permite su comprensión; sin embargo, la guía de administración de medicamentos tiene 56 páginas, lo que la hace muy extensa y difícil de seguir, y además lleva a que el rol trasmitido no sea fácil de determinar.

De las guías analizadas llama la atención que solo la guía de administración de medicamentos tiene claramente estipuladas las actividades del profesional de enfermería, mientras que en las demás las actividades están descritas para ser realizadas por el enfermero profesional o por el auxiliar de enfermería. Esto puede llevar a pensar que, si no hay una diferenciación clara de las responsabilidades de cada uno de estos grupos, aunado a la carga de actividades y funciones de tipo administrativo y de coordinación asumidas por el profesional de enfermería, la participación de este en las actividades de cuidado directo se pueden volatilizar cada vez más.

El último aspecto que se quiso revisar en cuanto al rol requerido, fue el de la adherencia a estas guías y protocolo, pero la institución no cuenta aún con estos resultados para decir qué tan aceptados e interiorizados están estos elementos del rol requerido entre los profesionales de enfermería. Sin embargo, comparando los resultados de la conducta en el rol con este análisis, se puede ver que la mayoría de los procedimientos para los que las guías están escritas son realizados por los auxiliares de enfermería.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Este estudio descriptivo da una interesante visión general de la conducta en el rol de los profesionales de enfermería, exponiendo las funciones y actividades que desarrollan en los servicios de hospitalización adultos, mostrando una marcada tendencia hacia la realización de actividades de cuidado que se llevan a cabo en nombre de los pacientes, pero lejos de ellos, lo que tiene muchas implicaciones en la forma como se brinda el cuidado, y aunque en este estudio no se establecieron correlaciones, puede ser que también tenga implicaciones en la calidad del cuidado brindado y en la satisfacción del paciente con el mismo.

Las actividades que finalmente conforman la conducta en el rol de los profesionales de enfermería son relativamente pocas, pero reiteradas en el análisis general y en el análisis por turnos. Estas actividades están centralizadas en la administración de medicamentos, por lo que es importante revisar las variables que pueden intervenir en este aspecto, tales como la razón enfermera-paciente y la complejidad del paciente.

En el turno de la noche las actividades están mucho más concentradas, lo cual podría explicarse en primer lugar porque las actividades son mucho más dispersas y los profesionales en la noche no tienen un patrón de conducta, excepto por las actividades que conforman su conducta en el rol, o porque definitivamente se realizan muchas menos actividades en este turno, ejecutando solamente las que son completamente indispensables, por ejemplo la administración de medicamentos.

Las actividades que se realizan con ayuda de la historia clínica electrónica demandan mucho tiempo de los profesionales de enfermería, por cuanto se hace necesario conocer en qué grado el sistema facilita o dificulta el flujo de trabajo.

Al clasificar las actividades que realizan los profesionales de enfermería en funciones y posteriormente en los roles independiente, dependiente e interdependiente, se puede ver, como mencionan McCloskey y colaboradores[107], que efectivamente el profesional de enfermería de la institución en estudio tiene también una función importante en términos de su función de “pegamento”, que quiere decir que su función de enfermería es principalmente de coordinador de la atención, lo que lo aleja de su labor de cuidador.

Las funciones que componen el rol independiente del profesional de enfermería en el estudio, especialmente las de educación al paciente y su familia, aparecen con una alta frecuencia, pero con poco tiempo de dedicación. Así mismo, dentro de estas funciones no aparece la realización del plan de cuidado de enfermería, que es parte fundamental en el desempeño del profesional, para establecer las actividades a realizar y los objetivos perseguidos en el cuidado del paciente.

En cuanto al rol percibido por el profesional de enfermería, se destaca la claridad que se tiene acerca de su rol en la organización, aunque es preciso revisar lo relacionado con la sobrecarga laboral, que fue el único aspecto de la encuesta que apareció como posible factor desencadenante de conflicto de rol.

El rol requerido por la institución está dado en la descripción del cargo y en él se hace énfasis en aspectos administrativos y de logística de los servicios; se evidencia una acogida importante por los profesionales, lo cual resultó consistente con los hallazgos en la conducta en el rol y con el rol percibido.

