



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN ENFERMERÍA

**ENFERMERÍA NEUROLÓGICA: OPINIÓN Y PERSPECTIVAS SOBRE LAS
HABILIDADES Y DESTREZAS PARA EJERCER LA AUTONOMÍA DE
PRÁCTICA EN UN INSTITUTO DE ALTA ESPECIALIDAD**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN ENFERMERÍA
(CIENCIAS DE LA SALUD)

PRESENTA:

CARLOS ALFREDO UGALDE BASABE

TUTOR: DR. GUSTAVO HUMBERTO NIGENDA LÓPEZ

CO-TUTOR: DR. REY ARTURO SALCEDO ÁLVAREZ

ENEO – UNAM

CIUDAD DE MÉXICO, MAYO 2023



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.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se llevó a cabo en el Programa de Maestría y Doctorado en Enfermería, con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), con número de becario/CVU: 860419

El trabajo se desarrolló en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Al Dr. Gustavo Humberto Nigenda López por el tiempo dedicado a la elaboración de este trabajo, sus aportaciones y su valiosa experiencia.

Al Dr. Rey Arturo Salcedo Álvarez por su asesoría, por sus consejos útiles y prácticos para la elaboración de este trabajo.

Al Dr. Ariel Vilchis Reyes, a la Mtra. Elsa Correa Muñoz y a la Dra. Gladis Patricia Aristizabal Hoyos por sus acertadas aportaciones para enriquecer el trabajo.

Al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía por la disposición y buen ánimo para colaborar y participar en esta investigación.

DEDICATORIAS

A mis padres, por inculcarme valores de responsabilidad, constancia, esfuerzo, perseverancia.

A mi hermana, por apoyarme en este camino y brindarme alegrías en días difíciles.

A mi tía y a mi abuela, por brindarme su comprensión y apoyo para lograr este trabajo.

A Rosa, por acompañarme, comprenderme y estar para mí cuando más lo necesité.

A mis profesores y compañeros que me brindaron conocimientos, experiencia y consejos para culminar de la mejor forma.

A todas las personas que supieron de este proyecto y me brindaron su apoyo.

RESUMEN

ANTECEDENTES: La historia de la enfermería nos muestra un crecimiento muy importante en cuanto al ejercicio de la profesión. Lo anterior ha permitido la incorporación de conceptos que cobran relevancia, entre ellos la autonomía, el cual no siempre fue considerado con el valor que quizá ahora se le otorga.

OBJETIVO: Identificar la autopercepción de los profesionales de la enfermería sobre sus habilidades y destrezas para ejercer la autonomía de práctica dentro de una institución de alta especialidad.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, de corte transversal. La finalidad del estudio será describir la frecuencia y las características más importantes de un fenómeno particular (autonomía) en una población (profesionales de enfermería).

RESULTADOS: Los resultados han identificado diferentes dimensiones que tienen que ver con la autonomía profesional de enfermería, en donde en la mayoría de los ítems evaluados en el instrumento destacan con porcentajes que van desde el 60% hasta el 80% en rubros como en la libertad en la planificación de cuidados que tienen los enfermeros dentro de su centro de trabajo o en qué toman decisiones independientes dentro del mismo.

CONCLUSIONES: Este estudio permitió identificar el nivel de autonomía que ejercen y perciben los profesionales de la enfermería en el cuidado de las personas; esto con el fin de develar, conocer y explorar la forma en como el enfermero percibe la autonomía en su práctica clínica. En el ejercicio cotidiano y el quehacer diario los profesionales aún tienen limitaciones en el ejercicio de la autonomía.

PALABRAS CLAVE: nursing care, autonomy, autonomía profesional, enfermería.

ABSTRACT

BACKGROUND: The history of nursing shows us a very important growth in terms of the practice of the profession. This has allowed the incorporation of concepts that are becoming relevant, including autonomy, which was not always considered with the value that perhaps is now given to it.

OBJECTIVE: To identify the opinions and perspectives of nursing professionals on their abilities and skills to exercise autonomy of practice within a highly specialized institution.

METHODOLOGY: This is a quantitative, descriptive, observational, cross-sectional study. The purpose of the study will be to describe the frequency and the most important characteristics of a particular phenomenon (autonomy) in a population (nursing professionals).

OUTCOMES: The results have identified different dimensions that have to do with nursing professional autonomy, where most of the items evaluated in the instrument stand out with percentages ranging from 60% to 80% in areas such as freedom in the planning of care that patients have within their workplace or in what they make independent decisions within it.

CONCLUSIONS: This study was able to identify the level of autonomy exercised and perceived by nursing professionals in caring for people; this in order to reveal, know and explore the way in which the nurse perceives autonomy in his clinical practice. In the daily exercise and daily tasks, professionals still have limitations in the exercise of autonomy.

KEY WORDS: nursing care, autonomy, professional autonomy, nursing.

RESUMO

CONTEXTO: A história da enfermagem nos mostra um crescimento muito importante no exercício da profissão. Isso tem permitido a incorporação de conceitos que estão se tornando relevantes, entre eles a autonomia, que nem sempre foi considerada com o valor que talvez agora lhe seja atribuído.

OBJETIVO: Identificar as opiniões e perspectivas dos profissionais de enfermagem sobre suas habilidades e habilidades para o exercício da autonomia de prática em uma instituição altamente especializada.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, observacional, transversal. O objetivo do estudo será descrever a frequência e as características mais importantes de um determinado fenômeno (autonomia) em uma população (profissionais de enfermagem).

RESULTADOS: Os resultados identificaram diferentes dimensões que têm a ver com a autonomia profissional de enfermagem, onde se destaca a maioria dos itens avaliados no instrumento com percentuais que variam de 60% a 80% em áreas como a liberdade no planejamento dos cuidados que os pacientes têm dentro de seu local de trabalho ou no que eles tomam decisões independentes dentro dele.

CONCLUSÕES: Este estudo possibilitou identificar o nível de autonomia exercido e percebido pelos profissionais de enfermagem no cuidado às pessoas; isso no sentido de revelar, conhecer e explorar a forma como o enfermeiro percebe a autonomia em sua prática clínica. No exercício diário e nas tarefas cotidianas, os profissionais ainda apresentam limitações no exercício da autonomia.

PALAVRAS-CHAVE: cuidado de enfermagem, autonomia, autonomia profissional, enfermagem.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.- ANTECEDENTES

3.- JUSTIFICACIÓN

4.- OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.- MARCO TEÓRICO

5.1.- MARCO FILOSÓFICO

5.1.1.- EL PODER: MICHEL FOUCAULT

5.1.2.- EL PODER Y LA REVOLUCIÓN PERMANENTE: PIERRE

BOURDIEU

5.1.3.- LA LEGITIMIDAD DEL PODER: MAX WEBER

5.2.- AUTONOMÍA DE ENFERMERÍA

5.3.- LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

5.4.- LÍMITE LEGAL DE LA AUTONOMÍA DE ENFERMERÍA

5.5.- EDUCACIÓN Y AUTONOMÍA DE ENFERMERÍA

5.6.- SOCIOLOGÍA DE LAS PROFESIONES

6.- METODOLOGÍA

6.1.- TIPO DE ESTUDIO

6.2.- UNIVERSO

6.3.- POBLACIÓN

6.4.- MUESTRA

6.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

6.6.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

6.7.- TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

6.8.- PRUEBA PILOTO

6.9.- INSTRUMENTO

6.10.- PLAN DE ANÁLISIS

- 6.11.- CONSIDERACIONES ÉTICAS
- 7.- RESULTADOS
- 8.- DISCUSIÓN
- 9.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO
- 10.- CONCLUSIONES
- 11.- REFERENCIAS
- 12.- ANEXOS

1.- INTRODUCCIÓN

El presente trabajo refleja la importancia del fenómeno de **autonomía** como un elemento importante en el trabajo diario de las personas que ejercen la enfermería dentro de las instituciones de salud; se analiza el papel fundamental que cumple la autonomía como una herramienta que permite elevar la calidad del cuidado, así como dar a conocer algunas de las características más relevantes que giran en torno a tan importante concepto.

La autonomía posibilita la aplicación de conocimientos generados a través de la investigación, lo que aumentará aún más el valor que tiene enfermería como profesión, permitiéndole desarrollar un cuerpo de conocimientos propio para la prestación de cuidados de salud a las personas, familias, grupos y comunidades.

En esta investigación se revela que la autonomía tiene interrelaciones con otros factores, lo que demuestra el reconocimiento que se le da a través de las personas que integran la misma profesión y de otras profesiones, y que, a su vez, reflejan que la autonomía ha sido vista como un indicador de la profesionalización de la disciplina.

La autonomía no sólo implica el ejercicio de la práctica independiente sino la aplicación del juicio crítico basado en conocimientos que establece a lo largo de su experiencia quien ejerce la enfermería.

En el trabajo se describe un proyecto de investigación que explora la comprensión de la comunidad de enfermería de un instituto de alta especialidad sobre la autonomía profesional, con base en 3 dimensiones estrechamente relacionadas con el fenómeno principal, autorregulación, educación y liderazgo, en donde quedan visibles las percepciones de las habilidades y destrezas que en la enfermería clínica usan para cumplir con las metas de cuidado por medio de la práctica independiente.

Este estudio envuelve algunas de las interrogantes que existen sobre la práctica autónoma y presenta hechos relacionados con la influencia de las 3 dimensiones previamente enunciadas, la capacidad para ejercer la práctica y las expectativas

crecientes en relación con las posibilidades para fortalecer la autonomía en la práctica clínica.

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este apartado se analiza desde un contexto histórico el nacimiento de la profesión y cómo es que se fue desarrollando y creciendo a lo largo del tiempo, y da cuenta sobre la implementación de nuevos conceptos que poco a poco la fueron fortaleciendo hasta llegar a lo que hoy conocemos, describiendo las influencias que existieron, incluso de otras profesiones y reconociendo el alcance que esto tuvo en la profesión, llegando de esta forma a la pregunta de investigación planteada dentro de este mismo punto.

