



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**ENTORNO DE TRABAJO MAGNÉTICO EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE
3^{er} NIVEL DE ATENCIÓN**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:

MARÍA ELENA RODRÍGUEZ RASO

TUTOR: MTRA. REYNA MATUS MIRANDA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MÉXICO, D. F. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **13 de marzo del 2014**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna **MARÍA ELENA RODRÍGUEZ RASO** con número de cuenta **50400134-1**, con la tesis titulada:

“ENTORNO DE TRABAJO MAGNÉTICO EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE 3er. NIVEL DE ATENCIÓN.”

bajo la dirección del(a) **Maestra Reyna Matus Miranda**

Presidente : Doctora Ana María Lara Barrón
Vocal : Maestra Reyna Matus Miranda
Secretario : Doctor Vicente Jesús Hernández Abad
Suplente : Maestro Rafael Sánchez de Tagle
Suplente : Maestra María Victoria Leonor Fernández García

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
MÉXICO D, F. a 29 de abril del 2014.


MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUIR MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

Agradecimientos

A Dios por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este triunfo.

A la maestra Reyna Matus Miranda, mi directora de tesis, por su presencia incondicional, sus apreciados y relevantes aportes, críticas, comentarios y sugerencias durante el desarrollo de esta investigación.

A los miembros del Jurado de esta tesis por sus valorables sugerencias y observaciones a la versión original del manuscrito, que contribuyeron a la mejora del presente trabajo.

Al Instituto Nacional de Rehabilitación, por haberme facilitado las condiciones necesarias para la obtención de datos para el desarrollo de la investigación.

A mis maestros que influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme en esta etapa de mi vida profesional, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

Dedicatorias

A mí adorado hijo Alexis Jacob quien me prestó el tiempo que le pertenecía para terminar. Por su bondad y sacrificio me inspiro a ser mejor para él, gracias por estar siempre a mi lado.

Con todo mi cariño y mi amor para mi mamá, hermanas y Alfredo que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis compañeros de estudio y amigas por su valiosa ayuda.

A todos ellos muchas gracias.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
1. Marco teórico	5
1.1 Sistemas de salud	6
1.2 Recursos humanos en salud	10
1.3 Recursos humanos en enfermería	12
1.4 Clima organizacional	17
1.5 Entornos de Trabajo	20
2. Planteamiento del problema	33
3. Objetivos	35
4. Material y Métodos	
4.1 Diseño y tipo de estudio	35
4.2 Población y muestra	35
4.3 Variables de estudio	37
4.4 Instrumento	
4.4.1 Construcción y validación	39
4.5 Prueba piloto	43
4.6 Aplicación final	44
4.6.1 Puntos de corte	44
4.6.2 Confiabilidad	46
4.6.3 Validez de constructo	49
4.6.4 Análisis de factores	50

5. Resultados	53
6. Aspectos éticos legales	69
7. Discusión	70
8. Conclusiones	81
9. Perspectivas	83
10. Limitaciones	86
Referencias bibliográficas	88
Anexos	98

Índice de figuras

Figura 1 Sistema de Salud en México	8
Figura 2 Enfermeras por cada 1000 habitantes por entidad federativa	14
Figura 3. Modelo de Entorno Laboral Saludable de la OMS: avenidas de influencia, procesos y principios centrales	21
Figura 4. Distribución del ETM	55
Figura 5. Características del ETM con base en cada uno de los esenciales	58

Índice de cuadros

Cuadro 1. Dimensiones de clima organizacional	19
Cuadro 2. Entorno de Trabajo Magnético (primera versión)	40
Cuadro 3. Expertos para la validación del instrumento	41
Cuadro 4. Entorno de Trabajo Magnético (segunda versión)	42
Cuadro 5. Puntos de corte del instrumento ETM	44
Cuadro 6. Niveles del ETM	45
Cuadro 7. Niveles por EOM	46
Cuadro 8. Comparación de la α de Cronbach de cada ítem con el total del instrumento	47

Índice de tablas

Tabla 1. Correlación de las sumas de las dimensiones y la suma total del puntaje del cuestionario.	49
Tabla 2. Análisis de factores para el esencial apoyo a la educación (AE)	50
Tabla 3. Análisis de factores de los EOM	52
Tabla 4. Características del personal de Enfermería de una Institución de salud de 3 ^{er} . Nivel de atención	54
Tabla 5. Mediana de los puntajes globales de los EOM	56
Tabla 6. Esenciales del ETM	57
Tabla 7. ETM y las características generales de la muestra	59
Tabla 8. ETM contra la antigüedad y edad de la muestra estudiada	60
Tabla 9. Apoyo a la educación y características generales de la muestra	61
Tabla 10. Trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes y características generales de la muestra	62
Tabla 11. Autonomía y características generales de la muestra.	63
Tabla 12. Enfermera-médico y características generales de la muestra	64
Tabla 13. Apoyo del jefe o supervisor y características generales de la muestra	65

Tabla 14. Personal adecuado y características generales de la muestra	66
Tabla 15. Preocupación por el paciente y características generales de la muestra	67
Tabla 16. Control sobre la práctica de enfermería y características generales de la muestra	68

RESUMEN

El concepto de entorno de trabajo magnético tuvo su origen en Estados Unidos a partir de los Hospitales Magnéticos. Se considera que este ambiente se encuentra en hospitales que brindan atención excelente a los pacientes a través del profesional de enfermería y está dado por la propia organización.

Este estudio fue realizado con el objeto de analizar el Entorno de Trabajo Magnético en una institución de salud de tercer nivel de atención en el Distrito Federal. Se trató de una Investigación de carácter transversal y descriptivo, en una muestra de 163 enfermeras de áreas de hospitalización. Se diseñó y validó un instrumento con base en los ocho esenciales del magnetismo, el cual alcanzó a confiabilidad final de 0.9116.

Se observó que todos los esenciales se encuentran presentes y el turno matutino tuvo significancia en todos éstos, los datos sugieren que la institución tiene un entorno de trabajo magnético favorable, se asume que la enfermería mexicana podría usar los principios de éste entorno de trabajo para mejorar la calidad de su ambiente.

Abstract

The concept of Magnetic Work Environment originated had it is origin in the United States from the Magnetic Hospitals. It is considers that this environment it is found in hospitals that give excellent care to patients throw of professional nursing and it is given the own organization.

This study was conducted in order to analyze the Magnetic Work Environment in a health institution of third level of care in the Federal District. It was about a research and descriptive, in a sample of 163 nurses from inpatient areas of hospitalization. It was designed and validated an instrument based into eight essential of magnetism, which obtained at the end reliability of 0.9116.

It was observed that all essential are present and the morning shift had significance in all these, the facts suggest that the institution has a Magnetic Work Environment favorable, that assumed that the Mexican nurses could be able to use the principles of this work environment to get better the quality of their environment.

INTRODUCCIÓN

La salud es fundamental para el bienestar, el desarrollo económico y social de un país, así que todos los esfuerzos dirigidos por el sistema de salud para mantenerla, acrecentarla y/o recuperarla conllevan una creciente presión para controlar los costos que se generan, aumentar la productividad y dar respuesta a las crecientes demandas y necesidades de la población.

Por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS), presta asistencia a las autoridades nacionales en la formulación de políticas y planes de salud, y ayuda a los gobiernos a colaborar con el desarrollo en la armonización de la ayuda externa con las prioridades nacionales.

Para el caso de México se han desarrollado iniciativas tendientes a mejorar la calidad de los servicios que prestan las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud. Para coadyuvar en lo anterior el personal de salud es un factor de suma importancia, de éste las enfermeras son un componente vital en la consecución de estas líneas y para el alcance de los propósitos establecidos.

En algunos países numerosos artículos han documentado las dificultades para retener enfermeras y mantenerlas con una buena satisfacción laboral; algunos estudios realizados por la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) muestran que existe inequidad en la composición y distribución de la

fuerza de trabajo; así como condiciones desfavorables de contratación y desmotivación laboral de las enfermeras, lo cual evidentemente tiene influencia en el entorno laboral y por tanto en los servicios que prestan a la población.

Derivado de lo anterior, se han planteado algunas estrategias para mejorar las condiciones de trabajo; particularmente una de ellas está dirigida hacia el entorno laboral. De esta manera surge en Estados Unidos de Norteamérica, en el año de 1981, una propuesta denominada evaluación de “Hospitales Magnéticos” (MH del inglés Magnet Hospital), teniendo entre otros resultados la caracterización de los Entornos de Trabajo Magnéticos (MWE del inglés Magnetic Work Environment).

Actualmente el programa internacional de los MH es una gestión dentro de la práctica de enfermería enfocada en el análisis del “Entorno de Trabajo Magnético” el cual ha demostrado tener resultados positivos para el paciente; menor tasa de mortalidad, aumento en la satisfacción y menos eventos adversos. Para las enfermeras por su parte se ha observado aumento en la satisfacción y competencia para dar atención de calidad.

Partiendo de estas consideraciones se justifica por qué investigar a una institución de salud en el contexto del Entorno de Trabajo Magnético (ETM); el cual podría proporcionar a la enfermería mexicana un desarrollo organizacional diferente, mejorar la práctica y promover la satisfacción laboral de la enfermera parte central del cuidado y de los sistemas de salud.

1. MARCO TEÓRICO

En una época de complejidades cambios e incertidumbres, como la que se atraviesa hoy, la administración se ha convertido en una de las áreas importantes de la actividad humana. El esfuerzo cooperativo del hombre es la base fundamental de la sociedad; el avance tecnológico y el desarrollo del conocimiento humano por sí solos no producen efectos si la calidad de la administración no permite una aplicación efectiva en los recursos humanos y materiales.

Ya sea en las industrias, hospitales, universidades o en cualquier otra forma de empresa humana, la eficacia con que las personas trabajan en conjunto para conseguir objetivos comunes depende principalmente de la capacidad de quienes ejercen la función administrativa.

Es importante señalar que las personas no son recursos, poseen capacidades (conocimientos, capacidad y experiencia), lo cual fundamenta la idea de que quien maneja recursos humanos hoy día en realidad administra talentos, competencias y valores. En otras palabras, no son las instituciones las que tienen personas, sino las personas las que hacen las instituciones.¹

1.1. Los sistemas de atención a la salud

Un sistema de salud engloba las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. Comprenden el sector público y el privado. Las cuatro funciones principales se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. Además de proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.^{2,3}

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias a fin de fortalecerlo y aumentar la equidad ya que son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo.⁴

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: el público y el privado. El primero comprende a las instituciones de Seguridad Social; Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), los cuales prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía.

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal.

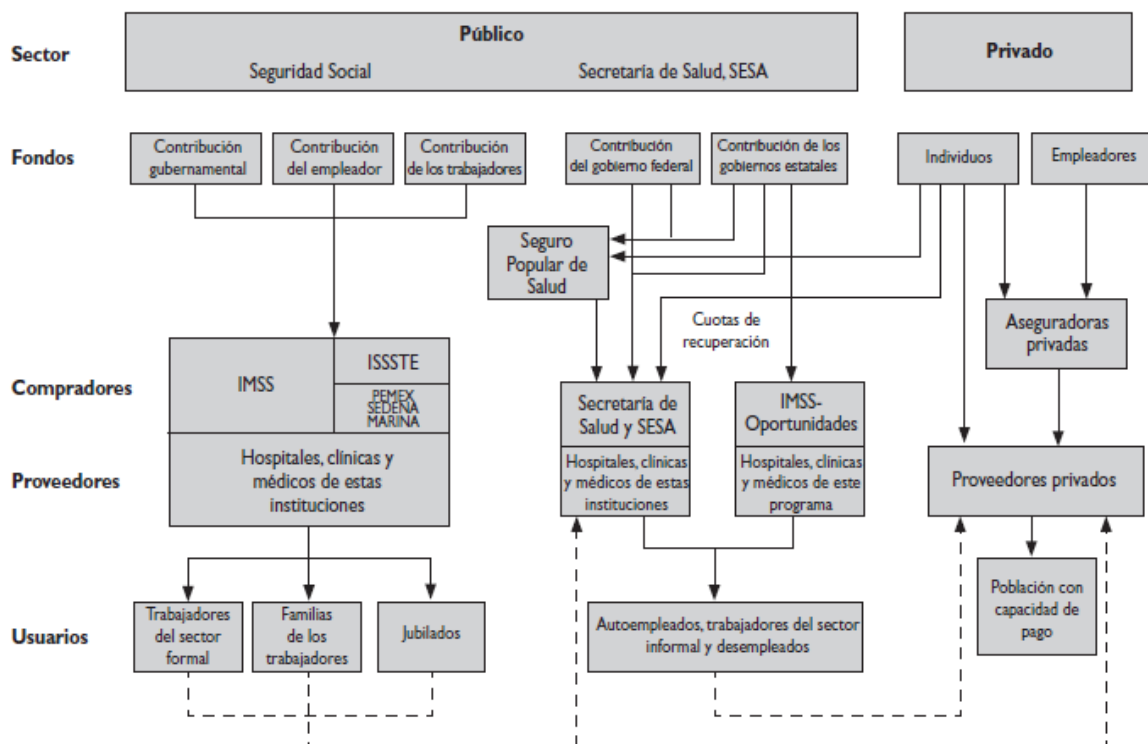
Dentro del sector público están también las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social o “*población abierta*”, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SS) los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). Tanto la SS como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación).

La población de responsabilidad de la SS y de los SESA se atiende en estas instalaciones y cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSA y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Por su parte el sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. Se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (figura 1).⁵

Es importante señalar que toda la infraestructura con la que cuenta el sistema de salud está organizada por diferentes niveles de atención; así las unidades, clínicas de consulta externa, unidades de medicina familiar, o centros de salud corresponden al primer nivel de atención de la salud; los hospitales generales son considerados unidades médicas de segundo nivel de atención y finalmente los Hospitales ubicados en Centros médicos, Institutos Nacionales, Hospitales Regionales o Generales de Alta concentración o especialidad (Por ejemplo el Hospital General de México, el Hospital Infantil de México o el Hospital Juárez de México) son de tercer nivel de atención a la salud.⁶

Figura 1

Sistema de Salud en México



Tomado de: Gómez DO, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de Salud en México. Salud Pública Méx. 2011; 53(2):220-232.

Dentro de cualquier sistema de salud los recursos humanos son particularmente importantes porque requieren mano de obra cualificada acorde al servicio que se proporciona y las necesidades que son atendidas lo que significará una mezcla apropiada de los diferentes tipos de recursos humanos. De esta manera el gasto en este personal suele ser el rubro individual más importante del gasto corriente de los servicios de salud.

El número de plazas de personal de salud dependerá de las decisiones de rectoría del sistema de salud sobre las inversiones en educación y los incentivos diseñados para mantener al personal en el sistema, así como para alentar o desalentar la migración entre entidades federativas o bien internacional.⁷

Los recursos humanos pueden definirse como el inventario de todos los individuos comprometidos en acciones de salud, ya sea en la promoción, la protección o el mejoramiento. Esto incluye los sectores privado y público y los diferentes dominios de los sistemas de salud tales como atención personal preventiva y curativa, intervenciones de salud pública no personales, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Un hecho de suma importancia es que cada Institución crea una cultura organizacional al realizar su trabajo. Ésta se nutre por un lado por los valores, normas, principios, recursos humanos, materiales, etc. de la propia Institución y por otro lado por lo que cada persona que labora en ella aporta en la relación diaria con sus compañeros, pacientes y familiares. La suma de todos estos

componentes creará un entorno de trabajo en el cual se encuentran inmersos todos los implicados dentro de esta Institución el cual en muchas ocasiones es determinante para el alcance de las metas y cumplimiento de los proyectos

1.2. Recursos humanos en salud (RHS)

El papel que desempeñan los recursos humanos en los servicios de salud consiste en la prestación de servicios a la sociedad. En los últimos años se ha observado un consenso mundial en torno a la crisis actual de éstos⁸; particularmente sus efectos negativos en la calidad de la asistencia, la capacidad de prevenir enfermedades, el desempeño de los propios sistemas de salud y el logro de los resultados de salud deseados, como los señalados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) son problemas que apremian a la sociedad.

Existe gran preocupación de que no se logren los resultados previstos ni sean sostenibles con el transcurso del tiempo, a menos que se realicen esfuerzos sistemáticos para estabilizar una fuerza laboral competente, culturalmente apropiada y motivada. En muchas situaciones, la presión para actuar proviene de sectores amplios de la población que, con razón, exigen acceso básico al personal de asistencia sanitaria.⁸

De esta manera, las metas regionales en materia de RHS planteadas para el período 2007-2015 son una respuesta a la disposición de los Estados Miembros de la ONU para actuar y avanzar conjuntamente en respuesta a los desafíos

trascendentales que afrontan los que a diario trabajan para mejorar la calidad de vida de otros.⁸

Bajo el marco anterior las estrategias para optimizar el desempeño del personal sanitario se centran en la disponibilidad, la competencia, la idoneidad, la sensibilidad a las necesidades y la productividad de las personas, todo buscando mejorar las condiciones de trabajo.⁹

Asimismo se reconoce que los sistemas de salud requieren de recursos humanos suficientes y capacitados para responder a las demandas que impone el perfil epidemiológico de la población que se atiende. Lo anterior es meta preocupante para la región de las Américas, ya que hay escases de trabajadores de la salud bien preparados además de una inadecuada distribución geográfica; nuestro país no es la excepción en estas situaciones.