---

[107] McCLOSKEY y cols. Op. cit., p. 22±33.

5.2 Recomendaciones

Con base en los resultados de la conducta en el rol, la organización puede realizar una revisión del modelo de atención de enfermería con el fin de establecer el enfoque que debe tener el profesional en cuanto a la realización de su trabajo como cuidador. Dada la complejidad de los pacientes, sería de utilidad poder analizar aspectos como la razón enfermero-paciente y las necesidades de cuidado de los pacientes.

Es preciso analizar los hallazgos en la conducta en el rol en el turno de la noche, para determinar si hay actividades o funciones que se puedan desarrollar durante el descanso del paciente y que contribuyan a un mejor cuidado de enfermería.

Es importante que, al conocer los resultados del estudio, con los profesionales participantes se pueda retroalimentar la necesidad de propender a mayor autonomía en su desempeño, evidente a través de un mayor número de actividades del rol independiente seguidas del interdependiente y por último las del rol dependiente.

Se hace necesario evaluar las expectativas de otros miembros de la malla del rol, para conocer el rol trasmitido de una forma más amplia.

Sería importante revisar si las tareas administrativas asignadas al profesional de enfermería pueden derivarse a otros funcionarios y despejar tiempos para el cuidado directo al paciente.

Se puede aprovechar, en las futuras actualizaciones de guías y protocolos, avanzar en ajustes que provean la mayor evidencia científica disponible y diferencien las responsabilidades de acuerdo con la formación para los miembros del equipo de enfermería.

Para la academia estos resultados dan cuenta de la necesidad de formar profesionales en que se fortalezca el desempeño de los roles independiente e interdependiente, sin dejar de lado la responsabilidad con el rol dependiente.

El grupo de investigación Gerencia en salud y enfermería debe promover el diseño de instrumentos para medir sistemáticamente el rol percibido, por cuanto la búsqueda no arrojó instrumentos para tal fin y con este estudio se tiene un primer formato.

Este estudio puede replicarse en otras instituciones con el fin de establecer la conducta en el rol, el rol percibido y el rol requerido de los profesionales de enfermería en la ciudad y el país, incluso analizando relaciones importantes con respecto al tipo de instituciones y a las condiciones laborales.

5.3 Aportes del estudio

El presente estudio hace una propuesta innovadora por cuanto plantea un análisis de los roles del profesional de enfermería, nunca antes abordada en nuestro país, hasta donde se conoce, desde la perspectiva de la psicología organizacional, además de vincular variables de la calidad en salud, lo que permite tener una comprensión más amplia de su impacto en el desempeño de los profesionales de enfermería.

Adicionalmente, una de las variables analizadas en este estudio, la conducta en el rol, se propone como un nuevo indicador de la calidad del cuidado de enfermería, por cuanto permite conocer cómo influyen las variables de estructura, tanto de la organización como del paciente, en la forma en que el profesional de enfermería ejecuta su trabajo.

La metodología utilizada en esta investigación es una propuesta novedosa, por utilizar como uno de sus métodos de recolección de datos la observación, en un estudio de abordaje cuantitativo.

Este trabajo aporta a la línea de investigación de calidad en salud y enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, por cuanto se convierte en un precedente para las futuras investigaciones, donde se puedan vincular más instituciones hospitalarias y periodos más extensos de observación, con el propósito de obtener datos que describan la realidad del fenómeno en poblaciones más amplias.

Los alcances de los hallazgos para la organización objeto de estudio son particularmente importantes porque le permiten reconocer que existen variables, tanto de la organización como del paciente, que influyen de manera positiva o negativa en el desempeño del

profesional de enfermería y por ende en los resultados que el paciente obtenga como consecuencia de su actuar. Esto le posibilitará a la organización evaluar los aspectos por mejorar para lograr que el recurso humano de enfermería sea utilizado de forma eficiente.

5.4 Limitaciones

Esta investigación tiene algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, los resultados hacen referencia a la situación particular de la institución estudiada, por cuanto son aplicables solamente a ella misma, sin opción de inferencia a otras instituciones.

Dadas las restricciones de tiempo y recursos, este estudio fue realizado con los periodos de observación mínimos establecidos para determinar la conducta en el rol; por ello, se sugiere que las futuras investigaciones trabajen con periodos de observación más amplios.