La historia de la enfermería nos muestra un crecimiento muy importante en cuanto al ejercicio de la profesión. Lo anterior ha permitido la incorporación de conceptos que cobran relevancia, entre ellos la autonomía, la cual se entenderá como la aplicación del juicio crítico basado en conocimientos que establece el personal de enfermería en su actuar la cual no siempre fue considerada con el valor que quizá ahora se le otorga. ¹

Estos cambios significaron el crecimiento de la enfermería como una profesión más cercana a ser autónoma en su práctica, para ello, se han realizado estudios que analizan esta variable que podría apoyar para que la enfermería continúe satisfaciendo las necesidades de cuidado y asumiendo la responsabilidad de liderar la gestión de los mismos en las personas, las familias, los grupos y las comunidades, conforme a sus propias normas. La autonomía corresponde a un concepto necesario en la enfermería debido a que la profesión ha sido cuestionada por otras disciplinas dentro del sistema de salud. ²

Si bien la legislación y las políticas en salud han incorporado aspectos que fortalecen el quehacer autónomo de enfermería, esto no necesariamente ha desarrollado la capacidad de liderar, lo que es una condición necesaria en la profesión de enfermería, pues la sociedad ha demandado a estos profesionales una mejor calidad en los cuidados y servicios prestados. Para ejercer la autonomía se

requiere la aplicación del pensamiento crítico en la toma de decisiones, tener la capacidad de resolver conflictos y también llevar a cabo un cuidado con altos estándares de calidad. La autonomía como característica es importante porque fortalece la dirección y la gestión, se constituirá en la condición para que el profesional de la enfermería y su equipo alcancen los objetivos planteados dentro de un sistema de salud. ³

Lo anterior significó pasar desde un lugar de desconocimiento y sin identidad profesional, producido por la carencia de un cuerpo de conocimientos propios de enfermería, a posicionarse como una profesión cuyo centro de estudio es el cuidado, acto de fundamental responsabilidad de la disciplina en enfermería. ⁴

En esta transición, poco antes de la enfermería moderna, las características de sumisión, docilidad y carencia de cuestionamientos a las labores médicas se consideraba algo innecesario en la formación de otras y otros profesionales. El cuidado era realizado de manera dependiente, en donde estaban supeditados a las indicaciones médicas y de otros profesionales de la salud. ⁵

En México, en las décadas de los 70's, 80's y 90's, se tenía casi como requisito de admisión a las áreas laborales la sumisión, obediencia y respeto a las estructuras de poder que ya estaban dadas dentro de las instituciones hospitalarias. Dado lo anterior, la práctica de la enfermería en esta época no requería de conocimientos especializados sobre el cuidado, generando así un desvalor de los conceptos de autonomía y otros conceptos como liderazgo o empoderamiento en la disciplina que tanto se valoran en la actualidad. ⁶

El momento histórico internacional más importante para enfermería, en cuanto a autonomía se refiere, concierne a la etapa profesional de los cuidados, especialmente en la segunda mitad del siglo XX, periodo donde surge un fenómeno de búsqueda de un cuerpo de conocimientos propio, destacando así los postulados

en las filosofías, los modelos y las teorías de enfermería, convirtiéndola en una disciplina académica y en una profesión con un cuerpo de conocimientos sólido. De esta manera, enfermería, por su concepción filosófica e histórica, se instala en una posición reconocida internacionalmente, distinguiéndola como profesión autónoma en el trabajo interdisciplinario y líder en la entrega de cuidados a las personas, familias y comunidades. ⁷

Aún con el avance actual que se documenta de la enfermería moderna, la problemática de los cuidados de enfermería que se prestan es en parte producto de la percepción de la enfermería misma como profesión. La opinión que las y los enfermeros tienen de sí mismos como profesionales no siempre coincide con la definición que otras personas adjudican a este gremio. ⁸

Algunas personas que ejercen la sociología concuerdan en que hay tres criterios principales para definir una profesión. El primero es que las y los profesionales deben contar con un largo período de educación para recibir conocimientos especializados; el segundo, que una profesión está orientada a prestar un servicio especial a gente que lo necesita. El tercer criterio, autonomía, se basa en los conceptos ya mencionados, educación y servicio. ⁹

Autonomía profesional significa que son los miembros de una profesión quienes la reglamentan y la controlan. El argumento en favor de esta posición es que, si el cuerpo de conocimientos de las personas profesionales es en realidad tan especializado, nadie mejor que ellas mismas podrán definir los términos de un ejercicio profesional seguro y efectivo. ¹⁰

Una persona que no posee el conocimiento especial de una disciplina determinada no es la más indicada para emitir juicios acerca de cómo esos conocimientos deben ser utilizados. Esta es la base sobre la que se asienta el concepto de autonomía,

que implica que las personas profesionales deben tener la autoridad necesaria para controlar el ejercicio de su profesión. ¹¹

Aunque la profesión produce las normas y las indicaciones acerca de cómo el trabajo debe ser realizado, no es común que un profesional supervise a otro profesional, a excepción de algún período de adiestramiento. Por lo anterior, los profesionales se asesoran y consultan entre colegas, pero la responsabilidad de una decisión corresponde al profesional que la ha tomado. El juicio profesional significa la utilización de los conocimientos especializados que se poseen, para tomar la mejor decisión de cómo aplicarlos a una situación determinada. En el modelo profesional, el conocimiento es la base que otorga autoridad a los miembros para tomar decisiones respecto al ejercicio de la profesión. ¹²

Esto contrasta con la situación existente en organizaciones de gran complejidad dentro de las cuales prima la autoridad de cada cargo. Dichas organizaciones están generalmente estructuradas con base en una jerarquía de autoridad, donde cada persona deberá obedecer las órdenes impartidas por otra persona de jerarquía superior. Esto plantea un conflicto potencial cuando la organización emplea profesionales. ¹³

La noción de que, por el hecho de desempeñar un cargo administrativo superior, cualquier persona está automáticamente autorizada a supervisar el trabajo de profesionales situados desde el punto de vista jerárquico en un nivel inferior, ha sido considerada como una situación de conflicto con el modelo profesional. ¹⁴

En épocas anteriores los profesionales actuaban aisladamente o en pequeños grupos, en contacto directo con sus pacientes. En los últimos 15 años, los profesionales son empleados en gran número por organismos complejos. Los cambios producidos en las condiciones de empleo de los profesionales y en sus

relaciones con los pacientes, han sido la causa de muchos problemas para determinar quién es la persona mejor calificada para tomar determinadas decisiones sobre servicios profesionales al público. El conflicto potencial entre la autoridad burocrática y la autoridad profesional es un problema que deben enfrentar los profesionales que trabajan en organizaciones. ¹⁵

De los criterios profesionales mencionados, y generalmente aceptados (largo período de aprendizaje, orientación, prestación de servicios y autonomía), la enfermería ha dedicado principalmente su atención a los dos primeros habiéndose interesado menos en el de la autonomía. Los profesionales de la enfermería, en general, se han interesado por elevar el nivel de su educación. Esto ha significado un esfuerzo internacional, que aún hoy persiste intensamente. ¹⁶

Tampoco se pone en duda la orientación del ejercicio de su profesión; las personas profesionales de la enfermería prestan un servicio que es claramente necesario al público. Lo que sí puede decirse es que no se ha prestado mayor atención a la dimensión de la autonomía de su profesionalismo, a causa principalmente de que se espera obediencia de su parte. La atención que la educación y el servicio han merecido al profesional de la enfermería, y su desinterés por la autonomía, han tenido consecuencias negativas para la enfermería. ¹⁷

2.- ANTECEDENTES

En este apartado se presentan diferentes artículos que han servido para identificar cómo se ha estudiado la autonomía y cuáles han sido los hallazgos encontrados; por lo anterior, es conveniente centrar el análisis en los factores que rodean esta variable y como a causa de ellos la enfermería como profesión se ha visto involucrada en una serie de procesos más complejos que han determinado el actuar de las y los profesionales de la enfermería exponiendo temas importantes y que tienen estrecha relación con la autonomía, por ejemplo: satisfacción laboral, autopercepción de autonomía, representaciones sociales y otros constructores de autonomía.

Durante los últimos seis años, En Montreal, Canadá, se ha estudiado con regularidad a los enfermeros para evaluar la satisfacción con el trabajo. La expectativa organizacional es que los directores desarrollen estrategias relevantes en sus áreas para identificar los hallazgos del estudio. ¹⁸

Basados en los hallazgos de 2002 en el portafolio de las ciencias cardiológicas, se encontró que las y los enfermeros que estaban trabajando en unidades cardiovasculares, clínicas de consulta externa y servicios de diagnóstico, tenían una expectativa alta de autonomía en su trabajo, pero estaban moderadamente satisfechos con ésta. Con base en lo anterior, se buscó asistencia para dirigir un estudio que preguntara a las y los enfermeros qué significaba la autonomía, con el fin de ayudar a los directores a comprender la forma de influir en la satisfacción de las y los enfermeros con la autonomía en su trabajo. ¹⁸

La pregunta presentada fue: ¿cómo entienden las y los enfermeros clínicos la autonomía en su práctica diaria de trabajo? Un acercamiento cualitativo-interpretativo basado en el proceso del grupo comprometía a las y los enfermeros a hacer una exploración activa sobre el significado de la autonomía de enfermería y cómo se podía incrementar dentro de sus áreas de práctica. La intención era

escuchar la explicación de las y los enfermeros en sus propias palabras, permitiendo que la autonomía se interpretara dentro de una situación contextual que ilustrara totalmente las dificultades y los rasgos de la autonomía en la práctica clínica.