Las instituciones públicas mexicanas para el año 2007 contaban con más de 650,000 trabajadores de la salud; de éstos 247,000 son enfermeras, 217,000 médicos, 85,000 personal paramédico y personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y, 182 000 son personal de salud clasificado como de “otro tipo”.¹⁰

1.3. El recurso humano en enfermería

De acuerdo con la OPS, en el marco de los procesos de reforma, la gestión del recurso humano como factor crítico para el cambio requiere de una orientación técnica y de una política equilibrada, que no sólo permita responder a los problemas cotidianos sino que se proyecte hacia el futuro como parte de la respuesta que una sociedad equitativa ofrece a la ciudadanía en el cuidado y los servicios de salud.¹

Dentro de los RHS, las enfermeras son quienes proporcionan cuidados autónomos y en colaboración, a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos en todos los contextos.

Este grupo brinda promoción de la salud, prevención de la enfermedad, así como cuidados a los enfermos, discapacitados, y las personas moribundas¹¹. Además guarda una mayoría proporcional con respecto de cualquier otro tipo de personal dentro de las Instituciones que prestan servicios de salud.

En México las enfermeras realizan una amplia gama de actividades y funciones que contribuyen de manera importante al sustento de los servicios de salud en sus diferentes ámbitos. Para su función existen niveles de estudios: auxiliar de enfermería, enfermera técnica, especialización técnica, licenciatura y posgrados (especialidades, maestrías y doctorados).

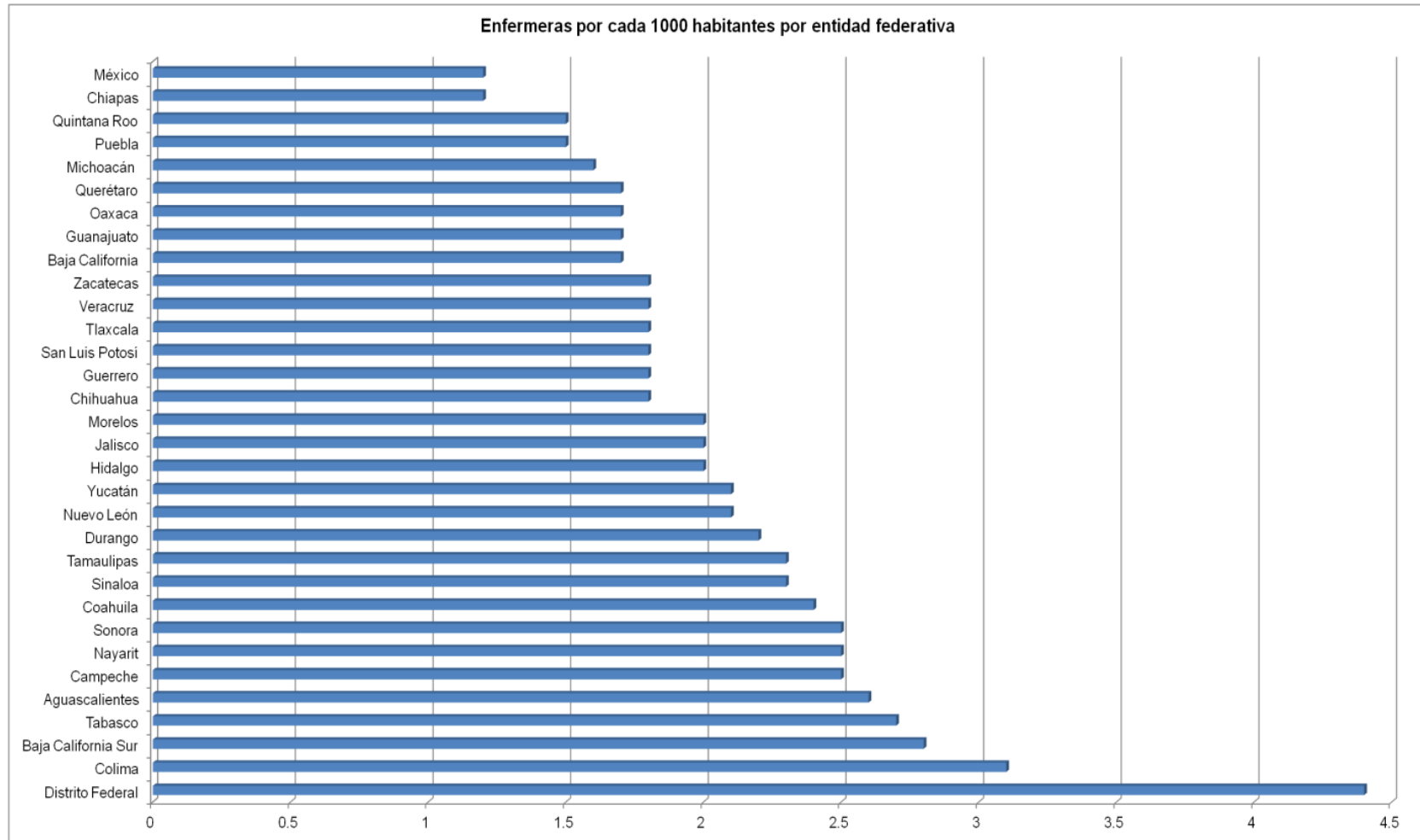
Dentro del sistema de salud, acorde a cada Institución pública o privada, se identifican varias categorías como la de auxiliar de enfermería, enfermera técnica, enfermera con licenciatura, enfermera especializada técnica y con posgrado.¹⁴

Como puede observarse los antecedentes escolares y las categorías laborales hacen del gremio de enfermería en nuestro país una profesión heterogénea en su composición; sin embargo, el eje común de todas ellas es el cuidado que se brinda a la población.

Dentro de la organización de enfermería existen criterios de las instituciones para determinar los puestos y plazas que necesita cada unidad médica, con base en las funciones específicas que se realizan, las especialidades de los servicios, las actividades en determinado proceso en la atención al paciente, y el tipo de equipo o enfermo que es atendido con éste.

En cuanto la distribución de personal en los servicios de salud, acorde a un análisis realizado por la Secretaria de Salud de nuestro país en 2008, la asignación es desigual y está concentrada en las zonas urbanas, lo cual acentúa la escasez de recursos en las poblaciones rurales, por lo que se considera que existe un déficit relativo de enfermeras. De manera global se estima que la tasa de enfermeras por 1000 habitantes a nivel nacional es de 2.0 (figura 2); la cual es inferior a la cifra promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que es de 8.¹³

Figura 2.



Tomado de la Secretaría de Salud. Situaciones de salud en México 2008. Indicadores básicos. México 2008. Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2008.pdf

A fin de organizar la atención de enfermería en los servicios de hospitalización de manera general se utilizan tres sistemas:¹⁴

1. Sistema de trabajo por paciente: consiste en asignar al personal un número determinado de pacientes, los cuales se clasifican según el tipo de problemas de salud presentes, a fin de que cada enfermera otorgue el cuidado de manera integral.
2. Sistema de trabajo por funciones: es la distribución de cuidados del paciente acorde a la categoría laboral de las enfermeras ubicadas en un área o servicio.
3. Sistema de trabajo en equipo: consiste en formar equipos mixtos de enfermeras que se encargan de cuidar a un número determinado de pacientes.

Por su parte las condiciones de trabajo son un conjunto de factores que actúan sobre el individuo en el medio laboral. Dentro de las materiales incluyen las de higiene, seguridad y comodidad, que a su vez se relacionan con políticas institucionales, horarios, salarios y estabilidad laboral (entre otras).

Otras condiciones son de orden psicosocial y corresponden a las características del trabajo en relaciones horizontales y verticales de autoridad y canales de comunicación, lo que finalmente genera una dinámica y un contexto psicosocial (ambiente) que en ocasiones resulta determinante para el trabajo.

El trabajo hospitalario es habitualmente intenso en carga física y mental, particularmente en servicios como urgencias, unidades de cuidados intensivos, áreas quirúrgicas, salas de trabajo de parto y servicios de psiquiatría entre otros. Sin embargo hay que reconocer que en todos los servicios se combina una gran responsabilidad y una continua disponibilidad a las necesidades de los enfermos, de sus familias y del propio personal de salud, todo lo que en su conjunto genera estrés emocional y fatiga.

En cuanto a la jornada laboral de enfermería la más frecuente en nuestro país es de 8 horas diarias y de 40 a 45 semanales dependiendo de la institución (pública o privada) donde se labore.¹⁴

De manera general las condiciones de trabajo de las enfermeras en nuestro país se caracterizan por el exceso así como la carga psicológica por el manejo de situaciones críticas y estresantes, por lo que se asume que es un personal expuesto a permanentes riesgos biológicos, químicos y físicos que a su vez se constituyen en amenazas para su propia salud.

Algunos estudios sobre salud ocupacional de las enfermeras reportan como principales problemas los osteomusculares y los articulares, así como los producidos por lesiones con instrumentos punzocortantes y las alteraciones del patrón de sueño; siendo las enfermeras del turno nocturno las más golpeadas por la precarización, la sobrecarga de trabajo y los frecuentes cambios de servicios.^{15,16}

Todo lo anterior va condicionado al desarrollo de un ambiente laboral en el cual la enfermera está expuesta a múltiples situaciones, las cuales en algunos momentos resultan determinantes para el trabajo y su calidad.

1.4. Clima Organizacional

Las organizaciones actuales están inmersas en contextos cambiantes, avances tecnológicos, transformaciones sociales y económicas los cuales requieren estructuras y procesos organizacionales flexibles y adaptativos, por lo que existen empresas que han apostado por un proceso de cambio organizacional.

Algunas propuestas respecto al comportamiento organizacional incluyen variedad de temas, dentro de éstos se encuentra el clima, la cultura y el desarrollo. Para fines de este trabajo solo se abordarán brevemente el clima laboral y el clima organizacional, los cuales en su conjunto forman lo que es el entorno de trabajo.

El Clima Laboral (CL) se desarrolla a partir del medio ambiente humano y físico en donde las personas realizan su trabajo cotidiano, el cual a su vez se relaciona con la pericia, la experiencia y el liderazgo de los directivos; con los comportamientos de las personas, con su forma de trabajar y de relacionarse, con la interacción con la institución y con la propia actividad de cada miembro de la organización.¹⁷ El CL resulta de las percepciones de los trabajadores y es útil para adaptar el comportamiento del individuo a las exigencias laborales.

A su vez el Clima Organizacional (CO) son las propiedades o características que poseen las organizaciones, aunque no existe un listado único que lo defina, sin embargo de acuerdo con algunos autores hay consenso acerca de su carácter multidimensional en cuanto a su composición. (Cuadro 1).^{18,19}

En síntesis lo que percibe el individuo en el trabajo con base a su experiencia en una organización, sirve como mapa cognitivo sobre cómo funciona ésta y, por tanto, ayuda a determinar su comportamiento en la institución. Si el CO es positivo se traduce en satisfacción del trabajador, buena calidad de servicio para el cliente y aumento de productividad para la empresa.

Es importante señalar que las instituciones públicas y personales sanitarias no han estado exentas de estudios sobre el CO (a pesar de no ser empresas con fines de lucro o ganancia, sino de servicio).

Cuadro 1. Dimensiones de Clima Organizacional	
Autor	Dimensiones
Manárguez-Puche ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo. • Cohesión. • Compromiso.
Likert ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Los métodos de mando. • Motivacionales. • Comunicación. • Las características de los procesos de influencia. • La toma de decisiones. • Planificación. • Los procesos de control. • Los objetivos de rendimiento y de perfeccionamiento.
Lewin y Stringer ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura. • Responsabilidad individual. • Remuneración. • Riesgos y toma de decisiones. • Apoyo. • Tolerancia al conflicto.
Richard y Karasick ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomía. • Conflicto y cooperación • Relaciones sociales. • Estructura. • Remuneración. • Rendimiento. • Motivación • Estatus. • Flexibilidad e innovación • Centralización de la toma de decisiones. • Apoyo.
Bowers y Taylor ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura a los cambios tecnológicos. • Recursos humanos. • Comunicación. • Motivación. • Toma de decisiones.
Brunet ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomía individual. • Grado de estructura. • Tipo de recompensa. • Consideración, agradecimiento y apoyo.

De elaboración propia con base en:

²⁰ Rojas M, Tira RL, Pacheco R, Escamilla R, López M. El clima laboral en las unidades de hemodiálisis en México. Un estudio transversal. Revista Nefrología 2011;3(1):76-83.

²¹ Sandoval-Caraveo M.C. Concepto y dimensiones del Clima Organizacional. Hitos de ciencias económicas administrativas 2004;27:33-40.

1.5 Entornos de Trabajo

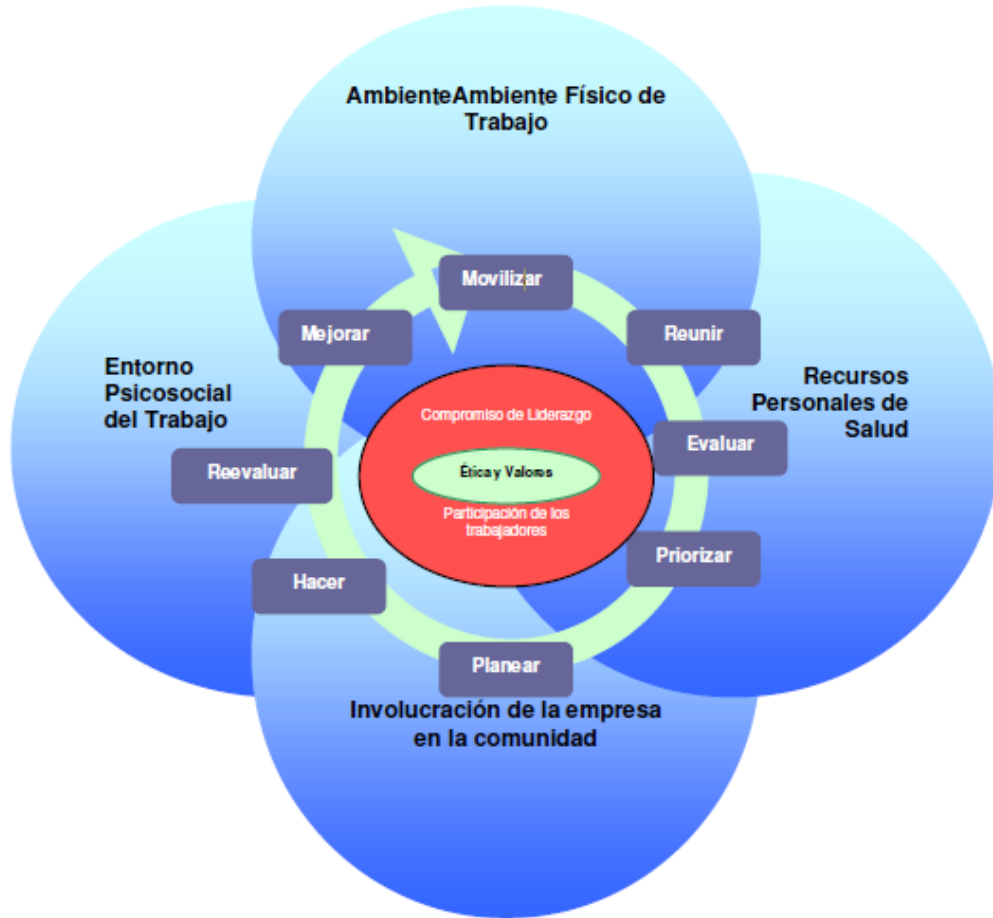
El Entorno de Trabajo Saludable, de acuerdo con la OMS, es un lugar donde todos avanzan unidos para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad. Esto proporciona a todos las condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad. Lo que a su vez permite a los jefes y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices.²²

En años recientes se ha comprendido la importancia de los factores psicosociales, en la cultura organizacional y la organización del trabajo y se han establecido criterios para incluir esas áreas de forma que aseguren un ambiente de trabajo saludable para enfermeras y otros profesionales de la salud (figura 3).

Tanto en Canadá como en los Estados Unidos de Norteamérica, la Asociación Americana de Psicología ha desarrollado en años recientes la implementación de los premios “Ambientes de Trabajo Psicológicamente Saludables”, los cuales se basan principalmente en el ambiente psicosocial de trabajo (prevaliente la cultura organizacional y la organización del trabajo).

Sus criterios principales para designar un espacio de trabajo saludable se encuentran en cinco áreas clave: participación de los empleados, balance familia-trabajo, desarrollo y crecimiento del empleado, salud, seguridad y reconocimiento al empleado.²³

Figura 3. Modelo de Entorno Laboral Saludable de la OMS: avenidas de influencia, procesos y principios centrales



Tomado de: Organización Mundial de la Salud. Entornos Laborales Saludables Fundamentos y Modelos de la OMS. Ginebra, Suiza. (Sumario) 2010. http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf

Por su parte el **Entorno de Trabajo Magnético** (ETM del inglés Magnetic Work Environment, MWE) perspectiva bajo la cual se enmarca este trabajo, es una organización administrativa desde la profesión de enfermería, el cual posibilita que quienes laboran en una Institución, permanezcan en ella, se encuentren satisfechos y brinden servicios de calidad.

Para llegar al concepto de ETM es importante hacer una revisión histórica del mismo. El término “magnetismo” se deriva de un estudio encargado por la política de Estados Unidos de Norteamericana a la Academia Americana de Enfermería (ANA del inglés American Nurses Association) en el año de 1981; los motivos fueron la escasez de enfermeras, por lo que se requería identificar las características de una organización que atraía y retenía a enfermeras calificadas.