Existe la posibilidad de que se hayan presentado errores durante el registro de las observaciones, en particular en los casos en que los profesionales de enfermería realizaban múltiples tareas al tiempo, por ejemplo cuando el profesional de enfermería administraba un medicamento mientras hablaba con la familia.

Incluso con el entrenamiento cuidadoso a los observadores en el manejo del formato de registro de actividades, no se descarta la posibilidad de que haya habido alguna variación entre el registro de las actividades y la ocurrencia de las mismas, sobre todo en las primeras semanas, por la curva de aprendizaje de los observadores.

Aunque se realizó una distribución aleatoria de las fechas y franjas para la observación de los profesionales de enfermería, no en todos los casos se pudo dar cumplimiento exacto a este propósito, dadas las situaciones de los profesionales observados, tales como incapacidades, permisos sindicales e incluso periodos de vacaciones y descanso nocturno.

6. Anexos

A. Anexo: Modelo del formato para la recolección de los datos de la observación. Conducta de rol.

FORMATO DE OBSERVACION - CONDUCTA DE ROL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIO DE OBSERVACION ADULTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE BOGOTA

Codigo Unidad de Observacion:					Servicio:				
Turno:	M	☐	☐	☐	Periodo Observado:				
Dia de Observacion:					Fecha de Observación:	DD /	MM /	AA	
Nombre y Apellido del Observador:									

FUNCIONES Y ACTIVIDADES	HORA		HORA		FUNCIONES Y ACTIVIDADES	HORA		HORA	
	INI	FIN	INI	FIN		INI	FIN	INI	FIN
Actividades para la prevención y detección de Úlceras por presión. Examen fisico, realización de escala Norton, hidratación de la piel y cambios de posición.					Administrar enemas con distintos fines.				
Administración de medicamentos por las diferentes vías.					Administrar oxígeno por diferentes métodos.				
Administración de nutrición enteral.					Asignación del inventario en su servicio, verificando diariamente la existencia de equipos y elementos asignados.				
Administración de nutrición por vía parenteral.					Asistir a las reuniones programadas por la coordinadora de enfermería.				
Asistir al médico en la realización de procedimientos especiales.					Canalización de vías centrales con acceso periférico.				

B. Anexo: Encuesta percepción de rol de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos en una institución de tercer nivel de atención.

ENCUESTA PERCEPCIÓN DEL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN BOGOTÁ D. C. 2012

Esta encuesta tiene como objetivo identificar cómo percibe usted el rol del profesional de enfermería, desde su cargo actual en los servicios de hospitalización adultos en esta institución. Cabe mencionar que sus respuestas son anónimas y confidenciales y se usarán exclusivamente con fines académicos.
Por favor, lea atentamente las preguntas y responda espontáneamente.

PARTE UNO: Por favor marque la respuesta adecuada.

1. **Señale con una X su rango de edad:**
   - Menor de 25 años
   - 25 a 35 años
   - 36 a 45 años
   - 46 a 55 años
   - Mayor de 55 años

2. **Señale con una X su género.**
   - Femenino
   - Masculino

3. **¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta institución?**
   - Menos de un año
   - 1 a 3 años
   - 4 a 6 años
   - 7 a 15 años
   - Más de 15 años

4. **¿Cuánto tiempo lleva desempeñándose como enfermera(o) profesional?**

- Menos de 1 año
- 1- 3 años
- 4-6 años
- 7-15 años
- Más de 15 años

5. **Señale con una X el turno en el que trabaja actualmente.**
- Turno mañana
- Turno tarde
- Turno noche
- Supernumerario

6. **Señale con una X el servicio donde actualmente se desempeña.**
- Medicina interna
- Hospitalización cirugía
- Neurociencias
- Gineco-obstetricia
- Varias especialidades

7. **¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?**
- Profesional
- Especialización
- Magíster o más alto

8. **Marque con una X el tipo de vinculación laboral.**

- Contratación con agencia temporal
- Contratación directamente con el hospital

PARTE DOS: A continuación encontrará unas afirmaciones. Usted debe marcar con una X la opción que mejor expone su opinión con respecto a las mismas.