El propósito del estudio era comprender el significado diario de la autonomía en la práctica de enfermería para apreciar cómo fortalecer y apoyar la autonomía de enfermería. Como resultado se obtuvo que no se aclara el concepto de autonomía, y no se generalizan para todos los ambientes de práctica. Sin embargo, estos hallazgos hacen que se consideren aspectos que pueden incrementar la práctica profesional de los enfermeros, al tener en cuenta los hechos percibidos que influyen en la autonomía de enfermería. ¹⁸

Un estudio chileno tiene como objetivo determinar el nivel de autonomía que perciben las enfermeras pediátricas en su ejercicio profesional. Se trató de un estudio transversal observacional analítico en una población de 31 enfermeras pediátricas de un hospital público de Valdivia, Chile. Se encontró que el nivel de autonomía en actividades operacionales se asoció significativamente a la edad, a la antigüedad laboral total y a la antigüedad en unidades pediátricas y hubo variabilidad en el nivel de autonomía en diferentes áreas del rol, así mismo se constató que las tareas asistenciales son desarrolladas con mayor independencia, en particular las acciones de educación y promoción, mientras que las funciones administrativas muestran un desempeño más dependiente. ¹⁹

González y Hernández en su estudio del proceso de enfermería como un constructor de autonomía presentan una panorámica de la construcción de la autonomía de enfermería con base en el proceso de enfermería (PE); de esta manera se refleja el deber de la enfermera, para con la persona bajo su cuidado, de tal forma que se manifiesta la trascendencia de la intervención en el campo clínico, donde la profesión tiene gran compromiso en el desarrollo del cuidado científico, pero siempre con la visión de que a medida que la enfermera crece, el paciente se ve favorecido. ¹⁹

Se aborda la temática relacionada con la autonomía de la profesión, ya que se examina su construcción con base epistemológica, porque al instrumentar este proyecto de investigación, con el método del ejercicio profesional disciplinario de la enfermería permitió responder al cuestionamiento: ¿La enfermera ejerce autonomía profesional al instrumentar el Proceso de Enfermería? ¹⁹

También se manifiesta la complejidad de estudiar la autonomía, pues en la diversidad de los conceptos se traen consigo opiniones opuestas, de tal manera que se aprovecha esta circunstancia en la investigación, para proyectarse el tópico en dos perspectivas: con centralidad en la enfermera y con centralidad en el paciente. La investigación se realizó con un enfoque cualitativo, el cual permite realizar una generalización teórica, pasando de la observación particular a la proposición general. ¹⁹

Se encontró que el PE originó que las enfermeras actuaran en coparticipación con el paciente; al involucrarlo, consideraron la centralidad del mismo, lo que llevó a fomentar el autocuidado para mejorar su salud, evitando que ellas predeterminaran su intervención. ¹⁹

Un artículo plantea la percepción como un fenómeno estrechamente relacionado con la autonomía. El estudio se aplicó a 789 enfermeras profesionales no supervisoras, empleadas de tiempo completo en un hospital de afiliación universitaria. El estudio tuvo un énfasis en el análisis de la percepción de autonomía entre las enfermeras que trabajaban en diferentes contextos, se realizó un estudio longitudinal de satisfacción en el trabajo y rotación de personal. ²⁰

El trabajo reportó un efecto significativo en la percepción de autonomía en enfermeras que trabajaban en áreas quirúrgicas y de atención crítica.

La descentralización en el rubro administrativo se tomó como un elemento importante que impacta en la autonomía, ya que, a través de un test sobre modelos teóricos de las variables descentralización, autonomía profesional, satisfacción en el trabajo y organización, aplicado a 200 enfermeras con alto rango administrativo en el cuidado hospitalario, analizaron las variables antecedentes de sexo, salud, estado civil, edad, educación y años de experiencia como supervisora. ²⁰

Los resultados más importantes fueron: cómo afecta la descentralización y la organización directamente e indirectamente a la autonomía y a la satisfacción en el trabajo y por ende una relación indirecta entre autonomía y organización, ya que la satisfacción en el trabajo es afectada directamente por el tipo de organización a la que se pertenece. ²⁰

Krugman describe en un estudio que duró 5 años en un hospital escuela de una universidad que evalúa el efecto del rediseño organizacional sobre la satisfacción laboral de enfermería, autonomía y satisfacción del paciente. De 2002 a 2006 con un diseño cuasi experimental para comparar los resultados pre y post estudio de las actividades permitidas por el facilitador en las unidades que recibieron intervención comparadas con las unidades de control. No hubo diferencia significativa entre las calificaciones de satisfacción en ambas unidades y las calificaciones de autonomía mejoraron significativamente. En la fase II no se reportan diferencias entre la satisfacción laboral y disminuyó la autonomía, así como la satisfacción del paciente. Se encontraron diferencias significativas entre unidades y departamentos. Se sugirió mayor independencia entre las variables. ²¹

Se demostró la autonomía profesional a través de la aplicación del PE (Proceso de Enfermería), en donde el juicio clínico y la defensa proactiva hacia el paciente fueron los pilares de la autonomía en la toma de decisiones, debido a que el juicio clínico vincula y origina componentes de las dos perspectivas, la defensa proactiva es la consecuencia de la conjunción de los demás componentes. ²¹

Por otra parte, la investigación-acción fue un método flexible porque permitió identificar el problema principal y posteriormente, dar apertura para probar la propuesta de cambio. Por su proceso en forma de espiral, cada ciclo posibilita el aprovechamiento de los resultados de la investigación para dar continuidad con nuevos objetivos y metas, resultando benéfico no solo al planificar la acción que dará solución a la problemática, sino para aplicarla y valorar el impacto obtenido de la propuesta diseñada. ²¹

El aprendizaje de las participantes fue, que al aplicar el PE con una base de conocimiento para tomar decisiones y realizar acciones, les dio posibilidad de actuar en coparticipación con la paciente y fomentar su autonomía, evitando que ellas predeterminaran su intervención. La aplicación de la taxonomía NANDA propició que las enfermeras dejaran de inferir a partir de los diagnósticos médicos, para ejercer el cuidado profesional y evidenciar el juicio clínico de enfermería centrado en la persona. ²¹

Un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, delineado a partir de la teoría de las Representaciones Sociales (RS) en su abordaje estructural por la Teoría del Núcleo Central (TNC) menciona que las representaciones sociales de la autonomía profesional del enfermero para los estudiantes de grado en enfermería difieren de acuerdo con el período de pertenencia de esos estudiantes, y se moldean, también, a partir de sus vivencias académicas en el ámbito de la universidad. ²²

Para estudiantes del primer período la autonomía profesional se resignifica de manera práctica y actitudinal. Entre los estudiantes del último período, la incorporación del conocimiento, rectificado en su saber-hacer, incentiva a los estudiantes a atribuir sentido a la autonomía profesional, condicionándola a la adquisición de conocimiento científico, lo que colabora para una representación más cognitiva y actitudinal. En la estructura representacional de ambos subgrupos, se identificó la permanencia de la responsabilidad inherente a la profesión de

enfermero autónomo, elemento que parece transversal desde el comienzo hasta el final del proceso de formación en el curso de graduación de enfermería.²²

Otro estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo, desde la trayectoria fenomenológica de Edmund Husserl realizó un muestreo selectivo de caso homogéneo de tres enfermeras que desempeñaban rol de jefatura en instituciones de salud, en la región de Valparaíso, Chile. El estudio permitió identificar las competencias del líder al priorizar los valores personales y la búsqueda del conocimiento para la gestión, por sobre aspectos técnicos para potenciar el liderazgo y la autonomía, sin embargo, esta visión no se ajusta a la de otros actores sociales, quienes perciben al profesional más bien orientado hacia la realización de actividades fundamentalmente técnicas, en un papel de sumisión a otras disciplinas.

23

En el plano directivo institucional existe un reconocimiento de los profesionales de enfermería que facilitan asumir el liderazgo y la autonomía, pero en el plano de los equipos de salud se perciben barreras generadas, fundamentalmente, por la persistencia de un modelo basado en decisiones médicas y por el ejercicio del poder, lo que limitaría la máxima expresión del liderazgo y de la autonomía, además de impedir la visibilidad del particular rol de los profesionales de enfermería. Los profesionales identifican que dentro de las facilidades está la conciencia de sus propias capacidades y el reconocimiento del rol profesional en la legislación chilena, así como de las propias instituciones en las que laboran, lo cual brindaría un sustento para potenciar la capacidad de empoderamiento como líderes que ejercen su autonomía.²³

El estudio logra establecer que el líder se mueve en un escenario dual y complejo, de menor reconocimiento por parte de algunos integrantes del equipo de salud, que incluye a sus pares, así como usuarios y un creciente empoderamiento personal de

su rol autónomo. Estos hallazgos deben impulsar al colectivo de enfermeras/os, para incrementar la visibilización del rol, a través de la participación en los niveles de alta dirección y en instancias colegiadas gremiales de la enfermería, debido a que esos espacios colectivos y decisionales potencian el reconocimiento y el empoderamiento del profesional. ²³

En el ámbito clínico, la autonomía cobra gran relevancia para los profesionales de la salud, en un trabajo con enfoque cualitativo, el propósito es describir detalladamente las representaciones y significados en situaciones y conductas observadas; también es descriptivo, muestra los ángulos o dimensiones de un grupo en el contexto donde se presentó el fenómeno o situación. ²³

En esta investigación se realizaron entrevistas a 32 pacientes de la maternidad, quienes fueron atendidas durante todo su proceso prenatal, parto y postnatal, siendo éste el criterio de inclusión, para así encontrar la representación de intervenciones de las enfermeras en su actuación profesional. La investigación posibilitó, mediante un análisis crítico y reflexivo, determinar la manera en que las enfermeras asumen una competencia con profesionalismo, al ofrecer óptima atención a las pacientes, convirtiéndose en un significado o símbolo, tal como lo establece el principio de la representación social. Lo antes relatado, refleja el juicio de valor que las enfermeras poseen en la atención, donde la autonomía profesional es la competencia específica aportada por los diferentes conocimientos vertidos en su formación para el ejercicio de la profesión, Se afirma que toda práctica profesional se define socialmente por el dominio de un campo específico de conocimientos, por espacios ocupacionales asignados para su intervención y por la construcción de una identidad y una ética profesional.