Así, 41 hospitales fueron evaluados, con los resultados de este trabajo se identificaron una serie de características consideradas claves de un hospital magnético.²⁴

1. Estilo de gestión.
2. Calidad de liderazgo.
3. Jefes y supervisores de enfermería.
4. Director de Enfermería.
5. Estructura organizativa.
6. Dotación de personal.
7. Políticas y programas.
8. Horarios de trabajo.
9. La oportunidad de promoción.
10. La práctica profesional.
11. Calidad de la Atención al paciente.
12. Modelos de práctica profesional.
13. Autonomía.

14. El cuidado del paciente.
15. Enseñanza.
16. Imagen de la enfermera.
17. Desarrollo profesional.
18. Inducción al puesto.
19. Servicio y educación continúa.
20. Educación formal.
21. Desarrollo profesional.

De esta manera en el año de 1983 fue acuñado por primera vez el término “Hospital magnético” (MH del inglés Magnet Hospital), el cual se utilizó para destacar que eran instituciones consideradas “un buen lugar para trabajar” por las enfermeras.²⁵

Fue tal el éxito en este programa, que en 1990 el Centro de Acreditación de Enfermeras Americanas (ANCC del inglés American Nurses Credentialing Center) fue establecido para prestar servicios de reconocimiento a través de la ANA y estableció lo que llamó “14 fuerzas del magnetismo”:²⁵

1. Calidad de liderazgo en enfermería.
2. Estructura organizacional.
3. Estilo de gestión.
4. Políticas de personal y programas.
5. Modelos profesionales de atención.

6. Calidad de la atención
7. Mejoramiento de la calidad.
8. Consulta y recursos.
9. Autonomía.
10. Relación con hospitales y centros comunitarios.
11. Las enfermeras como maestros.
12. Imagen de la enfermería.
13. Las relaciones interdisciplinarias.
14. Desarrollo profesional.

Estas fuerzas fueron reconocidas como elementos claves y esenciales para el Programa de Reconocimiento de un MH, y sirvieron como directrices fundamentales para la evaluación, pues consideraban que eran la base para proporcionar una excelente atención y mejorar los resultados en los pacientes.^{26,27}

Derivado de una serie de estudios originales, bajo esta perspectiva, se trató de definir y medir las cualidades esenciales que distinguían a las instalaciones magnéticas de otros hospitales y vincularlas con la capacidad de proporcionar atención de alta calidad al paciente.

Para alcanzar lo anterior se construyeron herramientas que posibilitaron identificar y caracterizar los principales elementos del entorno de la práctica de enfermería. Se crean escalas como son el Índice de Trabajo de Enfermería (NWI) que respondió a las conclusiones de un estudio realizado en el año de 1983 el

cual midió las siguientes variables: los valores de trabajo, la satisfacción laboral y la productividad percibida.²⁸

Posteriormente, en el año 1994, se adaptó el NWI para valorar sólo características de la organización y la satisfacción laboral de las enfermeras, particularmente en tres aspectos: la autonomía, el control de su práctica y la relación enfermera-médico; ésta versión fue llamado NWI-Revisado (NWI-R).^{28,29}

En el año 2002 se modificó el NWI y se adaptó la escala de Ambiente de la Práctica (PES del inglés The Practice Environment Scale), por lo que surgió la escala de ambiente de la práctica del índice de Trabajo de Enfermería (PESNWI), la cual es integrada por cinco sub-escalas: participación de la enfermera en la organización del hospital, bases para la calidad de la atención, la enfermera como gerente, líder y apoyo, planilla completa y adecuada y la relación médico enfermera.³⁰

Por su parte Kramer y Schmalenberg iniciaron un programa de investigación que desarrollaron para describir con más detalle los atributos de los MH. En las primeras aproximaciones se identificaron aspectos que caracterizaban a los MH y después los compararon con los hospitales no magnéticos (NMH del inglés non-magnet Hospitals).^{28,29}

Posteriormente estas mismas autoras desarrollaron un instrumento de medición a partir de lo que denominaron los “Esenciales del Magnetismo” (EOM del inglés

Essential of Magnetism) el cual permitió mostrar de manera consistente los resultados positivos de estas características. Estos ocho factores ambientales fueron señalados como requisitos para el cuidado de enfermería de calidad y fueron nombrados los EOM.³¹

Esenciales del Magnetismo (EOM)

1)) Apoyo a la educación

La educación en las enfermeras promueve la investigación, así mismo éstas motivan a otras enfermeras al conocimiento.³² La educación, genera cambios y la organización tiene relación positiva para el cambio y la productividad. Los hospitales que tienen medidas de apoyo a la formación y los que poseen un porcentaje considerable de enfermeras profesionales (60% o más) son considerados con buena atención de enfermería.

Además la formación es uno de los aspectos que intervienen en la buena relación con los compañeros, disminuye el estrés del trabajador y sobre todo influyen en beneficio del paciente.³¹

2) Trabajo con enfermeras clínicamente competentes

La sociedad demanda cada vez profesionales capaces no sólo de resolver con eficiencia los problemas de la práctica profesional, sino también y fundamentalmente de lograr un desempeño profesional ético y responsable.

Este concepto surge de la necesidad de realizar predicciones acerca de la ejecución del sujeto en su desempeño y es utilizado con fuerza a partir de los años 80's. Varios estudios han revelado que éste es uno de los factores que más influye en la satisfacción laboral (SL) entre las enfermeras; el trabajar con colegas competentes contribuye a un ambiente que se basa en la confianza.

La opinión de que la unidad esté dotada del personal adecuado en cantidad e idoneidad, se ha correlacionado con la atención de calidad y la disminución de eventos que ponen en peligro al paciente.^{33,37} También se ha observado que el hecho que las enfermeras tengan un grado profesional de licenciatura o bien de posgrado da como resultado una mejor competencia para desarrollar el cuidado enfermero.^{31,36}

De esta manera se puede decir que el conjunto de elementos combinados e interrelacionados entre sí (conocimientos, habilidades, actitudes y saberes), que regulan la actuación de la persona permite resolver eficientemente los problemas profesionales, y posibilita un desempeño profesional eficiente y responsable.

3) Autonomía

Ésta ha sido citada como una de las tres piedras angulares del ambiente del trabajo magnético. La libertad para que el profesional realice y tome decisiones clínicas independientes, de acuerdo a su real saber y entender, proporcionando asistencia en todo el ámbito de la práctica es importante para la profesión de enfermería.^{29,38-40}

El valor y la contribución de la autonomía de la enfermera así como el control sobre su práctica es de suma importancia para la creación de un ambiente de trabajo saludable, tanto en términos de satisfacción de la enfermera como en la calidad y la seguridad del paciente lo que se ha mostrado de manera consistente en diversos estudios.^{24,41} Sin embargo, a pesar de que la autonomía es una variable significativa para la SL, paradójicamente es una de las que menos puntaje tienen en estudios realizados con enfermeras. Ellas perciben no tener autonomía suficiente y no ser apoyadas por la organización para desarrollarla.^{39,42,43}

Bajo estas consideraciones, cabe decir que la autonomía de la profesión de enfermería es relativa, depende del área laboral, del lugar que ocupen las enfermeras en la organización y estructura dentro del sistema, así como de su nivel académico, entre otros factores.

4) *Las buenas relaciones y comunicación enfermera-médico*

La relación entre los trabajadores es un concepto importante dentro del clima laboral y la colaboración interprofesional maximizará la productividad y la SL.

En el ámbito de la salud una relación importante es la comunicación entre la enfermera y el médico, que no es otra cosa que el trato de confianza mutua; de respeto y cooperación basado en la reciprocidad; así como en el intercambio de

conocimiento,³¹ lo cual es muy prometedor para mejorar la atención al paciente y la satisfacción en los roles de trabajo.

El vínculo entre las enfermeras y los médicos en los entornos de trabajo son típicos; esta relación se observa más positiva en unidades de cuidados oncológicos y críticos, espacio donde las enfermeras cuentan con más autonomía y son clínicamente competentes y tienen menos problemas para desarrollar esta relación e incluso tiene que ver también con los gestores de la organización y no solo en áreas operativas.^{29,40,44}

Algunos aspectos como la dotación del personal, el número de pacientes por enfermera, las horas de trabajo, la gravedad del paciente o la ambigüedad de rol tienen influencia en la comunicación y relación enfermera-médico; además refieren que algunas de las conductas negativas del médico son cuando a éstos se les solicita para consultar, tratar o aclarar órdenes, también si piensan que sus indicaciones no se están llevando a cabo correctamente o de una manera oportuna y después de los cambios repentinos del estado de salud del paciente.⁴¹

Una buena relación de trabajo entre compañeros permitirá establecer objetivos y metas comunes que dirijan los esfuerzos del grupo hacia la consecución adecuada y oportuna de lo planeado en pro del paciente, además de contribuir a la satisfacción de la enfermera. La importancia de este vínculo también estriba en que las enfermeras son el personal con mayor número en el hospital y el que tiene más contacto con el paciente por lo que cualquier desviación podría afectarlo.

5) Apoyo del jefe o supervisor.

Las acciones del gestor de enfermería (jefe, subjefe, directiva, etc.) deben estar encaminadas a contribuir y garantizar la confianza de pacientes y familiares, así como influir en la productividad y en el grado de satisfacción que obtiene con su trabajo el personal de enfermería,³⁶ por lo tanto ser resolutivo ante problemas de atención al paciente y tener buenas relaciones y comunicación con todo el personal, además el nivel académico de posgrado se encuentra también relacionado con el buen desarrollo del administrador y la mejora de resultados.³⁴⁻

36,42,43,45,46

De esta manera se considera que la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar el personal con formación, desarrollar la capacitación así como la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería es responsabilidad del gestor de este grupo.

6) Adecuado personal de enfermería

El personal de enfermería tiene como misión disciplinar proporcionar un cuidado humano y de calidad; por lo tanto debe ser un número suficientemente y adecuado para garantizar un cuidado satisfactorio al usuario de los centros hospitalarios. Se han concebido dudas acerca del impacto de la insuficiencia de personal sobre la calidad del cuidado de la salud y se han establecido relaciones entre la cantidad inadecuada de enfermeras, el aumento en la carga de de trabajo y los resultados deficientes para los pacientes. Sin embargo, algunos ejemplos muestran que la

disminución de la permanencia de pacientes hospitalizados se logrará en la medida que se le puedan garantizar y proporcionar cuidados eficientes, eficaces y oportunos.⁴⁷

También algunos estudios han encontrado relación entre las infecciones y la dotación insuficiente de enfermeras,^{48,49} y se observa que la mortalidad aumenta cuando la enfermera cuida más pacientes de lo que debería tener, además de producir insatisfacción y burnout.⁵⁰

7) Preocupación por el paciente

La investigación ha demostrado que cuando las personas comparten objetivos y valores de la organización, serán más propensos a responder positivamente a los desafíos que enfrenta su organización, que cuando no lo hacen.⁵¹ Esto sugiere que si están comprometidos con su Institución es más fácil llegar a las metas relativas al paciente.

8) Control sobre la práctica de enfermería

Éste es un proceso participativo promovido por una estructura visible, organizada y viable a través de la cual los profesionales de enfermería reciben aportaciones y participan en el proceso de toma de decisiones relativo a los protocolos y normas de práctica clínica, así como en todas las cuestiones laborales que afectan a los enfermos.^{30,38}

Algunas investigaciones han puesto de manifiesto que la participación en las decisiones políticas es baja aún en los ETM y aún más en los HNM donde las enfermeras no tienen participación en esta dimensión.^{34, 35, 40,44}

De esta manera la participación de la enfermera en todos los niveles es algo deseable para dar un mejor cuidado enfermero. Para ello ésta deberá tomar decisiones efectivas y mejorar la productividad pero sobre todo empoderarse para tener mayor estatus, prestigio, respeto y reconocimiento lo que le haría sentir más satisfecha con su trabajo.

Al ser las enfermeras el personal que está en contacto directo con los pacientes y el segmento más grande de los profesionales en salud dentro de las Instituciones se debe reconocer la importancia que adquieren los niveles de SL bajos por las posibles consecuencias que tienen en el cuidado y por ende en los resultados en el paciente.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS y la OPS consideran el lugar de trabajo como un entorno prioritario para la promoción de la salud, ya que ésta se encuentra entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. De esta manera un entorno laboral saludable busca en esencia, no sólo lograr la salud de los trabajadores, sino también hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción y la calidad de vida en general.⁵²

Los entornos poco saludables afectan la salud física y psicológica de las enfermeras por el estrés de cargas de trabajo, las largas horas, las difíciles relaciones en el trabajo, los problemas del desempeño de las funciones profesionales y la variedad de los riesgos laborales, los cuales repercuten en la satisfacción laboral.

Derivado de lo anterior, es necesario explorar los ambientes de trabajo de enfermería para impulsar el desarrollo de entornos positivos e introducir nuevas dinámicas y quizás nuevos sistemas de trabajo siempre buscando que repercutan en la mejora del cuidado y en los resultados del paciente.

Una propuesta surge en Estados Unidos de Norteamérica, hace más de 30 años, que buscaba explicar los casos de éxito de reclutamiento y retención de enfermeras y proporcionó un marco para la especificación de las condiciones ambientales y las prácticas organizacionales que apoyan y facilitan la excelencia en enfermería.

Derivado de lo anterior surgen los Hospitales Magnéticos, instituciones que retienen al personal de enfermería por su organización; emanada de esta corriente se analiza el ETM el cual da como resultado un recurso humano satisfecho en su trabajo y un cuidado de enfermería óptimo con resultados positivos para el paciente.

En México existen algunos estudios sobre clima laboral en instituciones prestadoras de salud en donde las enfermeras lo han considerado entre regular y no satisfactorio.⁵³⁻⁵⁵ Sin embargo, bajo la perspectiva de Entornos de Trabajo Magnético no existen investigaciones por lo que se decidió realizar el presente estudio.

Considerando lo antes señalado surge el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es el Entorno de Trabajo Magnético prevaleciente en una institución de tercer nivel de salud en el D.F desde la percepción del personal de enfermería?

3. OBJETIVO GENERAL

Analizar el Entorno de Trabajo Magnético, desde la perspectiva del personal de enfermería, en una institución de salud de tercer nivel de atención.

3.1 Objetivos específicos

- Aplicar un instrumento construido y validado con base en los esenciales del magnetismo.
- Caracterizar el ETM de una Institución de 3^{er} nivel de atención.
- Analizar si existe influencia de algunas variables en la percepción del ETM.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño y tipo de estudio

Es un estudio no experimental, transversal y descriptivo.

4.2 Población y muestra

4.2.1 Cálculo de la muestra y tipo de muestreo

Es una población (N) de 375 enfermeras ubicadas en un Hospital de 3er. Nivel de Atención de la Secretaría de Salud.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas y variables cuantitativas.

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 P Q}$$

En donde:

n= Tamaño de muestra.

Z²= 1.96 para α =0.05.

P= Tamaño del efecto (75%).

Q= 1-P

N= Total de la población.

E= Diferencia mínima esperada.

n=163

Tipo de muestreo: acorde a la situación de la Institución se utilizó no probabilístico por conveniencia.

Para la selección de los participantes se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- El personal de enfermería con más de un año de antigüedad en la Institución que aceptó participar en el estudio después de haberle dado a conocer los objetivos del mismo.
- El personal de enfermería que se encontró presente en el momento de la aplicación del instrumento.

- Personal de enfermería ubicado en los servicios siguientes: hospitalización ortopedia, rehabilitación así como áreas críticas.

Criterios de exclusión

- Pasantes de enfermería.
- Personal no basificado.
- Personal con antigüedad menor a un año de antigüedad.

Criterios de eliminación

- Instrumento no resuelto en un 10% o más.

4.3 Variables de estudio

Entorno de Trabajo Magnético; el cual incluyó los ocho esenciales del magnetismo:

1. Apoyo a la educación. Es la ayuda que se da para actualizarse y/o capacitarse. Puede ser en tiempo o con dinero. Además de las formas de recompensa contempladas por el hospital para premiar la formación y/o capacitación del personal de enfermería.³¹
2. Trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes. Conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que poseen las enfermeras que le permiten la realización exitosa de su labor.⁵⁶
3. Autonomía. Libertad para que el profesional realice y tome decisiones clínicas independientes, de acuerdo a su real saber y entender,

proporcionando asistencia de enfermería en todo el ámbito de la práctica.³⁸⁻

39

4. Las buenas relaciones y comunicación enfermera-médico. Trato de confianza mutua; de poder, respeto y cooperación basada en la reciprocidad; así como el intercambio de conocimientos.³¹
5. Apoyo del jefe o supervisor. Cooperación de los líderes de enfermería para influir en la productividad y en el grado de satisfacción que obtienen con su trabajo el personal de enfermería.³⁶
6. Adecuado personal de enfermería. La percepción que tienen los propios profesionales de enfermería respecto a la adecuación de la plantilla, la cual está influida por otros factores; el grado de competencia profesional de los compañeros, la buena relación entre los componentes de la plantilla, la informatización de los registros y prescripciones, el número de nuevos graduados y de enfermeros cubre turnos, el grado de autonomía permitido, la idoneidad del apoyo de los servicios auxiliares así como el sistema de cuidados establecido.³⁶
7. La preocupación por el paciente. Interesarse en la persona enferma, siendo la prioridad del trabajo de todo el grupo.³⁸
8. El control sobre la práctica de enfermería. Este es un proceso participativo promovido por una estructura visible, organizada y viable a través de la cual los profesionales de enfermería reciben aportaciones y participan en el proceso de toma de decisiones relativo a los protocolos y normas de práctica clínica, así como en todas las cuestiones laborales que afectan a los pacientes.³⁸

- Variables intervinientes:
 - Turno.
 - Antigüedad.
 - Nivel académico.
 - Categoría.
 - Servicios de hospitalización, ortopedia, rehabilitación y áreas críticas.