9. Sé perfectamente lo que se espera de mí en mi trabajo.
   - Muy de acuerdo
   - De acuerdo
   - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   - En desacuerdo
   - Muy en desacuerdo

10. Conozco la descripción de mi cargo.
   - Muy de acuerdo
   - De acuerdo
   - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   - En desacuerdo
   - Muy en desacuerdo

11. La cantidad de trabajo que hago dificulta que pueda hacerlo perfectamente.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo
12. Con frecuencia recibo órdenes opuestas de diferentes personas que tienen autoridad sobre mí.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

13. Sé con exactitud cuáles son los criterios con los que se evalúa mi desempeño.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

14. Mi trabajo es reconocido por mis colegas y jefe inmediato.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

15. Mi trabajo es reconocido por otros profesionales de la institución.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

16. Siento que mi desempeño como profesional de enfermería está muy ligado a las condiciones de la institución.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

17. Hay algunas funciones o actividades de enfermería que me parecen muy importantes, pero que actualmente no puedo realizar.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

18. Me siento satisfecho con mi desempeño como profesional de enfermería en esta institución.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

19. Considero que las actividades y funciones que llevo a cabo están acordes con lo que, en mi opinión, es el deber ser de la profesión.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

20. Mi trabajo actual en esta institución me ofrece oportunidades de aplicar mis conocimientos y habilidades.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

21. Siento que tengo trabajo extra, más allá de lo que normalmente debería esperarse de mí.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo
22. Generalmente, delego las actividades de cuidado directo, por realizar tareas administrativas.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

23. Cuento con el tiempo y los recursos necesarios para cumplir con mis funciones adecuadamente.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

24. Las actividades administrativas y de coordinación son lo más importante en mi trabajo.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

25. A veces, personas con las que trabajo, me piden realizar actividades que no corresponden a mi formación como enfermera(o).
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

26. Hay actividades que realizo porque nadie más las hace, pero considero que no deberían ser mi responsabilidad.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

27. Puedo realizar mi trabajo de forma autónoma.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

28. Considero que hay funciones que me fueron asignadas, que no están acordes con mi cargo o nivel educativo.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

29. En mí día a día, cumplo con las funciones que como profesional de enfermería debería realizar.
    - Muy de acuerdo
    - De acuerdo
    - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
    - En desacuerdo
    - Muy en desacuerdo

Cuando termine de contestar el cuestionario, por favor introdúzcalo en el sobre que lo acompaña y deposítelo en el buzón dispuesto para este fin en su servicio. Los sobres no se abrirán hasta que todos los sobres sean recibidos por el equipo que realiza este trabajo.

Muchas gracias por su colaboración!

C. Anexo: Modelo de distribución aleatoria de los periodos de observación por fecha y franja horaria por enfermera.

ENFERMERA TURNO MANANA Y TURNO TARDE (Factor aleatorizado)	FRANJA HORARIA	DIA	MES
23	1	20	A
25	2	20	A
30	3	20	A
26	1	21	A
21	2	21	A
5	3	21	A
5	1	22	A
19	2	22	A
8	3	22	A
7	1	23	A
26	2	23	A
14	3	23	A
10	1	24	A
25	2	24	A
4	3	24	A
4	1	25	A
1	2	25	A
20	3	25	A
3	1	26	A
17	2	26	A
19	3	26	A
20	1	27	A
5	2	27	A
11	3	27	A
32	1	28	A
20	2	28	A
8	3	28	A
3	1	29	A
21	2	29	A
32	3	29	A
16	1	30	A
24	2	30	A

D. Anexo: Formato para la evaluación de la validez facial.

ENCUESTA DE PERCEPCION DEL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION ADULTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE BOGOTA

Descripcion:

Este cuestionario fue construido exclusivamente para el trabajo de investigacion titulado: "Conducta de rol, rol requerido y rol percibido por los profesionales de enfermeria de los servicios de

Conceptos:

Comprensión: Entendimiento que existe al leer la frase.

Claridad: Tipo de lenguaje empleado y forma de redacción de la frase.