Como se aprecia, se describe a la autonomía desde diferentes contextos en los que el fenómeno puede ser estudiado, pero, sobre todo, entendido. La enfermería y su autonomía disponen de un recorrido histórico que da cuenta de los importantes avances para que con ellos, pueda ser considerada como una disciplina profesional

autónoma, puesto que dispone de los fundamentos históricos, filosóficos, éticos y legales para desenvolverse en su ámbito de experticia, esto es, el cuidado y la gestión del mismo. ²⁴

Su responsabilidad en la sociedad y las investigaciones que se han hecho al respecto manifiestan la demanda que el entorno requiere, así como el gremio que la conforma asumiendo con autonomía la función que solo ellos pueden cumplir. La enfermería y su autonomía cuentan con importantes avances en cuanto a la legalización de sus funciones, por tanto, son los profesionales de la enfermería quienes deben asumir el desafío de ahondar en la consolidación de la misma, ya que, es un elemento esencial para la entrega de cuidados oportunos, de calidad y con la mayor eficacia. ²⁵

En conclusión, se percibe que la preparación de las enfermeras en la actualidad tiene un peso muy importante en cuanto a la aplicación de la calidad de los cuidados, en primera instancia porque se realiza un ejercicio profesional, crítico y autónomo, en segundo lugar porque la autonomía debe formar parte de las prioridades en cuanto al crecimiento de enfermería, por lo tanto, los resultados que se observan en estas investigaciones nos permiten ver una realidad más acorde a la actualidad, ya que a pesar de los estudios realizados sobre este tema no se han ajustado a la aplicación de las diversas opiniones.

3- JUSTIFICACIÓN

En la práctica de enfermería en el cuidado del día a día en las diferentes instituciones de salud no se ha hecho efectiva la autonomía de práctica, los profesionales de la enfermería se encuentran limitados ya que hay varios aspectos que pueden provocar situaciones de conflicto, como los mecanismos de control que ejercen algunas instituciones, representados en parte, por las metas de eficiencia y la difícil interacción con otros profesionales. Según Foucault, es un tanto arbitrario tratar de disociar la práctica efectiva de la libertad y la autonomía en el ejercicio de la profesión, la práctica de las relaciones sociales y las distribuciones espaciales que permitan la vigilancia y el control. ²⁶

La magnitud del fenómeno de la autonomía tiene un significado muy importante ya que proporciona la oportunidad para que la profesión se diferencie de otros campos profesionales en cuanto a sus funciones. Este fortalecimiento organizativo y político respecto al ejercicio liberal de la profesión, la introducción al mercado laboral de sus servicios expertos, la construcción de una identidad, y la propia legislación son una expresión de su autonomía y todo ello se percibe como un progreso para la profesión de Enfermería. ²⁷

La autonomía del profesional de la enfermería comienza reconociéndose a sí mismo en su ser y en el quehacer, diferenciándose de otros profesionales de la salud, y que a su vez sea reconocido, es decir, que se produzca una armonía entre la autopercepción y la percepción social. Es así que la autonomía cobra valía como un elemento importante para la consolidación de la profesión.

Por otro lado, en un estudio se plantea que las enfermeras se sienten más autónomas en sus labores si cuentan con el respaldo de las instituciones en las

cuales laboran. Así mismo, derivado de este estudio con enfermeros que laboran en instituciones de salud, se encontró que los enfermeros identifican poca participación en las decisiones organizacionales, y que no son tomados en cuenta, lo que afecta su reconocimiento y autonomía en la institución, aunado a una alta carga de trabajo. ²⁸

Ahora bien, algunos estudios encuentran la falta de autonomía como una de las mayores fuentes de sufrimiento para las enfermeras, pues deben enfrentarse con el ejercicio del poder por múltiples actores, asunto que las puede llevar a una falta de pensamiento crítico y capacidad de cuestionamiento que evocan a una enfermería dogmática y una alienación que se traduce en sumisión y abnegación, por ello, enfermería entonces responde a los propósitos institucionales y no a los intereses de la profesión o de la sociedad. ²⁹

Este trabajo cobra una trascendencia importante ya que los enfermeros se han profesionalizado, y la autonomía en la práctica y para aplicar un único cuerpo de conocimientos de la disciplina ha sido vista como un indicador importante de que enfermería es una profesión en crecimiento. La autonomía ha sido relacionada con la calidad de la vida de los enfermeros, la satisfacción por su trabajo, los ambientes de práctica profesional positivos y las percepciones de la calidad del cuidado, todos estos elementos abarcan tener libertad para actuar en lo que se sabe, qué tanta independencia se tiene en el trabajo o en la iniciativa o la habilidad para desempeñar funciones en forma independiente, sin tener supervisión cercana. ³⁰

Sin embargo, el interés de este trabajo no es sólo en los aspectos teóricos o conceptuales de la autonomía de enfermería. Este trabajo se enfoca también en hechos relacionados con el ejercicio de la autonomía o la práctica de ésta en el trabajo profesional. En los complejos ambientes de práctica dominados por el sistema de salud actual, los profesionales tienen el reto de practicar la autonomía

como miembros de un grupo o equipo, y algunas veces son confusas las distinciones sobre los roles que cada profesional juega dentro de la multidisciplinariedad.

Los nuevos perfiles profesionales de la enfermería, como el de Enfermería de Práctica Avanzada exige que se deben cumplir, entre otras características con un alto grado de autonomía y que su ejercicio profesional sea totalmente independiente, el manejo de casos a través de poner en práctica competencias clínicas avanzadas reconocidas para la valoración, el razonamiento diagnóstico y la toma de decisiones, deberá proveer servicios de consultoría a los propios profesionales de la enfermería que le rodeen y se desarrollarán planes de acción, así como la implementación y evaluación de programas educativos.³¹

Aún contando con importantes avances en cuanto a la legalización de las funciones, son los propios profesionales quienes deben asumir el desafío de ahondar en la consolidación de la autonomía como un elemento esencial para la entrega de cuidados oportunos, de calidad y con la mayor eficacia, sin embargo, la autonomía sigue siendo una condición vulnerable y cuestionada a nivel internacional, derivado de ello, contrarrestar estas posturas dependerá de la resolución de los factores intrínsecos a la profesión, y de implementar las estrategias que permitan una consolidación de dichos conceptos en el saber, saber ser y saber hacer de la enfermería.³²

La enfermería dispone de un recorrido histórico que da cuenta de los importantes avances para que hoy pueda ser considerada como una disciplina profesional, puesto que dispone de los fundamentos históricos, filosóficos, éticos y legales para desenvolverse en su ámbito de experticia, esto es, el cuidado y la gestión del mismo. Su responsabilidad en la sociedad manifiesta la demanda que el entorno requiere y

del cual debe hacerse cargo, liderando permanentemente y asumiendo con autonomía la función que solo ella puede cumplir.

Derivado de lo anterior, este estudio se construye en su análisis como una oportunidad para recuperar el ritmo de evolución que demostró la disciplina, manifestada en los aportes que ha hecho al conocimiento de la salud, la enfermedad y el cuidado de las personas y una manera coherente y válida de acuerdo a lo reportado en la literatura es recuperando la autonomía, lo cual se obtiene rompiendo con estos modelos de sumisión al poder e impulsando los nuevos roles que las diferentes instituciones a nivel internacional quieren que se cumplan en beneficio de la profesión y cada uno de sus integrantes. Los resultados permitirán ver una realidad más visible acerca del fenómeno y de acuerdo al contexto actual en el que se desarrolla.³³

4.- OBJETIVOS

Desde una perspectiva profesional, se especula sobre todas las variables que la enfermería tiene, entre ellas, la autonomía. Derivado de la observación diaria en las diferentes instituciones de salud, surge la interrogante de si esta es una realidad o no para la profesión de enfermería, por lo que se realizó la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las opiniones y perspectivas sobre las habilidades y destrezas para ejercer la autonomía de práctica dentro de una institución de alta especialidad?; para responder a ello, se plantean los siguientes objetivos:

4.1.- OBJETIVO GENERAL

Identificar la autopercepción de los profesionales de la enfermería sobre sus habilidades y destrezas para ejercer la autonomía de práctica dentro de una institución de alta especialidad.

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Reconocer el nivel de autonomía de las y los profesionales de la enfermería dentro de un instituto de alta especialidad.
- 2.- Medir el nivel de autonomía de los profesionales de la enfermería.
- 3.- Reconocer los datos obtenidos identificando las ventajas y limitaciones del estudio.

5.- MARCO TEÓRICO

En este apartado se señalará la importancia de la autonomía de enfermería bajo la perspectiva de algunos filósofos e incluso de otras ciencias, en primer lugar se presenta un marco filosófico en el que se explicará como Foucault, Bourdieu y Weber perciben las relaciones de poder, autoridad y de dominación en las organizaciones y como se manifiestan en los diferentes ámbitos en donde se desenvuelve un profesional, posteriormente se describen las definiciones más importantes de autonomía y como algunos autores han estudiado y percibido este fenómeno, después se describe como la educación y la investigación en enfermería pueden ser herramientas indispensables para ejercer una mayor autonomía de práctica en muchos ámbitos de la profesión, derivado de ello, se presentan cuáles son los límites legales de la profesión y hasta dónde enfermería puede actuar respecto a sus propias normas y finalmente como otras ciencias como la sociología describen a la enfermería y cuál es su postura respecto a su autonomía.