4.3.1 Operacionalización de las variables

Ver anexo 1.

4.4 Instrumento

4.4.1 Construcción y validación del instrumento de medición

Al iniciar el trabajo de investigación se revisaron diversos instrumentos que permitieran recoger información sobre el ETM, sin embargo ninguno se apegaba a la cultura de la población mexicana, por lo cual se procedió a construir uno partiendo de los ocho EOM propuestos por Marlene Kramer en la elaboración de los instrumentos EOM I y II.^{29,57}

Considerando lo anterior se procedió a revisar los ocho constructos de los Esenciales de Magnetismo y definirlos con claridad para asegurar que el instrumento se construyera con coherencia de acuerdo a la revisión de la literatura. A partir de estas definiciones se formularon varios ítems para cada

esencial de tal forma que recogieran la información necesaria para el objetivo de la investigación. (Cuadro 2).

Se redactaron los ítems tomando en cuenta a la población a quienes estaba dirigido el instrumento, se cuidó el vocabulario buscando asegurar su comprensión.

La escala de respuesta elegida fue de frecuencia donde: [4] siempre, [3] la mayoría de las veces sí, [2] algunas veces sí, algunas veces no, [1] la mayoría de las veces no, [0] nunca.

Esta primera versión del instrumento quedó compuesta de la siguiente manera:

Cuadro 2. Entorno de Trabajo Magnético (primera versión)	
EOM	Número de ítems
1. Apoyo a la educación	11
2. Trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes	9
3. Autonomía	9
4. Las buenas relaciones y comunicación enfermera-médico	10
5. Apoyo del jefe o supervisor	12
6. Adecuado personal de enfermería	6
7. La preocupación por el paciente	5
8. El control sobre la práctica de enfermería	9
Total	71

De elaboración propia.

Concluida esta primera versión del instrumento se expuso a validación de contenido por cuatro expertas, consideradas así por contar con formación en el ámbito de la administración y experiencia en el manejo de recursos humanos en enfermería (cuadro 3); a las cuales se les dio a conocer el nombre de la investigación, sus objetivos así como la definición de los constructos de las dimensiones y la escala de respuesta elegida.

Se les propuso examinar los siguientes aspectos: si los conceptos eran adecuados, si las preguntas se derivaban de los conceptos, la claridad de éstas, pertinencia de la escala de respuesta utilizada, la gramática y la ortografía; finalmente si el número de preguntas era adecuado, o bien si sugerían incluir alguna.

Cuadro 3. Expertos para la validación de instrumento		
Nombre	Cargo	Institución
Lic. Ana María Gutiérrez Nava	Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE)	Dirección General de Calidad y Educación en Salud/Comisión Permanente de Enfermería.
Mtra. Sandra Hernández Corral	Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería.	Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).
Mtra. Norma Refugio López Lares	Directora de la Escuela de Enfermería de Hermosillo.	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
Lic. Ma. Teresa Pérez López	Coordinadora de Investigación en Enfermería	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

De elaboración propia.

Derivado de las observaciones de los expertos se eliminaron algunos ítems, se modificó la gramática de algunas preguntas y se cambió la escala de respuestas quedando con los siguientes puntajes:

[4] siempre,

[3] algunas veces,

[2] pocas veces y

[1] nunca.

Esta versión del instrumento se ajustó a 59 ítems distribuidos de la siguiente manera: (cuadro 4)

Cuadro 4. Entorno de Trabajo Magnético (segunda versión)	
EOM	Número de ítems
1. Apoyo a la educación	5
2. Trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes	6
3. Autonomía	6
4. Las buenas relaciones y comunicación enfermera-médico	7
5. Apoyo del jefe o supervisor	12
6. Adecuado personal de enfermería	8
7. La preocupación por el paciente	6
8. El control sobre la práctica de enfermería	9
Total	59

4.5 Prueba piloto

Una vez hechas las correcciones pertinentes, se procedió a pilotear el instrumento ETM en una muestra de 31 enfermeras.

Se aplicó en el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ), con previa solicitud, el periodo fue del 14 al 25 de mayo de 2012.

Los resultados fueron:

- Administrado a una muestra con características semejantes a la población blanco (n=31).
- Con un tiempo promedio para responderlo de 20-25 minutos.
- El Alpha de Cronbach calculado de esta versión del instrumento ETM fue de 0.866.

Posterior a la prueba piloto se eliminaron algunos ítems de acuerdo a las observaciones y sugerencias obtenidas.

El cuestionario en su versión final quedó integrado por 40 reactivos, agrupados en los ocho esenciales del magnetismo (5 ítems cada uno) orientados a medir la variable ETM y se recalculó el Alpha de Cronbach (0.854).

4.6 Aplicación final y puntos de corte

El instrumento final fue aplicado a 163 enfermeras de una Institución de tercer nivel de atención, durante el período comprendido del 9 al 20 de julio del año 2012 en los turnos matutino, vespertino y nocturno.

El instrumento quedó conformado de la siguiente manera (Anexo 2):

- Instrucciones.
- Datos sociodemográficos.
- 40 ítems del ETM dividido en los 8 EOM.

4.6.1 Puntos de corte

Los puntos de corte del puntaje total del ETM se establecieron con base en la distribución de los mismo de tal manera que la mayor proporción de puntos se ubicaran en el centro y una menor en los extremos (mínimo y máximo); se probaron puntos de corte al 60% y 20% en cada extremo, 70% y 15% y 80% y 10%, el que mejor discriminaba fue este último (cuadro 5) por lo tanto fue el que se utilizó.

Cuadro 5. Puntos de corte del instrumento ETM		
Puntos de corte	Puntuaciones	Porcentajes
10	76-105	9.82
80	106-144	76.75
10	145-160	10.43
15	76-110	14.72
75	111-139	68.71
15	140-160	16.56
20	76-113	20.25
60	114-138	56.51
20	139-160	20.25

Con base en lo anterior el entorno de trabajo se caracterizó de la siguiente manera (con base en los puntajes globales) (cuadro 6).

Cuadro 6. Niveles del ETM	
	Puntaje total
Muy Favorable	145-160
Favorable	106-144
Poco favorable	76-105

Para el caso de cada uno de los Esenciales del Magnetismo se fijaron puntos de corte quedando de la siguiente manera: el esencial apoyo a la educación, autonomía, apoyo del jefe o supervisor, adecuado personal de enfermería y el control sobre la práctica los puntos de corte fueron 80% y 10% en los extremos; para el esencial el trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes y las buenas relaciones y comunicación enfermera-médico el punto de corte fueron 60% y 20% en los extremos. En el esencial la preocupación por el paciente se hizo un punto de corte por la escasa variabilidad que presentaba (cuadro 7).

Cuadro 7. Niveles por EOM			
EOM	Muy favorable	Favorable	Poco favorable
1. Apoyo a la educación	15-20	8-14	5-7
2. Trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes	19-20	16-18	9-15
3. Autonomía	20	15-19	8-14
4. Las buenas relaciones enfermera médico	19-20	14-18	6-13
5. Apoyo del jefe o supervisor	19-20	8-18	5-7
6. Adecuado personal de enfermería	20	13-19	5-12
7. La preocupación por el paciente	19-20	9-18	NA*
8. El control sobre la práctica de enfermería	19-20	12-18	5-11
*No aplica			

4.6.2 Confiabilidad del instrumento

El Alfa de Cronbach calculado en la aplicación final del instrumento fue de 0.9169. En el cuadro 8 se muestra el análisis de confiabilidad del instrumento de cada ítem con el total de éste.

Con base al análisis factorial de cada uno de los EOM se decidió excluir la dimensión preocupación por paciente debido a que no mostraba variabilidad en las respuestas, al recalcular el α no se modifica de manera significativa en cada ítem ni en la suma total; por lo que ser eliminada no tendría un efecto en los resultados.

Cuadro 8. Comparación de la α de Cronbach de cada ítem con el total del instrumento		
	α Cronbach de cada ítem del instrumento	α Cronbach si se eliminan 5 ítems
Apoyo a la educación		
1. Durante mi más reciente formación académica [estudios de Posgrado - Especialidad y/o Maestría-, Licenciatura, Cursos posttécnicos, Diplomados, cursos monográficos, Congresos etc.) tuve apoyo económico de mi institución para participar.	0.7365	0.7332
2. Recibí apoyo en tiempo (beca completa u horas beca, cambio de descanso etc) para asistir a mi más reciente formación académica (estudios de Posgrado - Especialidad y/o Maestría-, Licenciatura, Cursos posttécnicos, Diplomados, cursos monográficos, Congresos etc.)	0.7354	0.7320
3. Otorgar un mejor cuidado de enfermería es lo decisivo para recibir apoyo institucional (económico o en tiempo) para asistir a una actividad académica.	0.7362	0.7328
4. He obtenido reconocimiento de la formación académica recibida (cambios de categoría).	0.7380	0.7348
5. He participado en mi institución en el programa de Estímulo de Calidad en Enfermería.	0.7372	0.7338
Dentro de la institución y de mi servicio tengo la seguridad de:		
6. Que la práctica de enfermería está sustentada en los conocimientos de la profesión.	0.7379	0.7347
7. Que mis colegas son hábiles para realizar su trabajo.	0.7375	0.7342
8. Que mis colegas se encuentran dispuestas a colaborar con el grupo de trabajo.	0.7364	0.7330
9. Que el nivel académico del grupo de enfermería es una evidencia de competencia en el trabajo.	0.7371	0.7338
10. Que la labor mis colegas garantiza el éxito del cuidado.	0.7362	0.7330
Dentro de la institución y de mi servicio:		
11. Tengo la libertad de realizar intervenciones acordes a la situación clínica del paciente (dependiendo de mi categoría laboral y mi nivel de competencia profesional).	0.7358	0.7324
12. Tomo decisiones pertinentes en mi unidad de trabajo	0.7381	0.7348
13. La toma de decisiones independientes de la enfermera son apoyada por la institución.	0.7332	0.7298
14. Tengo el suficiente conocimiento para proporcionar cuidados de enfermería independientes.	0.7392	0.7360
15. Cuento con entera libertad de acción.	0.7338	0.7305

La relación que guardo con el grupo médico es:		
16. De confianza mutua.	0.7350	0.7316
17. De respeto hacia mí trabajo.	0.7365	0.7332
18. De interés sobre mis opiniones para el mejor cuidado del paciente.	0.7321	0.7286
19. De intercambio de conocimientos en beneficio del paciente.	0.7316	0.7282
20. De enseñanza mutua.	0.7324	0.7290
El apoyo por parte de la subdirección de enfermería:		
21. Visualiza el sistema necesario para alcanzar una práctica de enfermería de excelencia.	0.7331	0.7297
22. Permite reducir las tareas que no son propias de enfermería.	0.7345	0.7311
23. Fomentan las relaciones de confianza.	0.7327	0.7292
24. Facilita los recursos necesarios para el cuidado de los pacientes.	0.7356	0.7323
25. Reconoce el valor de los demás y elogia sus éxitos.	0.7319	0.7284
Dentro de mi servicio el personal que integra la plantilla de enfermería:		
26. Se plantea objetivos y tienen la capacidad de cumplirlos.	0.7330	0.7296
27. Mantiene relaciones cordiales en cualquier situación de trabajo.	0.7339	0.7306
28. Es acorde a la situación del paciente.	0.7346	0.7313
29. Favorece la revisión casos clínicos entre mis colegas.	0.7318	0.7284
30. Permite otorgar cuidado a los pacientes de manera oportuna.	0.7361	0.7328
Dentro de mi servicio:		
31. Procuero dar atención de calidad a mis pacientes.	0.7412	-
32. Las necesidades de los pacientes es lo prioritario.	0.7406	-
33. En la práctica el cuidado de los pacientes es lo que motiva.	0.7397	-
34. Para la subdirección de enfermería lo primordial es el cuidado con seguridad del paciente.	0.7409	-
35. Me siento satisfecha en la medida que el paciente sale adelante	0.7419	-

En esta institución, las enfermeras:		
36. Realizan protocolos para mejorar la práctica clínica.	0.7354	0.7321
37. Dictan las normas en su práctica clínica.	0.7331	0.7297
38. Son eficaces por su estructura organizativa.	0.7341	0.7306
39. Son respetadas por el equipo de salud en sus decisiones.	0.7332	0.7298
40. Participan en los procesos de toma de decisión.	0.7325	0.7291
α de Cronbach global	0.9169	0.9176
α de Cronbach global ítem vs ETM	0.7416	0.7384

4.6.3 Validez de constructo

En relación a la validez de constructo, se observó que existe una correlación aceptable (> 0.5) y con valores con significado estadístico (0.0) entre los esenciales salvo uno (preocupación por el paciente) que es el más bajo, por lo cual cabría la posibilidad de eliminar (tabla 1).

Tabla 1. Correlación de las sumas de las dimensiones y la suma total del puntaje del cuestionario

EOM	Coefficiente de correlación	P*
1. Apoyo a la educación	0.5279	0.0000
2. Trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes	0.5744	0.0000
3. Autonomía	0.7112	0.0000
4. Las buenas relaciones y comunicación enfermera-médico	0.6811	0.0000
5. Apoyo del jefe o supervisor	0.6891	0.0000
6. Adecuado personal de enfermería	0.7156	0.0000
7. La preocupación por el paciente	0.3850	0.0000
8. El control sobre la práctica de enfermería	0.7432	0.0000

*Spearman

4.6.4 Análisis de factores por EOM

Con relación al esencial apoyo a la educación los dos primeros valores propios o autovalores (eigenvalores) son los que explican la mayor proporción de la varianza (38.54% y 20.18% respectivamente) y en conjunto explican el 58.72%. En la carga de factores, todas las variables tienen una correlación mayor del 40% con el primer factor lo cual quiere decir que tienen que ver con la dimensión que se está estudiando; sin embargo, al hacer la rotación las preguntas 3 y 5 son mejor explicadas por otro EOM (tabla 2).

Tabla 2. Análisis de factores para el esencial apoyo a la educación (AE)

Factores	Eigenvalores	Valor de p*	Variables	Factores	Factores	Factores	Factores
				cargados Factor 1	cargados Factor 2	rotados Factor 1	rotados Factor 2
Factor 1	1.92712		AE1	0.6496	-0.5785	0.8632	-0.1072
Factor 2	1.00894		AE2	0.7694	-0.2177	0.7569	0.2578
Factor 3	0.80414	0.0000	AE3	0.5588	0.3147	0.2812	0.5764
Factor 4	0.74424		AE4	0.6342	0.0711	0.4816	0.4187
Factor 5	0.51557		AE5	0.4457	0.7231	-0.0438	0.8483

Varianza explicada y proporción por el Factor1 es 1.631 (32.62%) y por el Factor2 es 1.351 (26.10%) de p=0.0000

La tabla 3 muestra los resultados del análisis de factores para el resto de los esenciales; enfermeras clínicamente competentes, autonomía, las buenas relaciones y comunicación enfermera médico, apoyo del jefe o supervisor, adecuado personal de enfermería, la preocupación por el paciente y el control de la práctica de enfermería. En todos los casos solo el primer valor propio o autovalor es el que explica la mayor proporción de la varianza.

En la carga de factores, todas las variables tienen una correlación mayor del 40% con el primer factor lo cual quiere decir que todas las preguntas tienen que ver con la dimensión que se está estudiando, y esto se conserva para el segundo factor, lo cual significa que todas las variables/preguntas de cada esencial corresponden con ese esencial.

Tabla 3. Análisis de factores de los EOM

Factores	Eigenvalores	Valor de p*	Variables	Factores cargados Factor 1	Factores rotados Factor 1	Varianza (%)**	Valor de p
Enfermeras clínicamente competentes (ECOM)							
Factor 1	2.52893		ECOM6	0.5718	0.5718		
Factor 2	0.78178		ECOM7	0.7899	0.7899		
Factor 3	0.73254	0.0000	ECOM8	0.7849	0.7849	2.53 (50.6)	0.0000
Factor 4	0.49788		ECOM9	0.6071	0.6071		
Factor 5	0.45887		ECOM10	0.7704	0.7704		
Autonomía (A)							
Factor 1	2.57252		A11	0.7716	0.7921		
Factor 2	0.77565		A12	0.6027	0.6027		
Factor 3	0.74358	0.0000	A13	0.8008	0.8008	2.57 (51.5)	0.0000
Factor 4	0.53773		A14	0.5876	0.5876		
Factor 5	0.37052		A15	0.7921	0.7921		
Relación enfermera-médico (REM)							
Factor 1	3.51833		REM16	0.7361	0.7361		
Factor 2	0.60639		REM17	0.7642	0.7642		
Factor 3	0.49501	0.0000	REM18	0.9091	0.9032	3.52 (70.4)	0.0000
Factor 4	0.24550		REM19	0.9032	0.9032		
Factor 5	0.13478		REM20	0.8661	0.8661		
Apoyo de su jefe o supervisor (ASUBD)							
Factor 1	3.34632		ASUBD21	0.8606	0.8606		
Factor 2	0.60159		ASUBD22	0.7597	0.7597		
Factor 3	0.42709	0.0000	ASUBD23	0.8635	0.8635	3.35 (66.9)	0.0000
Factor 4	0.32898		ASUBD24	0.8332	0.8332		
Factor 5	0.29603		ASUBD25	0.7673	0.7673		
Adecuado personal de enfermería (PC)							
Factor 1	3.48373		PC26	0.8243	0.8243		
Factor 2	0.49666		PC27	0.8925	0.8925		
Factor 3	0.41117	0.0000	PC28	0.8581	0.8581	3.48 (69.7)	0.0000
Factor 4	0.36706		PC29	0.7906	0.7906		
Factor 5	0.24139		PC30	0.8040	0.8040		
El paciente como prioridad (PAC)							
Factor 1	2.90317		PAC31	0.8453	0.8453		
Factor 2	0.99529		PAC32	0.8312	0.8312		
Factor 3	0.61780	0.0000	PAC33	0.7820	0.7820	2.90 (58.1)	0.0000
Factor 4	0.31775		PAC34	0.8984	0.8984		
Factor 5	0.16600		PAC35	0.2814	0.2814		
El control de la práctica de enfermería (C)							
Factor 1	3.25053		C36	0.7233	0.7233		
Factor 2	0.66808		C37	0.7987	0.7987		
Factor 3	0.43494	0.0000	C38	0.8219	0.8219	3.25 (65.01)	0.0000
Factor 4	0.34577		C39	0.8454	0.8454		
Factor 5	0.30068		Control40	0.8362	0.8362		

* Valor de significancia del análisis factorial **Varianza explicada el primer factor y proporción

5. RESULTADOS

Los datos obtenidos se organizaron clasificaron y concentraron en una base de datos del paquete estadístico SPSS versión 17 (del inglés Statistical Package for the Social Sciences).