Precisión: Referida a si la frase está expresada en un lenguaje conciso y exacto evitando ambigüedades

CÓMO RESPONDER LA ENCUESTA

1. Lea cuidadosamente cada frase y decida si ésta reúne las caracteristicas deseadas: Comprension, claridad y precisión.
2. Cada frase tiene dos posibles respuestas: **Si** ó **no**, seleccione la respuesta desplegando cada casilla.
3. Se solicita sinceridad y objetividad.

N°	Aspectos a Evaluar	Compresión	Calificación Promedio	Claridad	Calificación Promedio	Precisión	Calificación Promedio
1	9. Sé perfectamente lo que se espera de mí, en mi trabajo.	Si	1	Si	1	Si	1
2	10. Conozco la descripción de mi cargo.	Si	1	Si	1	Si	1
3	11. La cantidad de trabajo que hago dificulta que pueda hacerlo perfectamente.	Si	1	Si	1	Si	1
4	12. Con frecuencia recibo órdenes opuestas de diferentes personas que tienen autoridad	Si	1	Si	1	Si	1
5	13. Se con exactitud cuáles son los criterios con los que se evalúa mi desempeño.	Si	1	Si	1	Si	1
6	14. Mi trabajo es reconocido por mis colegas y jefe inmediato.	Si	1	Si	1	Si	1
7	15. Mi trabajo es reconocido por otros profesionales de la institución.	Si	1	Si	1	Si	1
8	16. Siento que mi desempeño como profesional de enfermería está muy ligado a las condiciones de la institución.	Si	1	Si	1	Si	1
9	17. Hay algunas funciones o actividades de enfermería que me parecen muy importantes, pero que actualmente no puedo realizar.	Si	1	Si	1	Si	1
10	18. Me siento satisfecho con mi desempeño como profesional de enfermería en esta instit	Si	1	Si	1	Si	1
11	19. Considero que las actividades y funciones que llevo a cabo, están acordes con lo que en mi opinión, es el deber ser de la profesión.	Si	1	Si	1	Si	1
12	20. Mi trabajo actual en esta institución me ofrece oportunidades de aplicar mis	Si	1	Si	1	Si	1
13	21. Siento que tengo trabajo extra, más allá de lo que normalmente debería esperarse de	Si	1	Si	1	Si	1
14	22. Generalmente, delego las actividades de cuidado directo, por realizar tareas adminis	Si	1	Si	1	Si	1
15	23. Cuento con el tiempo y los recursos necesarios para cumplir con mis funciones adecua	Si	1	Si	1	Si	1
16	24. Las actividades administrativas y de coordinación son lo más importante en mi trabaj	Si	1	Si	1	Si	1
17	25. A veces, personas con las que trabajo, me piden realizar actividades que no corresponden a mi formación como enfermera(o).	Si	1	Si	1	Si	1
18	26. Hay actividades que realizo porque nadie más las hace, pero considero que no deberían ser mi responsabilidad	Si	1	Si	1	Si	1
19	27. Puedo realizar mi trabajo de forma autónoma	Si	1	Si	1	Si	1
20	28. Considero que hay funciones que me fueron asignadas, que no están acorde con mi	Si	1	Si	1	Si	1
21	29. En mi día a día, cumplo con las funciones que como profesional de enfermería, deberia	Si	1	Si	1	Si	1
	Calificaciones						

No
Si

E. Anexo: Resultados validez facial.

Índice de Lawshe		
Comprensión	**Claridad**	**Precisión**
0,9	1	0,9
0,9	0,9	0,9
0,8	0,8	0,8
0,8	0,9	0,9
0,9	0,9	0,9
1	1	1
1	1	1
0,9	0,9	0,9
1	1	1
1	1	1
1	1	1
0,9	1	1
0,9	0,9	0,9
1	1	0,9
0,9	1	0,9
0,9	1	0,9
1	1	1
1	1	1
0,8	0,9	0,9
1	1	1
0,9	1	0,9
0,929	0,962	0,938
Índice General de Comprensión	**Índice General de Claridad**	**Índice General de Precisión**