5.1.- MARCO FILOSÓFICO

5.1.1.- El poder: Michel Foucault

Las relaciones de poder en las organizaciones se manifiestan tanto interna como externamente. Son una relación de fuerzas que no se excluyen, sino que comparten relaciones de oposición y de complementariedad. En el interior de las organizaciones, las relaciones de poder se ejercen de acuerdo con el tipo de organización administrativa, dichas relaciones pueden ser de orden vertical (de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba) y horizontal (agentes de las misma áreas), además que se incorporan en las organizaciones como acciones que circulan en uno u otro sentido; relaciones de fuerza, de lucha, que buscan tomar una posición dentro de la estructura interna de la organización y que se legitiman en la medida en que, voluntariamente, se aceptan las normas internas que gobiernan el curso de la empresa o en la medida en que empiezan a formar parte del entorno competitivo.³⁴

En el interior de las empresas se suscitan conflictos, que responden a los intereses y expectativas de los agentes que hacen parte del campo de la empresa y que están ligados íntimamente por los deseos de poder, de control, de las diferentes instancias que conforman estas unidades económicas, y de imposición de decisiones.

Quienes ejercen el poder, que son, sin duda, aquellos que han logrado en esa lucha una mejor posición en la organización, de acuerdo con una serie de disposiciones (habitus) y de capital (económico, cultural, intelectual, simbólico), exigen obediencia en sus subordinados, esa obediencia no está libre de acción, pues el poder se ejerce sobre sujetos actuantes y libres que, a su vez, también buscan posiciones dentro del misma. En el ámbito externo, esas luchas internas se manifiestan en la posición de la organización y en el capital acumulado respecto de la competencia.³⁵

Externamente, las luchas, las acciones, las relaciones de fuerza se estructuran en relación con otras empresas que buscan ocupar un campo de poder en el espacio social. Las acciones están dadas por su competencia en el campo de producción en donde, también, habrá empresas que ocupen posiciones dominantes y empresas que ocupen posiciones subordinadas. Las estrategias de dominación están ligadas, tanto en el interior como en el exterior de la organización, a luchas de acciones contra otras acciones, a estrategias legítimas de autoridad, a estrategias de habitus, de posicionamiento y de capital. ³⁶

Algunos autores establecen una clara diferencia entre dominación y autoridad, al considerar que la dominación implica la coerción de la libertad; mientras que la autoridad adquiere un estatuto de legitimidad, de aceptación, en todos los órdenes del espacio social. No obstante, los individuos como agentes actuantes libran en el interior de sí mismos y en relación con la organización a la que pertenecen, luchas internas frente a estructuras de dominación o de autoridad. ³⁷

Tales luchas confrontan al sujeto en coordinación con los otros y con sus formas de subjetivación, o respecto de la empresa y sus estrategias de ejercicio del poder en el que van implícitas o explícitas formas de explotación. El sujeto, que hace parte del campo de la empresa, reconoce que en el ejercicio del poder hay estrategias que en busca de su efecto, ejercen, bajo la sombra de la legitimidad, estrategias de coerción, de vigilancia y de control. ³⁸

Los sistemas de relaciones que llevan implícitas acciones de poder se insertan en la estructura del Estado, y se configuran en una red que ejerce poder en uno u otro campo, de uno a otro individuo, microfísica, o viceversa; de esta manera, se constituye el poder en el hilo invisible que teje las estructuras sociales, políticas, culturales, religiosas, de una nación. Tales relaciones enmarcadas en torno al llamado desarrollo económico y legitimidad por las políticas del estado. ³⁹

Foucault, en su texto *El Sujeto y el Poder*, sostiene que el poder y el ejercicio del poder no es simplemente una relación entre parejas, individual o colectiva, es una forma en la que ciertas acciones modifican otras. El poder existe únicamente cuando es puesto en acción; este actúa no sobre los otros sino sobre sus acciones presentes o futuras.⁴⁰

La relación de poder se sustenta sobre la base de dos elementos: un “otro” (sobre el cual se ejerce el poder) que actúa y que, frente a una relación de poder pueda abrirse un campo completo de respuestas, reacciones, resultados o invenciones posibles; dado que “el otro”, sobre quien se ejerce la acción de poder, es un ser que actúa y que al actuar da cuenta de sus propias acciones, al confrontarse las acciones de unos y de otros, desencadena como resultado el consenso o la violencia. El poder, en consecuencia, podría definirse como un juego de acciones sobre otras acciones, dado que los sujetos, en términos de Foucault son sujetos actuantes y cuyas acciones “incitan, inducen y seducen. En este orden, los sujetos se encuentran en un “campo de posibilidades” en el que pueden, como sujetos libres, conducir sus acciones y sus reacciones.⁴¹

Así, el ejercicio del poder acepta la confrontación y la desobediencia con las consecuencias que estas implican; el poder es una lucha de acciones que tiene fines. Así, las relaciones de poder adquieren estatuto de legitimidad al haber “antagonismo de estrategias y formas de resistencia”.⁴²

El ejercicio del poder, visto como relación de oposición (entre padres e hijos, hombres, mujeres; sanos, enfermos, entre otros), se caracteriza porque las luchas que se ejercen tienen en común que: “son luchas transversales; los objetivos de estas luchas son efectos del poder como tales; son luchas inmediatas; son luchas que cuestionan el estatuto del individuo frente a lo que lo hace verdaderamente individuo y lo que lo separa de los otros”. Las luchas pueden ser “contra las formas

de dominación”; contra las formas de explotación; contra lo que liga a un individuo consigo mismo (luchas contra la sujeción de la subjetividad).⁴³

Las organizaciones, no solo las de hoy, además de gestionar recursos, llámense a estas, personas, recursos financieros, gestionan conocimiento (saber). Gestionar el conocimiento significa estar a la vanguardia, en cuanto a desarrollo científico y tecnológico, se refiere, para luchar en el campo de las relaciones económicas y empresariales con un arma que se ha vuelto importante en las relaciones de poder en las organizaciones, el saber (el conocimiento) un saber que cumple con criterios de verdad al satisfacer o crear necesidades en el campo de lo real, de lo cognoscible, de lo probable.⁴⁴

En consecuencia, el poder, que para ejercerlo debe llevar implícito el saber y la verdad, adquiere características que hacen que se le reconozca, sobre todo, en instituciones, en organizaciones, en comunidades o en centros que están constituidos por personas, que son normativos y que cumplen con unas políticas de Estado.

5.1.2.- El poder y la revolución permanente: Pierre Bourdieu

La teoría de Bourdieu se alinea con lo que se entiende como una perspectiva crítica con la que buscó crear nuevos espacios para el diálogo mediante la comprensión de los conceptos *habitus*, *campo* y *capital*. Comprender la lógica de la práctica supone desprenderse del mentalismo y del intelectualismo para adentrarse en un sentido de la práctica del que brotan las acciones como algo cotidiano, por una especie de coincidencia necesaria entre un *habitus* y un *campo*. La práctica es el lugar para la dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo, en palabras de Bourdieu: *la práctica es el lugar de la dialéctica del opus operatum y el modus operandi, de los productos objetivados y los productos incorporados de la práctica histórica*".⁴⁵

Bourdieu focaliza y vincula estos conceptos, y junto con el concepto de capital designa entre ellos un entramado de relaciones que permiten, según el autor, entender la lógica de la práctica de los agentes en cualquier esfera de la vida social. Bourdieu propone estos conceptos como una ecuación $[(\textit{habitus})(\textit{capital})] + \textit{campo} = \textit{práctica}$ que se deben considerar útiles para entender esa red de relaciones.⁴⁶

El *habitus* se define como un sistema de disposiciones mediante las cuales percibimos, juzgamos y actuamos en el mundo. Responde a las prácticas internalizadas en el grupo profesional, construidas y estructuradas sobre ideas y valores e interiorizadas por el agente (persona influenciada por su cultura particular, pero también por el contexto social más amplio en el que se desenvuelve), porque se ha educado en ellas como esquemas de percepción y evaluación que condicionan sus elecciones.⁴⁷

Así el *habitus* es productor y producto de la estructura que lo genera. La aportación diferencial de esta propuesta es que el *habitus* no representa una estructura inmutable sino que está siendo continuamente estructurado por los patrones de las fuerzas sociales del momento histórico presente. Las prácticas así entendidas, no

tienen reglas conscientes sino principios prácticos, esquemas incorporados que permiten a los prácticos responder a las situaciones, no como acto mecánico, sino como un sentido del juego. ⁴⁸

El *habitus* se va incorporando, en relación a cómo ser enfermera, en cada pequeño detalle, verbal o no verbal, los gestos, la manera de mirar o tocar, la manera de responder o interpelar. Son detalles que en apariencia pueden parecer no demasiado importantes pero que se asumen como valores hechos cuerpo de manera insensible sin que pase por la conciencia. Este efecto de los condicionamientos primarios explica cómo se van construyendo y estructurando el rol profesional que se manifiestan de manera natural como el sentido del juego citado, pero también los casos en que las disposiciones de las enfermeras funcionan a contratiempo y en los que las prácticas están inadaptadas a las condiciones presentes, porque están objetivamente adaptadas a condiciones caducas que sobre esa base se ha generado. ⁴⁹

El capital profesional lo utiliza Bourdieu para designar los recursos y bienes de toda naturaleza que sirven y utilizan los individuos y los grupos, por tanto cuando se habla de *capital*, no es una cuestión económica, sino que supone un *capital cultural, social y simbólico*. En relación a la práctica, el valor del *capital* es importante porque su distribución inequitativa define la posición relativa que cada agente va a ocupar en un determinado *campo*, lo que se cree posible o imposible para nosotros y también lo que uno tiene de antemano asignado. ⁵⁰

En esta distribución del *capital* en juego, el *capital simbólico* nos parece de especial interés, para comprender aspectos relevantes del rol profesional, ya que éste se constituye en poder, un poder invisible que es reconocido como legítimo y presupone cierta complicidad por parte de los que están sometidos a él. ⁵¹

Desde esta sumisión, el poder simbólico no emplea la violencia física, sino la *violencia simbólica*, que genera una adhesión inmediata en la creencia tácita al orden biomédico, promoviendo la sumisión al mismo y perpetuando la asimetría entre profesiones, aunque se mantenga el orden aparente de las cosas. Desde esta creencia, se establece la diferenciación arbitraria entre curar y cuidar, entre intervenciones propias que apenas se saben nombrar y otras derivadas, o la adhesión a nomenclaturas como categorías diagnósticas y de intervenciones, con el mismo diseño que las categorías médicas.