Inicialmente se llevó a cabo un análisis exploratorio para verificar la distribución de variables, con lo cual se identificó una distribución distinta a la normal estándar en las variables cuantitativas (Kolmogorov Smirnov).

Con respecto a la muestra (n=163) se pudo observar que el 69% es personal profesional y el 60% tiene una categoría que corresponde a sus estudios.

La tabla 4 muestra que el personal de enfermería es considerado joven con una mediana de 38 años y una antigüedad de 12 años, lo cual corresponde a las características de la propia institución (de reciente creación).

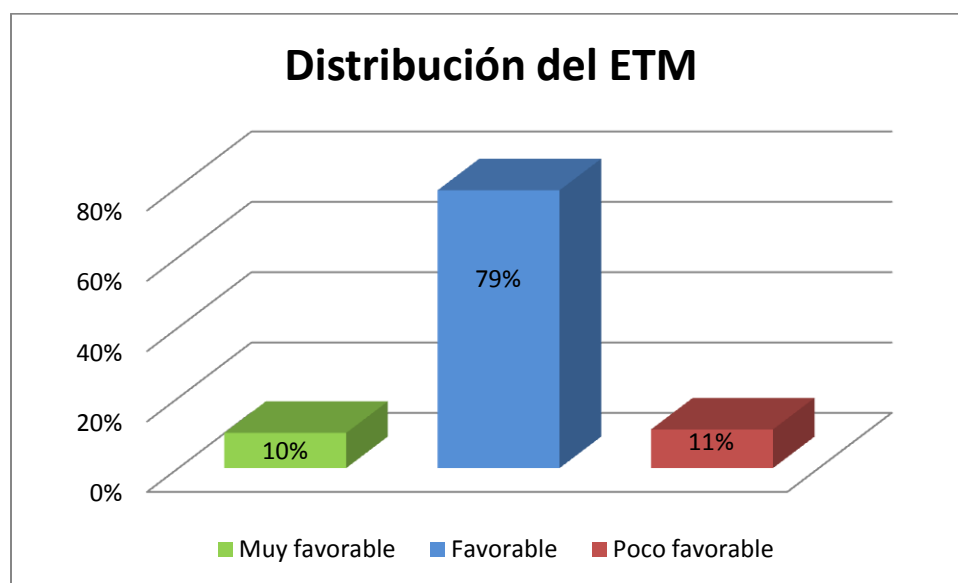
Tabla 4. Características del personal de Enfermería de una institución de salud de tercer nivel de atención.

Variables	n	%
Sexo		
Femenino	140	86
Masculino	23	14
Turno		
Matutino	55	34
Vespertino	43	26
Nocturno	65	40
Servicio		
Hospitalización	73	45
Área crítica	54	33
Rehabilitación	36	22
Categoría		
Jefe de servicio	13	8
Especialista "C"	22	13
Especialista técnica	27	17
General "C"	63	39
General técnica	38	23
Actividad		
Administrativo	24	15
Clínica	139	85
Escolaridad		
Posgrado	48	30
Licenciatura	64	39
Técnico	51	31
Edad (años)	*38 (34-41)	
Antigüedad (años)	*12 (9-14)	

*Mediana y percentiles 25-75

Con base a los puntos de corte el ETM fue considerado por parte de las enfermeras en favorable en el 79% y muy favorable y poco favorable en un 10% y 11% respectivamente (Figura 3).

Figura 4.



Al analizar los EOM se observó la mediana más alta en el esencial la preocupación del paciente y la más baja en apoyo a la educación.

También existe más variabilidad de puntaje en las buenas relaciones y comunicación enfermera-médico y apoyo a la educación.

El esencial la preocupación por el paciente no presenta variabilidad (tabla 5).

Tabla 5. Mediana de los puntajes globales del los EOM

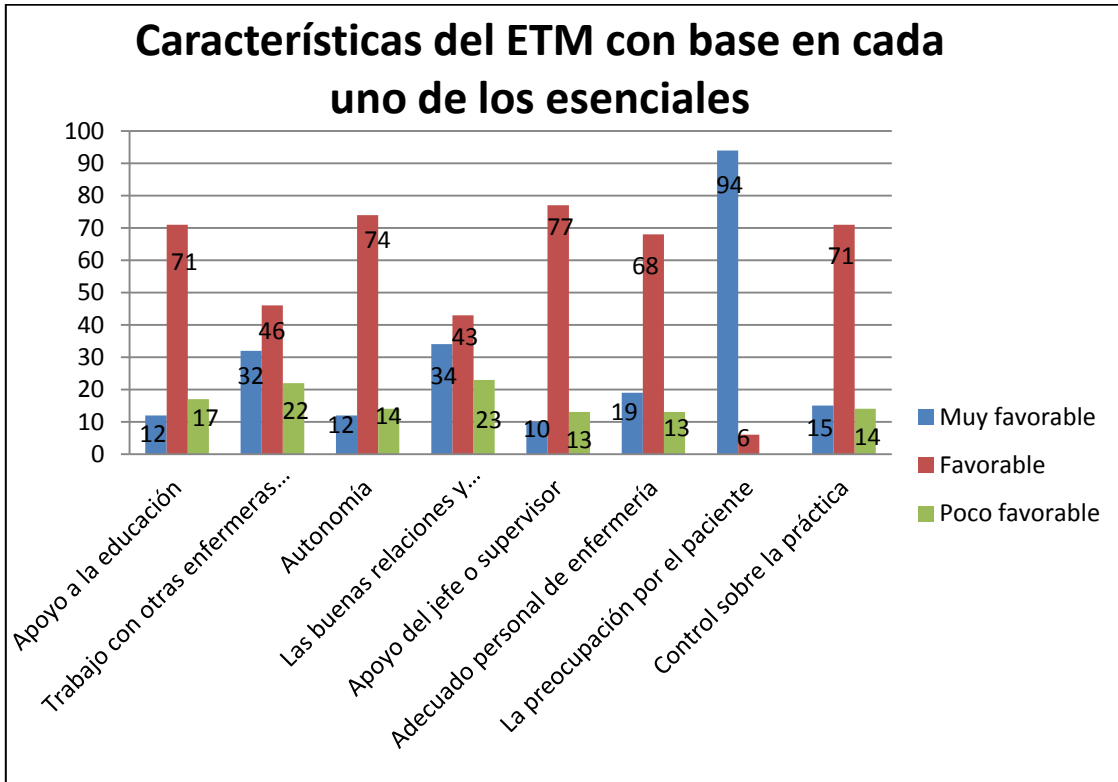
EOM	Mediana	Percentil 25-75
1. Apoyo a la educación n=20	11	11-14
2. Trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes n=20	17	17-19
3. Autonomía n=20	17	17-18
4. Las buenas relaciones y comunicación enfermera-médico n=20	16	16-19
5. Apoyo del jefe o supervisor n=20	14	14-16
6. Adecuado personal de enfermería n=20	17	17-19
7. La preocupación por el paciente n=20	20	20-20
8. El control sobre la práctica de enfermería n=20	15	15-17
ETM n=160	126	126-136

Al caracterizar cada uno de los esenciales del ETM, las enfermeras los percibieron en su mayoría favorable. El porcentaje más alto en poco favorable de los esenciales fueron; el trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes y las buenas relaciones y la comunicación enfermera-médico. Nuevamente el EOM “preocupación por el paciente” fue el único que tuvo nulo porcentaje en la evaluación poco favorable (tabla 6 y figura 4).

Tabla 6. Esenciales del ETM

EOM	Muy favorable		Favorable		Poco favorable	
	n	%	n	%	n	%
	1. Apoyo a la educación	19	12	116	71	28
2. Trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes	52	32	75	46	36	22
3. Autonomía	19	12	120	74	24	14
4. Las buenas relaciones y comunicación enfermera-médico	55	34	71	43	37	23
5. Apoyo del jefe o supervisor	16	10	125	77	12	13
6. Adecuado personal de enfermería	31	19	111	68	21	13
7. La preocupación por el paciente	153	94	10	6	-	-
8. Control sobre la práctica	25	15	116	71	22	14

Figura 5



Para estimar las diferencias que existen de cada uno de los esenciales del ETM y las variables turno, nivel académico, categoría y servicio, se utilizaron tau-b y tau-c Kendall según correspondan (tabla 7).

Por turno se observó que una proporción mayor del personal del turno matutino (TM) tiene percepción muy favorable del ETM ($p=0.001$).

Con respecto a la categoría, se identificó que una mayor proporción del personal con mayor jerarquía tiene una percepción favorable del ETM en contraste con las categorías más bajas ($p=0.008$).

En cuanto al servicio asignado y escolaridad no mostraron diferencia con relación al ETM.

Tabla 7. ETM y las características generales de la muestra

	Muy favorable n (%)	Favorable n (%)	Poco favorable n (%)	Valor p
Turno				
Matutino	10 (59)	43 (34)	2 (11)	0.001*
Vespertino	5 (29)	32 (25)	6 (33)	
Nocturno	2 (12)	53 (41)	10 (56)	
Servicio				
Críticos	6 (35)	41 (32)	7 (39)	0.792*
Hospitalización	8 (47)	57 (45)	8 (44)	
Rehabilitación	3 (18)	30 (23)	3 (17)	
Categoría				
Jefe de servicio	4 (23)	9 (7)	0	0.008**
Especialista "C"	6 (35)	15 (12)	1 (6)	
Especialista técnica	1 (6)	25 (19)	1 (6)	
General "C"	3 (18)	47 (37)	13 (72)	
General técnica	3 (18)	32 (25)	3 (16)	
Grado escolar				
Posgrado	7 (41)	36 (28)	5 (28)	0.474*
Licenciatura	7 (41)	47 (37)	10 (55)	
Técnico	3 (18)	45 (35)	3 (17)	

*Tau b Kendall, ** Tau c Kendall

Con respecto a la edad y la antigüedad los resultados mostraron que no existen diferencias en cuanto a la percepción del ETM (tabla 8)

Tabla 8. Entorno de trabajo magnético, la antigüedad y edad de la muestra

	Muy favorable Mediana (P25-75)	Favorable Mediana (P25-75)	Poco favorable Mediana (P25-75)	Valor P
Edad (años)	37 (32-41)	38 (35-41)	36 (35-42)	NS*
Antigüedad (años)	12 (4-12)	12 (9-14)	12 (7-16)	NS*

*Kruskal Wallis

Al analizar cada uno de los esenciales del ETM (tabla 9), contra las variables consideradas el esencial 1 (apoyo a la educación) muestra que existen diferencias entre turnos. El personal de enfermería del turno matutino (TM) tiene una percepción muy favorable de este esencial ($p= 0.009$). Con respecto al servicio, se identificó que una proporción mayor de las enfermeras de los servicios críticos tienen una percepción muy favorable con respecto a este mismo esencial ($p=0.016$).

Finalmente en cuanto a la categoría se observó que las enfermeras jefes de servicio y las enfermeras con posgrado perciben muy favorable el apoyo a la educación ($p=0.000$ y $p=0.004$ respectivamente).

Tabla 9. Apoyo a la educación y características generales de la muestra

Variables	Muy favorable		Favorable		Poco favorable		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Turno							
Matutino	10	53	38	33	7	25	
Vespertino	7	37	29	25	7	25	0.009*
Nocturno	2	10	49	42	14	50	
Servicio							
Críticos	9	47	42	36	3	11	
Hospitalización	6	32	50	43	17	61	0.016*
Rehabilitación	4	21	24	21	8	28	
Categoría							
Jefe de servicio	3	16	9	8	1	4	
Especialista "C"	6	32	15	13	1	4	
Especialista técnica	2	42	22	19	3	10	0.000**
General "C"	8	42	43	37	12	43	
General técnica	0	0	27	23	11	39	
Grado escolar							
Posgrado	11	58	32	27	5	18	
Licenciatura	7	37	44	38	13	46	0.004*
Técnico	1	5	40	35	10	36	

*Tau b Kendall, **Tau c Kendall.

Por otro lado no se observan diferencias en el esencial enfermera clínicamente competente y las variables servicio, turno, categoría y grado escolar ($p = \text{ó} > 0.05$).

Tabla 10. Trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes y características generales de la muestra

Variables	Muy favorable		Favorable		Poco favorable		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Turno							
Matutino	15	29	28	37	12	33	0.992*
Vespertino	17	33	18	24	8	22	
Nocturno	20	38	29	39	16	45	
Servicio							
Críticos	19	37	25	34	10	28	0.895*
Hospitalización	21	40	31	41	21	58	
Rehabilitación	12	23	19	25	5	14	
Categoría							
Jefe de servicio	5	9	6	8	2	6	0.981**
Especialista "C"	10	19	9	12	3	8	
Especialista técnica	4	8	18	24	5	14	
General "C"	17	33	26	35	20	55	
General técnica	16	31	16	21	6	17	
Grado escolar							
Posgrado	14	27	25	33	9	25	0.678*
Licenciatura	20	38	27	36	17	47	
Técnico	18	35	23	31	10	28	

*Tau b Kendall, **Tau c Kendall.

En cuanto al esencial de autonomía, nuevamente el TM lo percibió como muy favorable ($p= 0.05$) en una proporción de 24% siendo el turno vespertino el que lo percibe como poco favorable en una mayor proporción (19%).

Al analizar la categoría se observan diferencias ($p= 0.014$) en la percepción de este esencial y las categorías de enfermera jefe de servicio y especialista C. En contraste con las enfermeras generales "C" que en una proporción mayor percibieron poco favorable la autonomía (18%). No se encontraron diferencia entre servicio, grado escolar (tabla 11).

Tabla 11. Autonomía y características generales de la muestra

Variables	Muy favorable		Favorable		Poco favorable		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Turno							
Matutino	13	24	39	71	3	6	0.005*
Vespertino	7	16	28	65	8	19	
Nocturno	4	6	53	82	8	12	
Servicio							
Críticos	10	19	37	69	7	13	0.751*
Hospitalización	9	12	56	77	8	11	
Rehabilitación	5	14	27	75	4	11	
Categoría							
Jefe de servicio	4	31	8	62	1	8	0.014**
Especialista "C"	6	27	16	73	0	0	
Especialista técnica	3	11	22	82	2	7	
General "C"	7	11	45	71	11	18	
General técnica	4	11	29	76	5	13	
Grado escolar							
Posgrado	10	21	36	77	2	4	0.095*
Licenciatura	8	13	45	70	11	17	
Técnico	6	12	39	77	6	12	

*Tau b Kendall, **Tau c Kendall.

Se identificaron diferencias entre el esencial relación enfermera-médico y turno. Las enfermeras del TM evalúan muy favorable esta dimensión ($p=0.000$), y las enfermeras con categoría de General "C" son quienes percibieron mejor la relación enfermera-médico; sin embargo, también un porcentaje similar de la misma categoría lo califica poco favorable. La variable servicio y grado escolar no presentaron significancia estadística (tabla 12).

Tabla 12. Enfermera-médico y características generales de la muestra.

Variables	Muy favorable		Favorable		Poco favorable		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Turno							
Matutino	25	45	24	34	6	16	0.000*
Vespertino	16	29	19	27	8	22	
Nocturno	14	26	28	39	23	62	
Servicio							
Críticos	19	35	19	27	16	43	0.196*
Hospitalización	20	36	37	52	16	43	
Rehabilitación	16	29	15	21	5	14	
Categoría							
Jefe de servicio	9	16	4	6	0	0	0.004**
Especialista "C"	11	20	8	11	3	8	
Especialista técnica	8	15	11	15	8	22	
General "C"	19	35	26	37	18	48	
General técnica	8	14	22	31	8	22	
Grado escolar							
Posgrado	19	35	20	28	9	24	0.193*
Licenciatura	22	40	27	38	15	41	
Técnico	14	25	24	34	13	35	

*Tau b Kendall, **Tau c Kendall.