F. Anexo: Consentimiento informado encuesta rol percibido

CONSENTIMIENTO INFORMADO INVESTIGACIÓN ROL PERCIBIDO POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE BOGOTÁ

El propósito de este consentimiento es ofrecer a los participantes una explicación clara y concreta sobre la forma en que se vincularán al estudio y el aporte que realizarán al mismo.
Su participación consistirá en responder un cuestionario, para la recolección de la información que busca describir "La percepción del rol de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá".
Este cuestionario hace parte de la investigación "Conducta en el rol, rol requerido y rol percibido de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización adultos en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá, durante los meses de agosto a octubre 2012". Estudio investigativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, del programa de Maestría en Enfermería.
El investigador responsable a través de su equipo hará entrega del cuestionario a quienes voluntariamente quieran participar y se tendrá un plazo de una semana para hacer entrega de la encuesta a través de los buzones dispuestos para este fin en los diferentes servicios, depositándolas en sobre sellado sin marca alguna.
Si usted acepta, su participación será voluntaria, no tendrá ninguna contraprestación económica y usted podrá retirarse del estudio cuando lo estime conveniente, dando aviso al investigador. Así mismo se garantiza que esta información será utilizada únicamente con fines académicos y que se respetará la confidencialidad y privacidad de la información obtenida.

Ante cualquier duda o inquietud puedo contactar a Johanna Gómez Espinosa, responsable del estudio, al teléfono celular 3217009759

_____

FIRMA PARTICIPANTE

C. C.

Bibliografía

Actualización en enfermería. Cursos online. 2010. [en línea] Disponible en internet: <www.enfermeria-actual.com>. [citado en 28 octubre de 2012].

AIKEN, Linda H. y cols. Nurse staffing and hospital outcomes. En: JAMA. 2002. Vol. 288, no. 16.

ALCARAZ L., Gloria y col. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. En: Investigación y educación en enfermería. 2010. Vol. 28, no. 1.

ALVARADO Q., Gabriela. Definición de enfermería en el tercer nivel de atención según los acompañantes de los usuarios de un hospital costarricense. En: Rev. Enfermería actual en Costa Rica. 2008. Nº 14 [en línea]. Disponible en internet en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/definicion%20de%20enfermeria.pdf. ISSN 1409-4568>. [citado en: marzo de 2012. ISSN 1409-4568].

BENNE, Kenneth D. y BENNIS, Warren. Role Confusion and Conflict in Nursing: The Role of the Professional Nurse. En: The American Journal of Nursing. Feb., 1959. Vol. 59, no. 2, pp. 196-198.

BOUNDS, G.; YORKS, L.; ADAMS, M. y RANNEY, G. Beyond Total Quality Management. New York: McGraw-Hill. 1992. p. 412.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). Future Development of Information to Support the Management of Nursing Resources: Recommendations. 2001. [en línea]. Disponible en internet: http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/FutureDev.pdf. [citado en: marzo de 2012].

CHANG A. M. y TWINN, S. Role determination in nursing, implications for service provision. En: Journal of Nursing Management. 1995. Vol. 3, no. 1. p. 25±34.

CHANG, Esther y HANCOCK, Karen. Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. En: Nursing and Health Sciences. 2003. No. 5, p. 155–163.

COLLIERE, M. F. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill. 1993.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 8430 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. 1993. [en línea]. Disponible en internet: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf. [citado en 3 de octubre de 2012].

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA - CIE. El valor de la enfermería en un mundo cambiante. Ginebra, Suiza. 1996, p. 66.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA, CIE. Ámbito de la práctica de enfermeras. Declaraciones de posición del CIE. Ginebra; 1998. Disponible en: <www.icn.ch/spanish.htm>.

DEWAR, B. J. y MACLEOD, C. J. The role of the paid non-professional nursing helper: a review of the literature. En: Journal of Advanced Nursing. 1992. No. 17, p. 113±120.

DOUGLASS, Laura Mae. The Effective Nurse Leader and Manager. Quinta ed. Missouri: Ed. Mosby. 1996, p. 72.

HENDRICKSON, G.; DODDATO, T. M. y KOVNER, C. T. How do nurses use their time? En: Journal of Nursing Administration. 1990. No. 20, p. 31±37.