El rol construido, es una revolución simbólica porque es poner en cuestión los fundamentos de producción y reproducción del *capital* que están en juego, incluido el *capital simbólico*. Se entiende que dar valor a nuestro capital es una revolución radical de los instrumentos de conocimiento y de las categorías de percepción. Porque se trata de tomar conciencia del valor intrínseco que la profesión de enfermería posee, como es el conocimiento práctico relacional y que puede ponerse en juego en beneficio de la atención de la persona y su familia, así como puede ser el motor de cambio hacia nuevas perspectivas de trabajo dirigidas hacia la co-responsabilidad compartida con las otras profesiones que conforman los equipos de salud.⁵²

Campo significa pensar en términos de relaciones: "*lo real es relacional, lo que existe en el mundo son relaciones*". Pensar en un campo es por lo tanto pensar en un mundo de relaciones, de intereses compartidos entre los agentes o instituciones comprometidos en él. Siguiendo con la idea del juego, los profesionales de la enfermería, como agentes, se ponen en juego en el campo mediante su red de relaciones, de significados y fuerzas.⁵³

Atendiendo a estas ideas entendemos que comprender y repensar el rol profesional es también descifrar estas relaciones. La posición que cada profesional ocupa en el campo y los diferentes intereses, son por sí mismos generadores de poder, aunque

el propio campo es generador de poder en sí mismo como ocurre en servicios en donde el profesional tiene total autonomía en el momento de ejercer su profesión. En la posición que los agentes ocupan en este espacio complejo, se puede comprender la lógica de sus prácticas y determinar cómo clasificarán y se clasificarán dentro del mismo. ⁵⁴

5.1.3.- La legitimidad del poder: Max Weber

La postura de Max Weber frente a los tipos de dominación se sustenta en relación con las maneras sobre las cuales se concibe el ejercicio de “dominar” y el grado de “legitimidad” que este tenga. Se llama dominación a la posibilidad de que, en un grupo determinado de personas, determinadas órdenes o todas las órdenes encuentren obediencia. No toda dominación emplea medios económicos ni, mucho menos aún, tiene fines económicos; pero la dominación necesita normalmente, aunque no siempre, de un aparato humano, un aparato administrativo. Sin embargo, el ejercicio de “dominar” no puede ser posible si no hay legitimidad; en tal sentido, “Toda dominación procura más bien, despertar y cuidar la fe en su “legitimidad”. El fin de toda dominación es la obediencia y esta desde la perspectiva de Weber significa que la acción de quien obedece se desarrolla básicamente como si esa persona hubiera convertido en máxima de su comportamiento el contenido de la orden por sí mismo, es decir, solamente por la relación formal de obediencia sin tomar en consideración su propia opinión sobre el valor de la ausencia del valor del orden como tal.⁵⁵

Para Weber, entonces, en toda organización social considerada como “un grupo social estructurado”, la dominación se constituye en el eje regulador de la vida social; las acciones sociales se estructuran y están reguladas por imposiciones del poder. El sistema de imposiciones funciona aún en sistemas democráticos en donde la minoría tiene que aceptar lo que la mayoría piensa y propone.⁵⁶

La dominación, desde la perspectiva de Weber, se ejerce dependiendo la organización administrativa en la que el poder se ejerza. La dominación está ligada a un principio de autoridad que requiere no solo de personas sobre las cuales ejercer el poder sino de un “aparato administrativo”. En consecuencia, la aceptación del poder como legítimo, en la estructura administrativa, estaría dado en relaciones

de verticalidad: “de abajo hacia arriba” y “la ejecución del poder en relaciones, igualmente, de verticalidad”, pero de “arriba hacia abajo”.⁵⁷

Max Weber propone diferenciar poder de “dominación” o “autoridad”, el poder es la probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social aún contra toda resistencia y cualquiera sea el fundamento de su probabilidad. Por todo ello se concluye que la dominación o autoridad es poder más legitimidad y en el caso opuesto es necesaria una mayor aplicación de la fuerza para imponer la decisión.

58

La autonomía ha sido vista como una característica definitoria de la profesionalización de la disciplina. Aunado a ello, la autonomía de enfermería ha sido identificada como una variable importante que afecta la percepción de los profesionales de la enfermería en relación con su satisfacción en el trabajo, los ambientes positivos de su práctica profesional y la calidad del cuidado de enfermería.

La suposición de que un aspecto clave de la autonomía de enfermería es actuar con un juicio y práctica independiente, fue cuestionada en un estudio interpretativo que exploró la forma como las enfermeras entienden la autonomía en su práctica clínica y en su trabajo.⁵⁹

5.2.- AUTONOMÍA DE ENFERMERÍA

La autonomía de enfermería es un concepto de gran interés para los enfermeros clínicos y para los administradores de enfermería y otros líderes de la profesión. Dado que los enfermeros se han profesionalizado en el mundo entero, la autonomía en la práctica y la autonomía para aplicar un único cuerpo de conocimientos de la disciplina ha sido vista como un indicador importante de que enfermería es, sin duda, una profesión notable en su derecho propio.

La autonomía ha sido relacionada con la calidad de la vida de los enfermeros, la satisfacción por su trabajo, los ambientes de práctica profesional positivos y las percepciones de la calidad del cuidado. En la literatura sobre autonomía de enfermería se han dado muchas definiciones, incluyendo los siguientes ejemplos: libertad para actuar en lo que se sabe, qué tanta independencia se tiene en el trabajo, la iniciativa y la libertad, ya sea permitida o necesaria en las actividades diarias, control del trabajo, considerar el juicio independiente para obtener un resultado deseado, la habilidad para desempeñar funciones en forma independiente, sin tener supervisión cercana. La toma de decisiones independientes y la acción son elementos comunes de la mayoría de estas definiciones.⁶⁰

El interés en los conceptos de autonomía, apoya el desarrollo de medidas para comparar las evaluaciones de la autonomía a través del tiempo o de diferentes áreas de práctica.

En este sentido, y para fines del actual análisis, se entenderá por autonomía en enfermería a la toma de decisiones, y la ejecución de actos del cuidar, en que no medie la necesidad de supervisión por parte de un profesional del equipo interdisciplinario. Para ello, el profesional fundamentará su actuar con el conocimiento de su disciplina, y también se apoyará en otras que permitan un

abordaje integral de la persona, la familia, el grupo o la comunidad receptora de dicho cuidado.⁶¹

La formación profesional de la enfermera debe forjar el actuar con libertad y responsabilidad, y la posesión de conocimientos, actitudes y habilidades en la toma de decisiones, las cuales deberán ser ejercidas con la autonomía reconocida por las legislaciones ya establecidas, brindando así una gestión del cuidado cimentada en aspectos filosóficos, históricos, científicos y también legislativos. Si bien las condiciones legales presuponen un ejercicio autónomo de la profesión, estableciendo un ámbito de acción independiente y colaborativo, la real ejecución de una labor profesional autónoma sigue siendo aún tema de reflexión.⁶²

5.3.- LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

El filósofo francés Foucault, efectúa un análisis sobre el poder y cómo enfermería se relaciona y convive con él. Amezcua se refiere al filósofo y señala: “Ya el mismo Foucault, desde su cátedra del Collège de France, se refirió al saber enfermero como uno de los muchos saberes sometidos”, un saber silencioso y silenciado que según el autor se da cuando se deja de abstraer y organizar todo el conocimiento que cada día miles de profesionales producen pero que no llegan a sistematizar y mucho menos a publicar. ⁶³

Dialogando sobre este saber silencioso que define Foucault, se señala cómo este puede develarse por medio de la sistematización y publicación de dicho conocimiento. Enfermería, como profesión autónoma, y con la finalidad de contravenir a los poderes que pudieran surgir para someter y no develar la autonomía que posee producto de su saber (poder experto), debe hacer uso del amplio conocimiento del cual dispone como disciplina. En este sentido, Ann Marriner indica que “una profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan”. La misma autora menciona que por la incorporación de la teoría de enfermería en la profesión, esta “funciona de manera autónoma para formular estrategias profesionales y, por tanto, controlar la actividad profesional”. ⁶⁴

Cobra relevancia reconocer la importancia tal del conocimiento y la aplicación de la disciplina de enfermería a los deberes del cuidar, pues de esta manera serán las mismas enfermeras quienes confeccionen las estrategias, controlen y regulen su actividad profesional, sin requerir para ello la supervisión de otro profesional. Para que el saber silencioso mencionado por Foucault se libere de esta sumisión y sigilo, se debe no solo estudiar en el pregrado o posgrado las teorías de enfermería, sino

además incorporarlas en el acto mismo del cuidar, lo cual permitirá un actuar autónomo y fundado en la ciencia. ⁶⁵

De acuerdo con lo anterior, la práctica de enfermería basada en la evidencia se sitúa como una estrategia fundamental, donde gracias a la investigación en el área se transita de un paradigma del hacer rutinario, a una práctica basada en la ciencia y con demostración de evidencias que aseguren, de cierta manera, una entrega de cuidados de calidad. La práctica de enfermería basada en la evidencia enfatiza en la evaluación sistemática de la misma, no solo para verificar la calidad, sino también para evaluar su aplicabilidad. ⁶⁶

Lo anterior requiere de un desarrollo en la investigación, y si bien en enfermería ha existido un crecimiento científico con implicaciones en la práctica, este ha sido incipiente y con una evolución lenta, lo cual ha repercutido en la atención del paciente.