El apoyo del jefe o supervisor al parecer es diferente, ya que es el TM el cual tiene una percepción muy favorable ($p=0.032$). Los resultados con respecto al servicio, categoría y grado escolar y este esencial no mostraron diferencias ($p=>0.05$). (Tabla 13)

Tabla 13. Apoyo del jefe o supervisor y características generales de la muestra.

Variables	Muy favorable		Favorable		Poco favorable		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Turno							
Matutino	8	50	43	34	4	18	
Vespertino	3	31	30	24	8	36	0.032*
Nocturno	3	19	52	42	10	46	
Servicio							
Críticos	6	38	40	32	8	36	
Hospitalización	8	50	55	44	10	46	0.902*
Rehabilitación	2	12	30	24	4	18	
Categoría							
Jefe de servicio	4	25	8	6	1	4	
Especialista "C"	4	25	15	12	3	14	
Especialista técnica	2	13	23	18	2	9	0.188**
General "C"	2	13	49	39	12	55	
General técnica	4	25	30	24	4	18	
Grado escolar							
Posgrado	6	37	37	30	5	23	
Licenciatura	7	44	46	37	11	50	0.396*
Técnico	3	19	42	33	6	27	

*Tau b Kendall, **Tau c Kendall.

En cuanto al esencial, adecuado personal de enfermería, se identifican diferencias entre éste y el turno; el TM son quienes perciben muy favorable la plantilla de personal ($p=0.046$). Con respecto al servicio, categoría y grado escolar no se encontraron diferencias ($p = \text{ó} > 0.05$) (Tabla 14)

Tabla 14. Adecuado personal de enfermería y características generales de la muestra.

Variables	Muy favorable		Favorable		Poco favorable		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Turno							
Matutino	14	45	35	32	6	29	
Vespertino	10	32	28	25	5	24	0.046*
Nocturno	7	23	48	43	10	47	
Servicio							
Críticos	11	35	35	31	8	38	
Hospitalización	12	39	52	47	9	43	0.724*
Rehabilitación	12	26	24	22	4	19	
Categoría							
Jefe de servicio	3	10	10	9	0	0	
Especialista "C"	9	29	11	10	2	9	
Especialista técnica	2	6	23	21	2	9	0.145**
General "C"	9	29	42	38	12	58	
General técnica	8	26	25	22	5	24	
Grado escolar							
Posgrado	9	29	33	30	6	29	
Licenciatura	12	39	41	37	11	52	0.602*
Técnico	10	32	37	33	4	19	

*Tau b Kendall, **Tau c Kendall.

Se identificaron diferencias en el esencial la preocupación por el paciente y el turno. Las enfermeras del turno nocturno (T.N) son las que percibieron muy favorable este esencial ($p=0.041$). Se apreció que las enfermeras generales "C" son quienes evaluaron muy favorable este rubro ($p=0.036$). El servicio y grado escolar no presentaron diferencias ($p = \text{ó} > 0.05$). (Tabla 15).

Tabla 15. Preocupación por el paciente y características generales de la muestra

Variable	Muy favorable		Favorable		Valor de p
	n	%	n	%	
Turno					
Matutino	55	36	0	0	
Vespertino	38	25	5	50	0.041*
Nocturno	60	39	5	50	
Servicio					
Críticos	51	33	3	30	
Hospitalización	67	44	6	60	0.687*
Rehabilitación	35	23	1	10	
Categoría					
Jefe de servicio	13	8	0	0	
Especialista "C"	21	14	1	10	
Especialista técnica	27	17	0	0	0.036**
General "C"	59	39	4	40	
General técnica	33	22	5	50	
Grado escolar					
Posgrado	46	30	2	20	
Licenciatura	59	39	5	50	0.713*
Técnico	48	31	3	30	

*Tau b Kendall, **Tau c Kendall.

Respecto al control sobre la práctica de enfermería y el turno, el T.M es quién lo percibe muy favorable. El servicio, categoría y grado escolar no tuvieron diferencias ($p \geq 0.05$). (Tabla 16)

Tabla 16. Control sobre la práctica de enfermería y características generales de la muestra.

Variables	Muy favorable		Favorable		Poco favorable		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Turno							
Matutino	15	60	35	30	5	23	
Vespertino	6	24	31	27	6	27	0.003*
Nocturno	4	16	50	43	11	50	
Servicio							
Críticos	7	28	38	33	9	41	
Hospitalización	9	36	56	48	8	36	0.246*
Rehabilitación	9	36	22	19	5	23	
Categoría							
Jefe de servicio	4	16	8	7	1	4	
Especialista "C"	8	32	9	8	5	23	
Especialista técnica	2	8	23	20	2	9	0.395**
General "C"	6	24	45	39	12	55	
General técnica	5	20	31	26	2	9	
Grado escolar							
Posgrado	12	48	25	22	11	50	
Licenciatura	8	32	47	40	9	41	0.739*
Técnico	5	20	44	38	2	9	

*Tau b Kendall, **Tau c Kendall.

6. ASPECTOS ÉTICOS LEGALES

Para la elaboración del presente estudio, se consideraron los principios de la Declaración de Helsinki, los principios éticos y lo referente al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.⁵⁸

De acuerdo con la declaración de Helsinki, se solicitó el consentimiento informado, ya que para tomar parte en un proyecto de investigación las personas deben ser participantes voluntarios e informados; donde se respetó el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad, por lo cual se tomaron las debidas precauciones para resguardar la intimidad de los individuos y la confiabilidad de la información (anexo 3). Al personal a quién se le aplicó el cuestionario se le dio a conocer los objetivos del estudio.

Se recibió la aprobación previa de la subdirección de enfermería de la unidad médica para llevar a cabo el proyecto (anexo 4).

7. DISCUSIÓN

La importancia de un instrumento adecuado radica en la trascendencia de las decisiones y las consecuencias que a partir de ello se deriven. Si el proceso de construcción se lleva cabo de forma defectuosa las inferencias que se obtengan a partir de puntuaciones serán equivocadas e infundadas. Partiendo de este marco, y posterior a la búsqueda y revisión de los instrumentos antecedentes, se consideró necesario elaborar un instrumento que nos permitiera aproximarnos a la variable Entorno de Trabajo Magnético (ETM) el cual estuvo sustentado en los ocho esenciales del magnetismo (EOM).

A partir de los resultados obtenidos, el instrumento que se construyó al parecer discrimina satisfactoriamente los EOM del ETM. La confiabilidad obtenida es alta (α 0.9169). Con una correlación de 0.5279 – 0.7432 en siete de los ocho EOM, salvo uno (preocupación por el paciente) y con una p de 0.00 en todos. Lo que nos indicó que hay una correlación entre los ítems lo cual hace suponer que hay validez del constructo ETM.

El esencial “preocupación por el paciente” es el único que no presentó variabilidad, lo cual muestra que a pesar de que se trato de evitar la deseabilidad social no se tuvo éxito. Sin embargo, con o sin este esencial el instrumento no niega su capacidad para discriminar lo que se pretendió medir.

Es importante señalar que en esta versión del instrumento coincide con el Alpha reportado por Marlene Kramer en estudios realizados (α Cronbach de 0.83-0.96).^{59,60}

Haber utilizado una escala de frecuencias permitió establecer los puntos de corte, los cuáles es importante señalar deberán ser reconsiderados acorde las futuras poblaciones donde pueda ser aplicado este instrumento.

Entorno de Trabajo Magnético

Hasta la fecha hay la escasez de investigaciones en México que evalúen los entornos de la práctica de enfermería. Existen pocos estudios realizados y algunos han utilizados herramientas del Clima Laboral y Clima Organizacional. Sin embargo, bajo el contexto de los ETM no se encontraron.

Con base en los resultados llama la atención el primer dato que es la percepción global que tienen las enfermeras sobre el ETM tiende ser más a lo favorable y muy favorable lo que hace pensar que la institución puede ser considerada con un buen entorno de trabajo.

Acorde a lo observado el ETM fue mejor evaluado por el personal del turno matutino; esto puede ser interpretado por las características que tiene este turno, donde muy probablemente se encuentre el 35% o más de la población de enfermería del instituto, también se encuentran ubicadas la mayoría de las jefas

de servicio y hay mayor comunicación con los médicos adscritos a los servicios y unidades de apoyo, esto mismo podría explicar por qué las jefes de servicio perciben más favorable el entorno de trabajo.

No hubo significancia estadística en cuanto el ETM y los servicios, lo que contrasta con un estudio realizado donde destacan que las clínicas de atención ambulatoria y unidades de cuidados intensivos tenían ambientes más favorables en contraste con las ortopédicas.⁶¹

Desde la identificación de los esenciales del ETM hasta el momento, éstos han sido confirmados por las enfermeras en varios MH y por enfermeras de salud pública,⁶²⁻⁶⁶ además seis de los ocho esenciales del magnetismo se incorporaron a la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidado Crítico (AACN) como elementos para crear y mantener un entorno de trabajo saludable.⁶⁷

La mayoría de los estudios (80%) se realizaron en los Estados Unidos pero también se han evaluado a las enfermeras que trabajan en Australia, Bélgica y Hong Kong, Rusia, Armenia, y España. Un buen número de éstos fueron transversales, con sólo un estudio de intervención pre-post test y todos los investigadores informaron que los climas organizacionales positivos se relacionan con mayor satisfacción del trabajador.^{35,45,68-71}

Desde nuestro punto de vista los resultados obtenidos en este estudio tienen que ver con las características organizacionales de la propia institución ya que al ser

una unidad de tercer nivel se ha preocupado por tener un adecuado personal, profesional y además de ser una institución de relativa reciente creación, todo esto explica de alguna manera el comportamiento global de la muestra.

Al analizar los resultados de cada uno de los esenciales podemos comentar que:

1. Apoyo a la educación.

El aprendizaje y la capacitación son uno de los puntos importantes en la mayoría de las organizaciones de atención médica de alto desempeño y es también un elementos claves en el ETM ya que brindan la posibilidad de desarrollar al personal de enfermería tener un pensamiento crítico, profesionalismo y como resultado mejora en la calidad de atención.

En este trabajo un alto porcentaje de la muestra cuenta con estudios de licenciatura. Este porcentaje no supera lo establecido por jefes de enfermeras de hospitales universitarios en EE.UU.(71%), pero supera la meta del 55% establecido por los ejecutivos en los hospitales comunitarios.^{48,72,73}

El TM tuvo una percepción muy favorable en cuanto al EOM apoyo a la educación probablemente por las características de la institución donde el personal obtiene beca completa, tiempo horas o apoyo económico, además la capacitación habitualmente es durante este turno.

Con respecto al servicio las enfermeras adscritas a unidades de cuidados críticos lo perciben muy favorable, resultado similar a lo encontrado en otro estudio con las enfermeras de áreas críticas.⁷⁴

Las jefas de servicio lo perciben muy favorable tal vez porque la institución se preocupa en que sus gestoras estén siempre a la vanguardia en actividades administrativas y técnicas.

Las enfermeras de posgrado percibieron muy favorable este esencial, lo que coincide en otros estudios reportado por Kramer.^{60,64}

Además Aiken y Tourangeau encontraron que la reducción de la mortalidad se relaciona con el aumento del número de enfermeras que tenían licenciatura y posgrado.^{75,76}

2. Trabajo con enfermeras clínicamente competentes

No hubo diferencia alguna entre este esencial y las variables intervinientes, sin embargo, en algunos estudios se ha encontrado que la competencia influye en la atención de calidad y la disminución de eventos que ponen en peligro al paciente.³³⁻³⁷

También se ha observado que el hecho que las enfermeras tengan un grado profesional da como resultado una mejor competencia para desarrollar el cuidado enfermero.^{31,36}

3. Autonomía

No se encontró diferencia entre este esencial y servicio, aunque unas investigaciones revelan que las enfermeras que laboran en unidades de cuidados intensivos por lo general reportan mayor autonomía que las de otras áreas.⁷⁷

En cuanto al turno y categoría si hubo relación; estos resultados podrían haberse dado porque en el TM se encuentra la mayor parte de los jefes de servicio, quienes tienen mayor libertad de decisión y apoyo de la subdirección de enfermería además de la interacción y relación con médicos de base y residentes.

Algunos estudios han sugerido que la creación de un clima que apoye la práctica de enfermería aumentará el nivel de la práctica autónoma, así mismo la preparación académica favorece este esencial.^{39,40} Esto se asociado con la satisfacción de este grupo.⁷⁸ Algunas investigaciones informaron que un ambiente positivo de trabajo, incluyendo los mayores niveles de autonomía y el control de la práctica de enfermería, no se asocian con aumento de los costos de enfermería.⁷⁹

La autonomía y el control sobre la práctica de enfermería han sido sugeridos como variables intervinientes para explicar la relación entre los hospitales con un buen ambiente de trabajo y los resultados positivos en los pacientes.²⁶ Algunos estudios argumentan que la falta de autonomía se debe a la falta de capacitación o educación para ejercerla^{43,80,81} en este estudio no hubo relación entre estas variables.

4. Las buenas relaciones enfermera-médico

Los equipos eficaces se caracterizan por la confianza, el respeto y la colaboración, por lo tanto la comunicación y relación que guarden la enfermera y el médico no son la excepción.

Los resultados en este estudio no tuvieron evidencia en cuanto la relación enfermera-médico y las variables servicio y grado escolar. Estos resultados difieren de otras investigaciones dónde los servicios de áreas críticas mantienen una relación favorable.^{29,40,44} En cuanto el grado escolar se ha reportado en otros estudios que las enfermeras con mayores estudios tienden a tener mejor comunicación con los médicos.⁴⁴

Otros estudios han considerado aspectos como dotación del personal de enfermería, número de pacientes por enfermera, gravedad de pacientes y el control de su práctica influyen en la relación enfermera-medico.^{29,40,82} Otros han demostrado que la falta de comunicación interpersonal y habilidades de los médicos y enfermeras se asocian con errores, ineficiencia en la prestación de la atención, y la frustración.⁸³

Existe evidencia que vincula una mejor colaboración con mejores resultados en los pacientes, la reducción de errores de medicación específica, menor riesgo de mortalidad hospitalaria, mejorando la satisfacción del paciente y menor estancia hospitalaria.⁸⁴⁻⁸⁶ Sin embargo en otros estudios no encontraron relación entre la

colaboración enfermera-médico y resultados de los pacientes, como la mortalidad o estado de salud.⁸⁷

Los beneficios que tiene mantener una buena relación son de suma importancia por todo lo positivo que genera además de que influye positivamente con la satisfacción de las enfermeras, con la intención de permanecer en el hospital y calidad de atención que se brinda.⁴⁵

El hecho de que los médicos y las enfermeras tengan por lo menos una característica en común, un deseo personal de aprender, y que tienen por lo menos un valor compartido, para satisfacer las necesidades de sus pacientes o clientes, es un buen lugar para empezar a desarrollar este esencial.

5. Apoyo del jefe o supervisor

El liderazgo eficaz en enfermería es importante para todas las funciones tanto si la enfermera trabaja en el campo de la educación formando futuros líderes, como si es una investigadora que guía nuevos investigadores, o bien si es una administradora que proporciona apoyo y orientación al personal; como también si es una enfermera de la práctica clínica que brinda un cuidado ejemplar y comparte su conocimiento profesional, como si es alguien que proporciona orientación y apoyo a la práctica a través del desarrollo de directrices.

Para enfermeras con más experiencia, el liderazgo incorpora normas, tutorías, tareas administrativas tales como la programación y la dirección, y actividades profesionales como el trabajo en comités.⁸⁸

El presente trabajo no tuvo diferencias en cuanto al esencial apoyo del jefe o supervisor y las variables, servicio, categoría y grado escolar; pero si tuvo en el turno probablemente se deba a que el turno matutino se concentra mayor número de jefes de servicio, jefes de departamento y supervisoras lo cual permite un mayor contacto con el personal del área clínica y una percepción distinta.

Ahora bien, la calidad del liderazgo profesional en enfermería que ejercen las gestoras se ha vinculado con el logro de un buen cuidado al paciente y con el reclutamiento y permanencia de personal de enfermería.⁸⁸⁻⁹⁰

Los estudios sobre los hospitales magnéticos realizados por Kramer y Schmalenberg en los Estados Unidos entre 1985 y 2001 concluyeron que una enfermera gestora es uno de los elementos esenciales del magnetismo y que es importante crear confianza en el trabajo.⁸⁸⁻⁸⁹ Niveles elevados de apoyo por parte de los líderes coinciden con niveles bajos de prevalencia en úlceras por presión y menores tasas de mortalidad además de brindar buenas relaciones entre la enfermera y gestora y elevar la SL.^{36,35,91}

6. Adecuado personal de enfermería

En esta investigación no se identificaron diferencias significativas entre el adecuado personal de enfermería y las variables servicio, categoría y grado escolar.