IRVINE, Diane y cols. Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. En: Nursing Economics. 1998. Vol. 16, no. 3, p. 110

JARA, C. P.; POLANCO, A. O. y ALVEAL, L. M. Percepción del rol profesional de alumnos de enfermería de la Universidad de Concepción, Chile. En: Invest Educ Enferm. 2005. Vol. 23, no. 2. p. 56-69.

JINKS, A. M. y HOPE, P. What do nurses do? An observational survey of the activities of nurses on acute surgical and rehabilitation wards. En: Journal of Nursing Management. 2000. Vol. 8, p. 273±279.

KANE, Robert L. y cols. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. En: Medical Care. 2007. Vol. 45, no. 12.

KATZ, D. y KAHN, R. Psicología Social de las Organizaciones. Sexta edición. México: Ed. Trillas. 2004.

KEOHANE, Carol A., y cols. Quantifying Nursing Workflow in Medication Administration. En: JONA. January 2008. Vol. 38, no. 1, p. 19-26.

LLORET, S. S. y cols. El estrés de rol en enfermeras. Un modelo causal. En: Rev. De Psicol. Gral. y Aplic. 1995. Vol. 48, no. 3. p. 393-405.

LYON, Thomas F. Role clarity, need for clarity, satisfaction, tension, and withdrawal. En: Organizational behavior and human performance. 1971. No. 6, p. 99 -110.

McCLOSKEY, J. C. y cols. Nurses' use and delegation of indirect care interventions. En: Nursing Economics. 2002. Vol. 14. p. 22±33.

MERONI, J. Manual de Psicología. Barcelona, España: Ed. Morata. 1985.

NÁJERA, R. M. y CASTRILLÓN, M. C. Propuesta para el Desarrollo y Fortalecimiento de la Enfermería en América Latina y el Caribe. México, D. F.: Documento de trabajo, contribución de ALADEFE al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos OPS/OMS. 2001.

National Database of Nursing Quality Indicators. NDNQI Indicators. Disponible en internet: <https://www.nursingquality.org/data.aspx>. [citado en octubre de 2012].

NEEDLEMAN, Jack y cols. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. En: N Engl J Med. 2002. Vol. 346, no. 22. [en línea]. Disponible en Internet: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa012247. [citado en: marzo de 2012].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS y FEDERACIÓN PANAMERICANA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA - FEPPEN. Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la enfermería. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud (HSQ). División de desarrollo de sistemas y servicios de salud (HSP), 2001.

POLIT, D. y HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. México: McGraw-Hill Interamericana. 2000, p. 359.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. Definición de creencias. [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.rae.es/rae.html>. [citado en 15 septiembre de 2012].

ROS GUASH, Joan Anton. Análisis de roles de trabajo en equipo: un enfoque centrado en comportamientos. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona. 2006. 517 p.

RUELAS BARAJAS, Enrique y ZURITA GARZA, Beatriz. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. En: Salud Pública de México. Mayo-junio 1993. Vol. 35, no. 003, p. 235-237.

RUIZ, F. y cols. Recursos humanos de la salud en Colombia – 2008. Balance, competencias y prospectiva. Tercera ed. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Pontificia Universidad Javeriana y Cendex. 2009.

SANCERNI, María Dolores. El cuestionario general de ambigüedad de rol: un estudio de algunos aspectos de validez de constructo. En: Revista de pensamiento I analisi. 1990. Vol. XV, no. 1i2.

SARABIA ALEGRÍA, J. M. y PASCUAL SÁEZ, M. P. Curso básico de estadística para economía y administración de empresas. En: Servicio de consultas Universidad de Cantabria. 2006, p. 74 a 78.

SCHMIT, Madeline H. Role Conflict in Nursing. En: The American Journal of Nursing. Nov, 1968. Vol. 68, no. 11, p. 2348 -2350.

SPILSBURY K. y MEYER J. Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. En: Journal of Clinical Nursing. Vol. 10. 2001, p. 3-14.

THOMPSON, M. S. y cols. Nursing time devoted to medication administration in long-term care: clinical, safety and resource implications. En: J. Am. Geriatr. Soc. 2009. Vol. 57, p. 266-272.

TUNC, T. y KUTAINS, R. O. Role conflict, role ambiguity and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey. En: Nursing & Health Sciences. No. 11, p. 410-416.