La investigación sigue estando muy distanciada de la realidad práctica, ocasionando que las enfermeras clínicas sigan viendo a la investigación como algo complejo, distanciado y difícil de comprender. En esta segregación donde la enfermería investigativa se distancia de la práctica, se genera un panorama en que la disciplina delimita parcelas de conocimiento que reserva para sí, lo cual repercute en el desarrollo de su autonomía y liderazgo, de su saber y su hacer. ⁶⁷

5.4.- LÍMITE LEGAL DE LA AUTONOMÍA DE ENFERMERÍA

Otra fuente importante de autonomía que debe mencionarse es la relacionada con las obligaciones legales, las cuales están influenciadas por valores religiosos y sociales. Las leyes en todos los niveles de gobierno, han contribuido a las diferencias en la autonomía de hombres y mujeres que tanto en la vida social como en la profesión han impedido a los profesionales de la enfermería controlar su educación y práctica por medio de cambios legislativos.⁶⁸

Naturalmente al establecer regulaciones hay que tener en cuenta los condicionantes del entorno concreto en que nos encontramos y que solo podrán realizarse en el ámbito en el que se disponga de autoridad. El ejercicio de la autonomía, por parte del enfermero, tiene una limitación que es el respeto de la autonomía del usuario puesto que él, es el protagonista del proceso de cuidados y sería aberrante cualquier tipo de acción que tendiese a regular el ejercicio profesional sin tener en cuenta este principio básico.⁶⁹

Otras circunstancias vendrán marcadas por el resto de factores incidentes en el escenario del ejercicio profesional: políticos, culturales, científicos, económicos, legales y por las interrelaciones con los otros miembros del equipo de salud, en las que a veces se dan zonas de concurrencia de autoridad y en las que se pueden producir conflictos por interferencias de competencia.⁷⁰

Por lo anterior, el ejercicio autónomo de la profesión de enfermería, que implica el respeto de los derechos del usuario, debe desarrollarse dentro del marco de competencia, entendida ésta en sus dos vertientes, primero como derecho a decidir, autoridad para tomar decisiones en aquello en que tiene legalmente reconocido unos conocimientos que la facultan para ello, y segundo, como cualidad de

competencia, es decir, la efectiva disposición de estos conocimientos, habilidades y capacidades que le permiten hacerlo. ⁷¹

Es evidente que, en el ejercicio práctico cotidiano, los límites no son tan claros y no se pueden establecer divisiones tan marcadas, presentándose muchas situaciones en que determinar dónde empieza el ámbito de competencia de un profesional y donde termina el del otro. Aunado a lo anterior, ya sea por circunstancias específicas de una determinada actividad asistencial, o derivado de la organización del sistema sanitario, o por demanda de los pacientes, se requiere que se ejerza autoridad, se asuman competencias y responsabilidades en campos específicos. ⁷²

Uno de los retos que tiene la profesión pero que a su vez se debe vislumbrar como una gran oportunidad para el desarrollo y crecimiento de la autonomía profesional es que deben ser los propios profesionales de la enfermería quienes establezcan cuales deben ser los ámbitos de competencia, de forma que se actúe con la realidad de la actividad cotidiana y las aspiraciones profesionales. ⁷³

5.5.- EDUCACIÓN Y AUTONOMÍA DE ENFERMERÍA

La educación de enfermería es una circunstancia importante ya que ha perjudicado la autonomía de los profesionales de la enfermería. La reglamentación de estudiantes, la incongruencia y falta de unificación de los programas educacionales y la rigidez de las experiencias de aprendizaje limitan la autonomía en los profesionales.⁷⁴

Por ello la educación es un componente esencial en la profesión de enfermería; es concebida como una función sustantiva del rol enfermero, pues hace parte central del cuidado que este profesional brinda a las personas en los diferentes ámbitos de actuación y, por esto, mientras más alto sea el nivel educativo del profesional de la enfermería mayor autonomía puede desarrollar durante el ejercicio de la profesión.

75

Dada la importancia de la educación en el contexto de enfermería, se espera que todos los profesionales tengan la posibilidad de vivir la experiencia educativa de manera significativa y la puedan desarrollar de manera efectiva en el día a día; no obstante, se puede observar en la cotidianidad que el ejercicio de la educación presenta limitaciones por motivos diversos. Los motivos que pueden afectar la práctica educativa en el ámbito clínico pueden ser de orden personal, ya que en ocasiones existen profesionales que no poseen las competencias necesarias para desempeñar adecuadamente esta práctica. Por otro lado, pueden existir factores externos propios del contexto institucional o del puesto de trabajo, que también pueden interferir en el ejercicio del rol.⁷⁶

Cuando la experiencia educativa no se logra dar plenamente, puede limitarse el ejercicio de la autonomía y la gestión de los servicios, además, puede afectarse el cuidado a los pacientes, en la medida en que estos no tendrán los elementos

conceptuales y actitudinales que se adquieren a través del proceso educativo y que son necesarios para alcanzar los objetivos de cuidado y autocuidado propuestos.

Los enfermeros clínicos reconocen que la autonomía se desarrolla con el tiempo y está relacionada con la confianza y el juicio clínico competente. Hacen énfasis en la necesidad de tener apoyo organizacional para contar con oportunidades de educación continuada. Sin embargo, también reconocen las posibilidades dentro de la práctica para crear un clima de supervisión y consulta que ayude tanto a los principiantes como a los enfermeros experimentados a fortalecer su juicio clínico.⁷⁷

5.6.- SOCIOLOGÍA DE LAS PROFESIONES

La sociología de las profesiones se considera un campo de la sociología que busca que los profesionales puedan ser considerados y analizados como un grupo en el centro de una sociedad. Identifica las funciones que cumplen las profesiones dentro de un contexto social y establece las bases conceptuales y las categorías de análisis que direccionan su estudio.

El enfoque sociológico de las profesiones tiene como objetivos fundamentales analizar los fenómenos de socialización y de inclusión dentro de una determinada profesión, los procesos de asociación dentro de las categorías profesionales, los tipos de acción social que se generan con los roles profesionales, además de identificar y explicar los canales y modelos de movilidad social que una u otra profesión producen o incentivan.

Weber planteó que la profesión es concebida como aquello que el hombre ha de aceptar porque la providencia se lo asigna, algo a lo que tiene que allanarse, estableciéndose el trabajo profesional como misión, es decir, un medio por excelencia al servicio de Dios. Estas concepciones permanecieron y predominaron por mucho tiempo y la enfermería no fue una excepción.⁷⁸

Para el caso de esta profesión, se han tratado de establecer criterios internos de profesionalización que permitan reflexionar sobre las características de su surgimiento y evolución y, por consiguiente, el desarrollo de la profesión. Leddy plantea que las características para evaluar la profesión están dadas por:

- Las características intelectuales: formadas por tres elementos, un conjunto de conocimientos en el que se fundamenta la práctica de la profesión, educación especializada para transmitir el conjunto de conocimientos y el empleo de los mismos en el pensamiento crítico y creativo.

- Los elementos prácticos: están relacionados con las habilidades especializadas que son esenciales para el desempeño de una función profesional única.
- El servicio a la sociedad: exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso de toda la vida que implica no considerar a la enfermería como un trabajo, sino como una profesión.
- Autonomía; significa que los practicantes de una profesión controlan sus propias funciones en el ambiente de trabajo, implica independencia, disposición a correr riesgos y responsabilidad de los propios actos, así como autodeterminación y autorregulación.

Estos factores deben influir en mejorar y potenciar en que la enfermería entre al mundo de la profesionalización y se preste para la reflexión dentro del mismo gremio, sin embargo, existen otros factores que han influido negativamente en la profesionalización de la enfermería, uno de ellos fue la subordinación del conocimiento a la hegemonía de la práctica médica, por lo que desde siempre la medicina condicionó y delimitó la formación de la enfermería. La medicalización de la sociedad generó necesidades y demandas que hicieron que estos profesionales entrenaran mujeres servidoras, disciplinadas y con corazón sensible, es decir, agentes ejecutores e informadores dependientes del cuerpo médico, cuyo sentido de responsabilidad implicaba el cumplir actividades, pero evitando los juicios, los discernimientos y la crítica, esto deriva en una total falta de identidad de la profesión, independencia y autonomía.⁷⁹

En la actualidad, todavía existe un alto grado de dependencia respecto del poder médico y lo que debería entenderse como colaboración se mantiene en muchos niveles como subordinación. Aunque en la división del trabajo del sector hospitalario ha habido grandes cambios, es precisamente en ese campo donde seguramente la indeterminación de funciones hace que la dependencia aún sea mayor.

La autonomía total y el control de la práctica por la propia profesión, son precisamente dos características que la enfermería moderna se empeña en conseguir, pero que no han estado, ni están aún presentes en la enfermería actual. Derivado de ello surgen algunas interrogantes que tratarán de responder en qué medida ha influido el medio en que se ha desenvuelto la enfermería en la situación actual de la profesión y si esto tiene que ver con la aceptación de que la enfermería se halla en proceso de cambio y cuales deben ser las nuevas orientaciones que deben seguirse para alcanzar estos objetivos. ⁸⁰

El desarrollo disciplinar de enfermería revela progreso y avances, según los criterios de profesionalización considerados por el enfoque sociológico de las profesiones. Es importante destacar que este no es un proceso lineal, es discontinuo, está sujeto a tensiones y conflictos de diversa índole, lo cual implica el compromiso de los programas de formación para problematizar, analizar y discutir todas las variables que influyen en este proceso en la búsqueda de un mayor avance y desarrollo de la profesión. ⁸¹

6.- METODOLOGÍA

En este apartado se describen puntualmente los elementos que conforman a la metodología, da cuenta de la selección del diseño del estudio, así como de los elementos que se usaron para elegir y caracterizar a la población de este estudio y de los criterios utilizados para su selección y/o exclusión a participar en este trabajo, de igual manera se detallan las técnicas de análisis de la información y se describen las características del instrumento utilizado.