Sí se presentó diferencia en cuanto el turno, esto dado que el 35% del personal se ubica en este turno.⁹² Estudios revelan que hay significancia cuando se compararan los turnos de 8 horas con los de 12 horas o cuando se realizan guardias extraordinarias de su jornada laboral es cuando cometían errores en la ministración de medicamentos, omisiones en los procedimientos y en transcripciones entre otros.⁹³

Así mismo estudios recientes realizados en los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Suiza Nueva Zelanda, Rusia y Alemania muestran que la suficiencia de personal de enfermería y la competencia de la enfermera se asocia a la calidad de atención del paciente, algunos artículos mencionan que una dotación inadecuada repercute en el porcentaje de mortalidad y riesgo de infección en los pacientes.^{47,48,50,94}

7. Preocupación por el paciente

En este estudio los resultados fueron contundentes para este esencial toda la muestra lo considera como prioritario, el turno y categoría en donde el TM es quien marca la diferencia una vez más. Lo que coincide con lo reportado en algunos estudios revisados donde más del 90% de todas las enfermeras hospitales magnéticos dijo que "la preocupación por el paciente es lo más importante", en comparación con 78% en hospitales que aspiraban a ser MH y el 58% en otros hospitales.⁹⁵

8. Control sobre la práctica de enfermería

En el esencial del magnetismo el control sobre la práctica de enfermería es el TM quien marca la diferencia. Este resultado puede explicarse como en otros esenciales porque es donde se encuentra la mayor parte de las enfermeras jefes y también condicionado por los resultados anteriores donde se tiene autonomía, mejor relación enfermera-médico, lo que la hace posesionarse en el poder de su saber y tener participación en cuestiones políticas, programas y prácticas, estos resultados son similares a lo reportado por otros autores en donde refieren que la autonomía, el grado escolar, el control de la práctica de enfermería tienen relación.⁹⁶ Los MH son los que mostraron mejores puntuaciones en cuanto a este esencial porque refieren tener mejores política.^{34,35,45}

No hubo diferencia de este esencial y las variables servicio, categoría y grado escolar. En otras investigaciones realizadas en Australia y España no se encontró presente este esencial.^{30,43}

8. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio proporcionan evidencia de que los “Esenciales del Magnetismo” (EOM del inglés Essential of Magnetism) es una medida válida y fiable de los procesos de trabajo y relaciones que el personal de enfermería se identifica como esenciales para una ambiente de trabajo productivo y satisfactorio.

Todos los esenciales del ETM se encuentran presentes en esta institución de tercer nivel de atención; sin embargo, se percibieron de manera diferente de acuerdo al turno, servicio, categoría y escolaridad.

Cabe mencionar que en el de apoyo a la educación se encontraron diferencias con todas las variables mencionadas, es importante resaltar que es imprescindible este apoyo para la mejora de la atención de enfermería.

Las enfermeras del turno matutino se percibieron más apoyo a la educación, autónomas, relación enfermera-médico, con apoyo del jefe o supervisor, adecuado personal de enfermería y con control de la práctica. Por lo que estos resultados sugieren ser considerados para la ejecución del proceso administrativo.

En general el ETM fue percibido por las enfermeras como favorable, sin embargo, es un elemento que se debe incluir en los programas de mejora continua de la calidad de los servicios de enfermería.

Las percepciones que tienen las enfermeras de la organización hospitalaria, el diseño de trabajo, y el cuidado parecerían comenzar a tener valor y tener sentido.

Para tener un personal enfermero calificado en un mercado laboral competitivo, los hospitales tendrán que desarrollar políticas de personal y beneficios comparables a los de otras líneas de trabajo y negocios, incluyendo oportunidades para el avance en la carrera, aprendizaje de por vida, liderazgo y un control mayor de su práctica.

Varias investigaciones han establecido que las condiciones de trabajo hospitalarias y lo adecuado de la contratación de personal enfermero son predictores importantes de la variación en los resultados de paciente.

9. PERSPECTIVAS

Los resultados encontrados en la investigación sugieren algunas recomendaciones para la institución:

- Fomentar la enseñanza, la educación formal, continua y la investigación en los turnos vespertino y nocturno y en todos los servicios.
- Llevar a cabo una evaluación de las necesidades y desarrollar un plan de formación para la institución.
- Crear un clima que apoye la práctica de enfermería seguramente aumentará el nivel de práctica autónoma.
 - Definir claramente las expectativas para la práctica clínica autónoma.
 - Para la práctica autónoma se requiere de una base de conocimientos de enfermería, por lo tanto, la implementación de estrategias para aumentar la competencia de las enfermeras mediante la creación de un ambiente de aprendizaje puede fomentar la autonomía.
 - En la visita médica asegurar que la enfermera contribuya en la toma de decisiones sobre el plan de tratamiento de los pacientes por que la enfermera está en condiciones de distinguir los cambios de salud de un paciente.
 - Realizar sesiones clínicas de enfermería que destaquen la práctica autónoma.

- Contar con personal de enfermería que guíe y favorezcan la contribución de decisiones clínicas independientes a enfermeras novatas.
- Frente a acciones inapropiadas realizar comentarios constructivos que puedan servir de guía práctica de enfermería autónoma.
- Evaluar la práctica autónoma para reflexionar sobre el grado de autonomía en la toma de decisiones.
- Crear relaciones de colaboración entre la enfermera y el médico en todos los turnos
 - Sensibilizar a los médicos y las enfermeras de que sus perspectivas disciplinarias se valoran, con la singularidad de cada profesión siendo una ventaja para el paciente.
 - Mantener empatía, motivación y relaciones de colaboración interdisciplinaria.
 - Crear más oportunidades para la colaboración y la comunicación a través de foros abiertos, debates en grupo y talleres de colaboración.
 - Disponer de programas de capacitación y educación para las enfermeras y los médicos que se centren en mejorar el trabajo en equipo y las relaciones de trabajo.
- Promover el control de la práctica de enfermería, ya que deben tener el derecho y el poder de tomar decisiones que afectan a las reglas que rodean su práctica.

- Las enfermeras deben incluirse con los médicos y administradores en los principales comités de la organización que establecen las políticas de atención al paciente y los procedimientos.
- Impulsar a las enfermeras a hacer programas y decisiones sobre los recursos sin tener que pasar por varios procedimientos burocráticos que frenan la innovación y la aplicación.
- Fomentar la gestión participativa en políticas de la práctica, cuestiones de la práctica y las cuestiones del personal que afectan a las enfermeras.
- Hacer saber que todas las enfermeras pueden reconocer las contribuciones de sus colegas en distintas funciones y ajustes de la práctica, y así ayudar a valorar la profundidad y el alcance de la profesión de enfermería.
- Realizar una revisión de la distribución del recurso humano en enfermería en los diferentes turnos, tomando en cuenta los cuidados de enfermería que requiere el paciente.
- Desarrollar y revisar las herramientas de medición de la carga de trabajo para dejar tiempo a la reflexión y el aprendizaje.
- Los gestores de enfermería podrán generar confianza y ofrecer apoyo para mejorar la acción colectiva hacia un entorno de trabajo más saludable.

Recomendaciones para los interesados en investigar el tópico:

- El instrumento de evaluación podría utilizarse en otras instituciones.
- Considerar si el esencial “la preocupación por el paciente” se incluye o no en el instrumento y valorar los puntos de corte.

- Establecer y desarrollar proyectos en los que se correlacionen los resultados del ETM con la calidad de atención otorgada a los(as) pacientes atendidos en las Instituciones de salud. Así como con la productividad y satisfacción del personal de enfermería.

10. LIMITACIONES

Es pertinente mencionar que al principio de la maestría la investigación del ETM estaba enfocada a ser comparativa en dos instituciones de salud con grandes diferencias, en antigüedad de servicio, nivel de atención y población a la que se atiende; pero una de las instituciones cerró sus instalaciones por tal motivo sólo se realizó la investigación en una Institución de salud.

El ser un estudio transversal y el hecho que la muestra no fue probabilística obliga a considerar que los resultados aquí presentes deben ser interpretados en su justa dimensión.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ¹ Organización Panamericana de la Salud. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. 2001. OPS. 223-256.
- ² Organización Mundial de la Salud. Sistemas de salud. OMS. Ginebra. 2012. Disponible en: http://www.who.int/topics/health_systems/es/index.html
- ³ Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es un sistema de salud?. OMS. Ginebra. 2005. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html>.
- ⁴ Soto EG. Lutzow SMA. González GR. Rasgos Generales del Sistema de Salud en México. Facultad de Medicina UNAM México 2008. Disponible en: <http://goo.gl/Exk4B8>
- ⁵ Gómez DO, Sesma S. Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud pública México 2011; 53(2):220-232
- ⁶ Institución Nacional de Estadística Geografía e Informática. Clasificación de Instituciones de Salud. INEGI. México. 2006. 1-29.
- ⁷ Salud Pública de México. Información básica sobre recursos del Sistema Nacional de Salud, 2001. Salud pública de México 2002; 44(5): 476-485.
- ⁸ Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. Conferencia Sanitaria Panamericana. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C. 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/csp27-10-s.pdf>
- ⁹ Dal Poz MR; Gupta N, Quiain E, Soucat A. Organización Mundial de la Salud. Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. OMS. Ginebra, Suiza. 2009: 3-13.
- ¹⁰ Dirección General de Información en Salud. Base de datos de recursos de la Sistema Nacional de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2000-2007. México. Secretaría de Salud. Disponible en: www.sinais.salud.gob.mx/recursos-humanos/index.html
- ¹¹ Consejo Internacional de Enfermería. Definición de enfermería. CIE.2010. Ginebra, Suiza Disponible en: <http://www.icn2013.ch/es/>

¹² Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Plan de desarrollo institucional 211-215. México. 2011. 32-47.

¹³ Secretaría de Salud. Situación de salud en México 2008. Indicadores básicos. México. 2008. Secretaría de Salud. Disponible en URL: www.sinais.salud.gob.mx/.../básicos.html

¹⁴ Balderas PM. Administración de los servicios de enfermería. 5ª. Edición. México: Editorial Mc. Graw Hill, 2009: 105-119, 127.

¹⁵ Castrillón M C, Orrego S, Nájera RM. La práctica de la educación y la regulación de enfermería en el contexto de las reformas al sector salud en Colombia. En: Memorias VIII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. ACOFAEN, Bogotá 2000.

¹⁶ Malvárez MS, Castrillón AC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. OPS. Washington, D.C. 2005. pp. 1-28.

¹⁷ Chiang VM, Salazar BM, Martín RM, Núñez PA. Clima organizacional y satisfacción laboral. Una comparación entre hospitales públicos de alta y baja complejidad. Salud tra; 2011. 19(1):5-16

¹⁸ Dessler G. Organización y Administración. Prentice Hall Interamericana, México, 1993. p.181-183

¹⁹ Brunet L. El clima de trabajo en las organizaciones. Trillas. México. 1997. p. 17-19, 45-50

²⁰ Rojas M, Tira RL, Pacheco R. Escamilla R, López M. El clima laboral en las unidades de hemodiálisis en México. Un estudio transversal. Revista Nefrología 2011;3(1):76-83.

²¹ Sandoval-Caraveo M.C. Concepto y dimensiones del Clima Organizacional. Hitos de ciencias económicas administrativas 2004; 27:33-40.

²² Regional guidelines for the development of healthy workplaces. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific November 1999. Disponible en URL: http://www.who.int/occupational_health/publications/wproguidelines/en/index.html

²³ Psychologically Healthy Workplace Program. Psychologically Healthy Workplace Award. Washington, D.C. 2002. Disponible en: <http://www.phwa.org/>

- ²⁴ Mc Clure M, Paulin M, Sovie M. Magnet Hospitals Attraction and Retention of Professional Nurses (The original study) [En línea] Disponible en: URL http://www.venvn.nl/portals/20/dossiers/magnet_hospitals_original_study.pdf
- ²⁵ American Nurses Credentialing Center. Magnet Recognition Program: Application Manual 2005. Silver Spring, MD: American Nurses Credentialing Center. 2004.
- ²⁶ Aiken, L. Smith H. Lake E. Lower Medicare mortality among a set of hospitals Known for good nursing care. Medical Care. 1994; 32(8):771-87.
- ²⁷ Buchan J, Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. Journal of Advanced Nursing. 1994; 19:373-84.
- ²⁸ Kramer M. The Magnet Hospital: Excellence revisited. Journal of Nursing Administration. 1990;20(9):35-34.
- ²⁹ Aiken LH, Havens DS, Sloane DM. The Magnet nursing services recognitions program. Am J Nurs 2000;100(3):26-35.
- ³⁰ Lake ET. 2002 citado en Middleton S, Griffiths R, Fernandez R, Smith B. Nursing practice environment: How does one Australian hospital compare with magnet hospitals? International Journal of Nursing Practice; 2008; 14:366-372.
- ³¹ Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte I. Nursing. 2005; 23(3):8-13.
- ³² Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo No. 6. OMS. Disponible en: URL http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud
- ³³ Laschinger HK, Leiter MP. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. J Nurs Adm. 2006 May; 36:259-67.
- ³⁴ Robert JL, Lake TE, Aiken LH, Variations in Nursing Care Quality across Hospitals. J Adv Nurs. 2009; 65 (11): 2299-2310.
- ³⁵ Aiken, L. Poghosyan L. Evaluation of Magnet Journey to Nursing Excellence Program in Russia and Armenia. J. Nurs Scholarsh. 2009; 41(2):166-174.

- ³⁶ Kramer M, Schmalenberg, C, Pat M. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte III. Nursing. 2005; 23(5):14-17.
- ³⁷ Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clearke H, et. Al. Nurses' reports on hospital care in five countries. Health affairs. 2001; 20(3):43-54.
- ³⁸ Weston MJ. Strategies for Enchancing Autonomy and Control Over Nursing Practice Estrategias para la mejora de la autonomía y control sobre la Práctica de Enfermería.[En línea]. 2010; ojin: El Diario en línea de las cuestiones en Enfermería 15(2), Manuscrito 2. Disponible en URL: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Enhancing-Autonomy-and-Control-and-Practice.aspx>
- ³⁹³³ Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte II.Nursing. 2005; 23(4):15-19.
- ⁴⁰ Upenieks VV. The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. Health Care Manag 2003; 22(2):83-98.
- ⁴¹ Rosenstein AH. Nurse-Physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. AJN; 2002; 102(6):26-34.
- ⁴² Chen Y, Johantgen M. Magnet Hospital attributes en Eurpean Hositals; A multilevel model of job satisfaction. International Journal compilation. 2010; 57:78-84.
- ⁴³ García GN, García PR, Vila PM, Torres RP Moreno, AM. Entorno clínico de la enfermera de hemodiálisis en la provincia de Cádiz. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2004; 7(3): 150-156.
- ⁴⁴³⁸ Havens, DS. Comparing nursing infrastructure and outcomes: ANCC Magnet and nonmagnet CNE's report. Nurs Econ, 2001; 19:258-66.
- ⁴⁵ Van P, Clarke S, Vermeyen K, Meulemans H, Van de Heyning P. Practice environments and their association with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. Int J Nurs Stud. 2009; 46: 55-65.

- ⁴⁶ Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Conference Paper. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14(1):5-13
- ⁴⁷ Donaldson N, Burnes L, Aydin C., Brown D, Elashoff J, Sandhu M. Impact of California's licensed nurse-patient ratios on unit-level nurse staffing and patient outcomes, Policy, Politics, and Nursing Practice. 2005; 6(3):198-210
- ⁴⁸ Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control.* 2012; 40(6): 486-490
- ⁴⁹ Sovie MD, Jawad AF. Hospital restructuring and its impact on outcomes: nursing staff regulations are premature. *J Nurs Admin.* 2001;31:588-600.
- ⁵⁰ Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA.* 2002;288:1987-1993
- ⁵¹ Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo No. 6. OMS. Disponible en: URL http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud
- ⁵² OMS, OPS. Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo No. 6. Disponible en: URL http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf
- ⁵³ Aldana-González O, Hernández-González S, Aguirre-Bautista E, Hernández-Solórzano Sandy. Clima organizacional en una unidad de segundo nivel de atención. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2009; 17(2):91-96.
- ⁵⁴ Puch Ceballos C, Chávez Ramírez D, Almeida Perales C. Diagnóstico del clima organizacional del hospital de la mujer zacatecana 2012; 13(4): 1-9.
- ⁵⁵ Cortés Jiménez N. Diagnóstico del clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver; 2009. [tesis]. México. Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública. 2009.
- ⁵⁶ Camacho R. Mucho que ganar, nada que perder. Competencias: Formación integral de individuos, ST editorial. 2008

- ⁵⁷ Kramer M, Hafner LP. Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research* 1989;38(3):172-177.
- ⁵⁸ Ley General de salud. México. Disponible en: URL <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
- ⁵⁹ Schmalenberg C, Kramer M. Essential of a productive Nurse Work Environment. *Nursing Research*. 2008; 57(1):2-13
- ⁶⁰ Kramer M., Maguire P, Schmalenberg C, Brewer B, Burke R, Chmielewski, et al. Nurse Manager Support: what is it and structures and practices that promote it. *Nursing Administration Quarterly* 2007b; 31 (4), 325–340.
- ⁶¹ Schmalenberg C. Kramer M. Clinical Units with the Healthiest Work Environments. *Crit Care Nurse* 2008; 28:65-77.
- ⁶² Schmalenberg C., Kramer M., King CR, Krugman M, Lund C, Poduska D, Rapp D. Excellence through evidence: securing collegial/collaborative nurse–physician relationships, part 1. *Journal of Nursing Administration* 2005a; 35 (10), 450–458.
- ⁶³ Schmalenberg C., Kramer M., King C, Krugman M, Lund C, Poduska D, Rapp D. . Excellence through evidence: securing collegial/collaborative nurse–physician relationships, part 2. . *J Nurs Adm* 2005b; 35 (11), 507–514.
- ⁶⁴ Schmalenberg C., Kramer M., Brewer B. et al. Clinically competent peers and support for education: structures and practices that work. *Crit Care Nurse* 2008; 28 (3), 54–65.
- ⁶⁵ Kramer M., Maguire P. & Schmalenberg C. Excellence through evidence: the what, when, and where of clinical autonomy. *J Nurs Adm* 2006; 36 (10), 479–491.
- ⁶⁶ Mensik J.S. The essentials of magnetism for home health. *Journal of Nursing Administration* 2007; 37 (5), 230–234.
- ⁶⁷ American Association of Critical-Care Nurses. AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *American Journal of Critical Care* 2005; 14 (3), 187–197.
- ⁶⁸ Albion MJ, Fogarty GJ, Machin MA. Benchmarking occupational stressors and strain levels for rural nurses and other health sector workers. *J Nurs Manag.* 2005 September: 13, 411–418.

- ⁶⁹ Stordeur S, D'Hoore W. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *J Adv Nurs*. 2007; 57:45–58.
- ⁷⁰ Siu OL. Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *J Adv Nurs*. 2002; 40(2):218–219.
- ⁷¹ Glisson C, Dukes D, Green P. The effects of the ARC organizational intervention on caseworker turnover, climate, and culture in children's service systems. *Child Abuse Negl*. 2006; (30):855–880.
- ⁷² Goode CJ, Pinkerton S, McCausland MP, Southard P, Graham R, Krsek C. Documenting chief nursing officers' preference for BSN-prepared nurses. *J Nurs Adm* de 2001; 31 (2):55-59.
- ⁷³ Spratley E, Johnson A, Sochalski J, Fritz M, Spencer W. The registered nurse population March 2000: findings from the national simple survey of registered nurses. Rockville: Division of Nursing, Bureau of Health Professions, Health Resources and Services Administration, US Department of Health and Human Services; 2001.
- ⁷⁴ Schmalenberg C, Kramer M. Types of intensive care units with the Healthiest. Most productive work environments. *Am J Crit Care* 2007; 16: 458-466.
- ⁷⁵ Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003;. 290 (12) :1617-1623.
- ⁷⁶ Tourangeau AE, Doran DM, McGillis Hall L, O'Brien Pallas L, Pringle D, Tu JV, Cranley LA. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *J Adv Nurs*. 2006; 57 (1):32-44.
- ⁷⁷ Boumans NPG, Landeweerd JA. Working in an intensive or non-intensive care unit: does it make any difference. *Hearth Lung*; 1994; 23 (1): 71-79.
- ⁷⁸ Aiken L, Clark S. Sloane D, Lake E, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*; 38;223-229
- ⁷⁹⁷³ Mark B, Lindley L, Jones C. Nurse working conditions and nursing unit costs. *Policy, Politics, & Nursing*, 10, 120-128
- ⁸⁰ Gordon NS, Wimpenny P. A critical reflection on the personal impact of managerial hegemony within nurse education. *J Adv Nurs*. 1996; 23 (3): 479-486.

- ⁸¹ Rafferty AM, Ball J, Aiken LH. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Qual Health Care*. 2001; 10 Suppl 2: 32-37.
- ⁸² Havens, DS. Comparing nursing infrastructure and outcomes: ANCC Magnet and nonmagnet CNE's report. *Nurs Econ*, 2001;19:258-66.
- ⁸³⁷⁷ Schaefer HG, Helmreich RL. The importance of human factors in the operating room. *Anesthesiology*. 1994; 80(2):479
- ⁸⁴ Arford PH. La comunicación enfermera-médico: una responsabilidad organizativa *Enfermería Econ* 2005; 23:72-77.
- ⁸⁵ Croskerry P, Shapiro M, Campbell S, LeBlanc C, Sinclair D, Wren P, Marcoux M. Profiles in patient safety: medication errors in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2004; 11:289-299.
- ⁸⁶ Estabrooks CA, Midodzi WK, GG Cummings. El impacto de las características de enfermería del hospital de mortalidad a los 30 días. *Enfermería Res*. 2005; 54 : los 74-84
- ⁸⁷ Zimmerman JE, Shortell SM, Rousseau DM, Duffy J, Gillies RR, Knaus WA, et al. Improving intensive care: observations based on organizational case studies in nine intensive care units: a prospective, multicenter study. *Crit Care Med* 1993 :1443-51
- ⁸⁸ Kramer M, Schmalenberg C. Magnet hospitals Part I: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 1988; 18(1):13-24
- ⁸⁹ Kramer M, Schmalenberg C. Magnet hospitals Part II: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 1988; 18(2):1-11
- ⁹⁰ McClure M, Poulin M, Sovie M, Wandelt M. Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses (The original study). Disponible en: http://www.venvn.nl/portals/20/dossiers/magnet_hospitals_original_study.pdf
- ⁹¹ Romanow R. Building on values: The future of health care in Canada, Ottawa, On: Governments of Canada.
- ⁹² Comisión Interinstitucional de Enfermería. Guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería. CIE. México, 2003.

⁹³ Rogers A, Hwang W. Scott L. Aiken L, Dinges D. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health affaires, 2004 23(4):202-212

⁹⁴ McGillis Hall L. Adopción de decisiones sobre la combinación de capacidades para la enfermería Centro internacional para los recursos humanos de enfermería 3, place Jean-Marteau, Ginebra, Suiza. 2009: 1201

⁹⁵ Nurse credentialing Center. Disponible en: <http://www.nursecredentialing.org/ancc/magnet/history.html>

⁹⁶ Kramer M, Schmalenberg C. Confirmation of a healthy work environment. Crit Care Nurse. 2008; 28(2):56-63 .

⁹⁷ Real Academia Española. Disponible en: URL: [http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=sexo,](http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=sexo) edad, antigüedad, turno, categoría.

Anexos

Anexo 1.

Operacionalización de las variables				
Variable	Definición operacional	Forma de medirlo	Propiedades y operaciones	Niveles de medición
Entorno de trabajo magnético	Es un ambiente positivo que atrae y retiene al profesional de enfermería. Favorece los cuidados de calidad para los pacientes y mejora la satisfacción, la productividad y los resultados de las enfermeras y de las organizaciones. ²⁴⁻²⁷ Evaluado a través de los 8 esenciales del magnetismo.	[4] Siempre. [3] Algunas veces. [2] Pocas veces. [1] Nunca. De 40 a 160 puntos.	=, ≠, >, <	Ordinal
Apoyo a la educación.	Es la ayuda que se da para actualizarse y/o capacitarse puede ser con tiempo o dinero. Además de las formas de recompensa contempladas por el hospital para premiar la formación y la valoración de la formación por la institución. ³¹	[4] Siempre. [3] Algunas veces. [2] Pocas veces. [1] Nunca. De 1 a 20 puntos.	=, ≠, >, <	Ordinal
Trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes	Conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que poseen las enfermeras que le permiten la realización exitosa de su labor. ⁵⁶	[4] Siempre. [3] Algunas veces. [2] Pocas veces. [1] Nunca. De 1 a 20 puntos.	=, ≠, >, <	Ordinal
Autonomía	Libertad para que el profesional realice y tome decisiones clínicas independientes, de acuerdo a su real saber y entender, proporcionando asistencia de enfermería en todo el ámbito de la práctica. ³⁸⁻³⁹	[4] Siempre. [3] Algunas veces. [2] Pocas veces. [1] Nunca. De 1 a 20 puntos.	=, ≠, >, <	Ordinal I
Las buenas relaciones y comunicación enfermera-médico.	Trato de confianza mutua; de poder, respeto y cooperación basado en la reciprocidad en lugar de igualdad; así como el intercambio de conocimiento. ³¹	[4] Siempre. [3] Algunas veces. [2] Pocas veces. [1] Nunca. De 1 a 20 puntos.	=, ≠, >, <	Ordinal
Apoyo del jefe o supervisor.	Cooperación de los líderes de enfermería para influir en la productividad y en el grado de satisfacción que obtienen con su trabajo el personal de enfermería. ³⁶	[4] Siempre. [3] Algunas veces. [2] Pocas veces. [1] Nunca. De 1 a 20 puntos.	=, ≠, >, <	Ordinal

Adecuado personal de enfermería.	La percepción que tienen los propios profesionales de enfermería respecto a la adecuación de la plantilla está influida por otros factores; el grado de competencia profesional de los compañeros, la buena relación entre los componentes de la plantilla, la informatización de los registros y prescripciones, el número de nuevos graduados y de enfermeros correturnos, el grado de autonomía permitido, la idoneidad del apoyo y de los servicios auxiliares, y el sistema de cuidados que se proporciona. ³⁶	[4] Siempre. [3] Algunas veces. [2] Pocas veces. [1] Nunca.	=, ≠, >, <	Ordinal
		De 1 a 20 puntos.		
La preocupación del paciente.	Interesarse en la persona enferma, siendo la prioridad del trabajo de todo el grupo. ³⁹	[4] Siempre. [3] Algunas veces. [2] Pocas veces. [1] Nunca.	=, ≠, >, <	Ordinal
		De 1 a 20 puntos.		
El control sobre la práctica de enfermería y el medio ambiente de la práctica	Es un proceso participativo promovido por una estructura visible, organizada y viable a través de la cual los profesionales de enfermería reciben aportaciones y participan en el proceso de toma de decisiones relativo a los protocolos y normas de práctica clínica, así como en todas las cuestiones laborales que afectan a los enfermos. ³⁸	[4] Siempre. [3] Algunas veces. [2] Pocas veces. [1] Nunca.	=, ≠, >, <	Ordinal
		De 1 a 20 puntos.		
Sexo	Condición orgánica de los seres humanos ⁹⁷ .	1. Femenino. 2. Masculino.	=, ≠	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona ⁹⁷ .	Por años cumplidos.	=, ≠, >, <, ↔, 0 relativo	Intervalar
Antigüedad en la institución	Tiempo que alguien ha permanecido en su empleo ⁹⁷ .	Por años cumplidos.	=, ≠, >, <, ↔, 0 relativo	Intervalar
Turno laboral	Conjunto de trabajadores que desempeñan su actividad al mismo tiempo, según un orden establecido	1. Turno matutino 2. Turno vespertino	=, ≠	Nominal

	previamente ⁹⁷ .	3. Turno nocturno		
Formación académica	Ultimo grado escolar que sustenta una persona.	1. Maestría 2. Especialidad 3. Licenciatura en enfermería 4. Postécnico 5. Nivel técnico	=, ≠, >, <	Ordinal
Categoría	Clase establecida en una profesión carrera o actividad ⁹⁷ .	1. Jefe de servicio 2. Enfermera especialista "C" 3. Enfermera especialista "B" 4. Enfermera especialista "A" 5. Enfermera general "C" 6. Enfermera general "B" 7. Enfermera general "A"	=, ≠, >, <	Ordinal
Puesto que desempeña	Labor que realiza dentro de la institución	1. Administrativo 2. Operativo	=, ≠, >, <	Ordinal
Servicio	Área de trabajo designada dentro de una institución.	El que aparezca.	=, ≠	Nominal

Anexo 2.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Coordinación de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría en Enfermería
"Entorno de Trabajo Magnético"



Solicitamos su valiosa cooperación para contestar algunas preguntas, no requiere de mucho tiempo, no hay respuesta incorrecta o correcta. La información que proporcione es importante, anónima y confidencial.

Instrucciones:

1. Lea detenidamente cada una de las preguntas que se presenta a continuación.
2. Cualquier duda con respecto a la interpretación de alguna pregunta, consulte al encuestador.
3. Responda todas las preguntas.

I. Datos sociodemográficos: Marque con una "X" la opción que considere usted.

1. Sexo

- 1 Femenino
- 2 Masculino

2. Edad _____ (Años cumplidos)

3. Indique su categoría contractual dentro del instituto

- 1 Jefe de servicio
- 2 Enfermera especialista "C"
- 3 Enfermera especialista "B"
- 4 Enfermera especialista "A"
- 5 Enfermera general "C"
- 6 Enfermera general "B"
- 7 Enfermera general "A"

4. Puesto que desempeña en la Institución _____

5. Servicio al que está adscrito: _____

6. Turno

- 1 Matutino
- 2 Vespertino
- 3 Nocturno

7. Antigüedad en la institución _____ (años cumplidos)

8. ¿Cuál es su nivel académico? (Último grado de estudios)

- | | |
|--|--|
| 1 Doctorado <input type="checkbox"/> | 4 Licenciatura <input type="checkbox"/> |
| 2 Maestría <input type="checkbox"/> | 5 Postécnico <input type="checkbox"/> |
| 3 Especialidad (posgrado) <input type="checkbox"/> | 6 Nivel técnico <input type="checkbox"/> |

II. Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y marque con un “X” la opción que crea usted conveniente, tomando en cuenta la siguiente escala que se proporciona.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Siempre
1	2	3	4

Apoyo a la educación:	1	2	3	4
1. Durante mi más reciente formación académica [estudios de Posgrado - Especialidad y/o Maestría-, Licenciatura, Cursos posttécnicos, Diplomados, cursos monográficos, Congresos etc.) tuve apoyo económico de mi institución para participar.				
2. Recibí apoyo en tiempo (beca completa u horas beca, cambio de descanso etc) para asistir a mi más reciente formación académica (estudios de Posgrado - Especialidad y/o Maestría-, Licenciatura, Cursos posttécnicos, Diplomados, cursos monográficos, Congresos etc.)				
3. Otorgar un mejor cuidado de enfermería es lo decisivo para recibir apoyo institucional (económico o en tiempo) para asistir a una actividad académica.				
4. He obtenido reconocimiento de la formación académica recibida (cambios de categoría).				
5. He participado en mi institución en el programa de Estímulo de Calidad en Enfermería.				
Dentro de la Institución y de mi servicio tengo la seguridad de:				
6. Que la práctica de enfermería está sustentada en los conocimientos de la profesión.				
7. Que mis colegas son hábiles para realizar su trabajo.				
8. Que mis colegas se encuentran dispuestas a colaborar con el grupo de trabajo.				
9. Que el nivel académico del grupo de enfermería es una evidencia de competencia en el trabajo.				
10. Que la labor de mis colegas garantiza el éxito del cuidado.				
Dentro de la Institución y de mi servicio:				
11. Tengo la libertad de realizar intervenciones acordes a la situación clínica del paciente (dependiendo de mi categoría laboral y mi nivel de competencia profesional).				
12. Tomo decisiones pertinentes acorde a cada situación que se me presente.				
13. La toma de decisiones independientes de la enfermera son apoyadas por la institución.				
14. Tengo el suficiente conocimiento para proporcionar cuidados de enfermería independientes.				

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Siempre
1	2	3	4

Dentro de la Institución y de mi servicio:	1	2	3	4
15. Cuento con entera libertad de acción.				
La relación que guardo con el grupo médico es:				
16. De confianza mutua.				
17. De respeto hacia mí trabajo.				
18. De interés sobre mis opiniones para el mejor cuidado del paciente.				
19. De intercambio de conocimientos en beneficio del paciente.				
20. De enseñanza mutua.				
El apoyo por parte de la subdirección de enfermería:				
21. Visualiza el sistema necesario para alcanzar una práctica de enfermería de excelencia.				
22. Permite reducir las tareas que no son propias de enfermería.				
23. Fomenta las relaciones de confianza.				
24. Facilita los recursos necesarios para el cuidado de los pacientes.				
25. Reconoce el valor de los demás y elogia sus éxitos.				
Dentro de mi servicio el personal que integra la plantilla de enfermería:				
26. Se plantea objetivos y tienen la capacidad de cumplirlos.				
27. Mantiene relaciones cordiales en cualquier situación de trabajo.				
28. Es acorde a la situación del paciente.				
29. Favorece la revisión de casos clínicos entre colegas.				
30. Permite otorgar cuidado a los pacientes de manera oportuna.				

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Siempre
1	2	3	4

Dentro de mi servicio:	1	2	3	4
31. Procuero dar atención de calidad a mis pacientes.				
32. Las necesidades de los pacientes es lo prioritario.				
33. En la práctica el cuidado de los pacientes es lo que motiva.				
34. Lo primordial es el cuidado con seguridad del paciente.				
35. Me siento satisfecha en la medida que el paciente sale adelante.				
En esta Institución, las enfermeras:				
36. Realizan protocolos para mejorar su práctica clínica.				
37. Dictan las normas de cómo realizar sus actividades.				
38. Son eficaces por cómo se organizan para trabajar.				
39. Son respetadas por el equipo de salud en sus decisiones.				
40. Participan en los procesos de toma de decisión.				

Solicito a usted verificar que no queden preguntas sin contestar.

Gracias por su cooperación.

Anexo 3.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Coordinación de Estudios de Posgrado

Programa de Maestría en Enfermería



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente expreso que acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“Entorno de Trabajo Magnético en una Institución de Salud de tercer nivel de atención del D.F.”** registrado y aprobado ante la Comisión Nacional de Investigación Científica del Instituto Nacional de Rehabilitación con el número

He sido informado (a) que el objetivo del mismo es analizar el ETM en una institución de salud de tercer nivel del Distrito Federal.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder a las preguntas que se me hagan en relación a la administración en enfermería.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la investigación.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

Enfermera

Investigador

Nombre y firma.

Nombre, no. empleado y firma.

Anexo 4.



**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
DIRECCIÓN QUIRÚRGICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**

México, D. F., a 4 de junio del 2012.

**L.E.O. MARIA ELENA RODRÍGUEZ RASO
P R E S E N T E.**

En respuesta a su solicitud de realizar el protocolo de investigación titulado **“Análisis del entorno de trabajo magnético en una institución de salud del Distrito Federal,”** le informo que después de ser revisado y analizado por esta Subdirección se le autoriza llevarlo a cabo en el periodo comprendido de junio del 2012 a junio del 2014. Así mismo le comunico que el número de registro del protocolo es **02/2012**.

Cabe mencionar que deberá entregar informes bimestrales de los avances del protocolo a esta Subdirección.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo

Atentamente

M.A.H. Leticia González González
Subdirectora de Enfermería