6.1.- TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal.

La finalidad del estudio será describir la frecuencia y las características más importantes de un fenómeno particular (autonomía) en una población (profesionales de enfermería). Y proporcionará datos sobre los que se podrán realizar algunas conclusiones.

El estudio transversal permitirá identificar los datos obtenidos de un grupo de personas en un momento dado de la evolución del fenómeno y examinar posibles asociaciones, sin embargo, en este estudio no se podrá establecer una asociación causal.

6.2.- UNIVERSO

Se considera como universo del estudio a todos los profesionales de la enfermería que laboran en un instituto de tercer nivel, sin embargo, se sugiere que el instrumento entre otros de sus elementos sirvan para aplicarse en poblaciones de enfermeras y enfermeros que laboran en instituciones de segundo y primer nivel, respectivamente, debido a que en algunas de sus características tanto profesionales, como de formación, comparten muchas de ellas y serviría para unificar algunos criterios que sirvan para consolidar el crecimiento de la profesión.

6.3.- POBLACIÓN

Los sujetos se deben incluir en el estudio dependiendo estrictamente de la pregunta y los objetivos de investigación, para el caso particular de este estudio se tomarán en cuenta a los profesionales de enfermería que laboran en una institución de alta especialidad y se tomarán como criterios inclusivos que tengan un grado de licenciatura o superior y que cuenten con mínimo 3 años de experiencia laboral, se tomarán en cuenta tanto a hombres como mujeres; los criterios de exclusión son personal que únicamente con una carrera técnica y que tengan menos de 3 años de experiencia laboral, mientras tanto los criterios de eliminación serán las personas que no deseen participar en el cuestionario y que no respondan completamente el cuestionario.

6.4.- MUESTRA

La población de profesionales la integran la totalidad de enfermeras y enfermeros tanto generales como especialistas del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. La selección de la muestra no necesito cálculo ya que se utilizaron otros criterios como se describe en el apartado siguiente para seleccionar a las participantes. Se seleccionaron todos los servicios del Instituto.

6.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión:

- Grado de licenciatura o superior
- Ejercer como enfermero(a) general o especialista
- Ejercer con 2 o más años de antigüedad dentro del instituto
- Aceptación por parte del profesional de formar parte de la investigación

Criterios de exclusión:

- No poseer título de licenciatura en enfermería o especialista en enfermería.
- Ejercer con menos de 2 años de antigüedad dentro del instituto.
- La desaprobación por parte del profesional de no querer formar parte de la investigación.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios no respondidos de forma completa y/o correcta.

6.6.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables identificadas en este estudio son: autonomía, autorregulación, educación y liderazgo, a continuación, se describe cada una de ellas:

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE ANÁLISIS
AUTONOMÍA	Facultad de una persona o entidad que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros.	INDEPENDIENTE	ORDINAL	Proporciones
AUTORREGULACIÓN	Proceso formado por pensamientos autogenerados, emociones y acciones que están planificadas y adaptadas cíclicamente para lograr la obtención de los objetivos personales.	DEPENDIENTE	ORDINAL	Proporciones
EDUCACIÓN	Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.	DEPENDIENTE	ORDINAL	Proporciones
LIDERAZGO	Conjunto de habilidades gerenciales que un individuo tiene para influir en la forma de ser y actuar de las personas logrando metas y objetivos	DEPENDIENTE	ORDINAL	Proporciones

	previamente planteados.			
--	----------------------------	--	--	--

6.7.- TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó la Escala de Actividad de Enfermería que fue desarrollada para medir el nivel de autonomía en profesionales de enfermería. La escala es una revisión de Schutzenhofer por la cual se nombra ahora Escala de autonomía profesional de enfermería de Schutzenhofer (SPNAS).

Los elementos de dicha escala son descripciones breves de situaciones que no son específicas de ningún área clínica en la que un profesional de enfermería debe emprender alguna acción, pero que sí requiere el ejercicio del juicio profesional de enfermería y consiste en 30 ítems contruidos, aunado a esta escala se agregó una pregunta de respuesta libre en la que el profesional califica su autonomía en un ejercicio de autopercepción.

La validez de contenido fue evaluada mediante una revisión por profesores de enfermería preparados con doctorado para asegurar una gama de comportamientos autónomos. La base en la literatura de enfermería también se informó a priori evidencia de validez de contenido.

También se les dio la definición de trabajo de autonomía profesional utilizado en el desarrollo del instrumento, porque trabajos anteriores habían indicado bajos niveles de comprensión de la autonomía profesional. El valor alfa de Cronbach de 0.92.

6.8.- PRUEBA PILOTO

El instrumento se aplicó a 10 licenciados (5) y licenciadas (5) de enfermería, que trabajan en hospitales privados de tercer nivel en los servicios de cirugía general, neurología, quirófano y terapia intensiva, respectivamente; se respondieron en presencia del investigador en un tiempo promedio de 10 minutos por encuesta por persona, se realizó el análisis de los datos y se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión, y se concluyó la correcta comprensión del cuestionario y uso para la muestra definitiva.

6.9.- INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICAS GENERALES

¿Qué va a ser medido (identificación y listado de variables)?	
Variable o concepto 1:	AUTONOMÍA PROFESIONAL
Variable o concepto 2:	-----
Variable o concepto 3:	-----
¿Qué o quiénes van a ser medidos?	Profesionales de la enfermería que se encuentren laborando en una institución de alta especialidad
¿Cuándo (fechas precisas)?	NOV- DIC 2021
¿Dónde? (lugar específico, qué empresas en concreto)	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
¿Nuestro propósito (coherente con el planteamiento) al recolectar los datos es?	Medir la autonomía de los profesionales de la enfermería a través de la aplicación de una encuesta.
¿Nuestras definiciones operacionales son?	
Variable o concepto 1:	AUTORREGULACIÓN
Variable o concepto 2:	EDUCACIÓN
Variable o concepto 3:	LIDERAZGO
¿Qué tipo de datos queremos obtener?	Datos cuantitativos que permitan analizar las opiniones y perspectivas de los profesionales de la enfermería sobre sus habilidades y destrezas para ejercer la autonomía de práctica dentro de una institución de alta especialidad.
Técnica de recolección	Cuestionario con ítems valorados con escala tipo Likert

6.10.- PLAN DE ANÁLISIS

La recolección y el análisis de los datos se realizó a través de la plataforma Google Forms, se eligió esta plataforma ya que es de uso gratuito, múltiples usuarios pueden acceder a ella simultáneamente, es de fácil acceso a través de un dispositivo móvil o desde una computadora y permite obtener datos en tiempo real acerca de las respuestas que cada uno de los participantes emita en los cuestionarios, aunado a ello, se elaboró el mismo cuestionario en un formato físico, ya que algunas personas prefirieron responder de esta forma. Los datos se trasladaron al programa SPSS, versión 21, para así obtener diversas medidas de tendencia central y dispersión, los datos finales se copiaron a un archivo de Microsoft Excel en donde se obtuvieron gráficas más detalladas y que fueron agregadas en los resultados de este estudio.

6.11.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Ley General de Salud:

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio, se toma en cuenta el siguiente riesgo:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Declaración de Helsinki:

La asociación médica mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos anteriores.

Principios bioéticos:

Los principios bioéticos que rigen la investigación deben aplicarse también a la elaboración de la pregunta de investigación, para que ésta cumpla, además de las condiciones técnicas, las premisas de respeto a dichos principios de beneficencia,

no maleficencia, autonomía y justicia. No sería justificable plantear un trabajo que no aportará un beneficio a las personas, ni un avance relevante en el conocimiento.

Consentimiento informado:

Sometido a una evaluación por el comité de ética del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía incluido en el anexo de este documento.

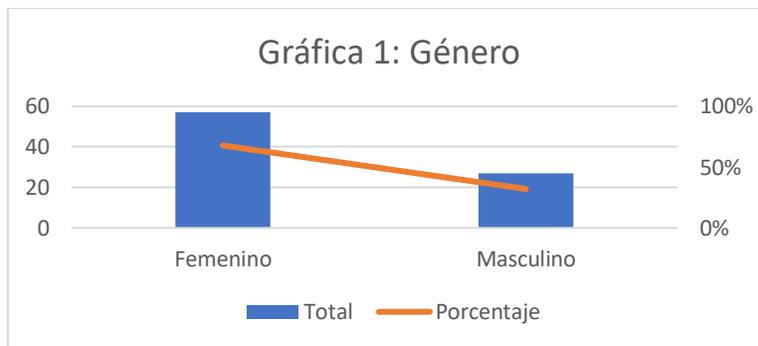
7.- RESULTADOS

En este apartado se exponen los datos obtenidos a través de la aplicación de la escala en formato digital y formato físico, las respuestas obtenidas de los cuestionarios se realizaron a través de los dispositivos móviles de los participantes en un ambiente relajado, mientras que los cuestionarios aplicados físicamente se aplicaron durante el trabajo profesional dentro del turno del participante. Para una mayor comprensión de los resultados se dividen en 2 partes: caracterización de la muestra: que incluye género, edad, grado académico, servicio, turno y antigüedad, mientras que en la segunda parte se hace un análisis utilizando gráficos en donde las 3 variables que forman parte del estudio y que a su vez representan los ítems respondidos en el cuestionario son visibles en una puntuación global y se hace un análisis de la pregunta de respuesta libre agregada al final del cuestionario.

Caracterización de la muestra:

SEXO:

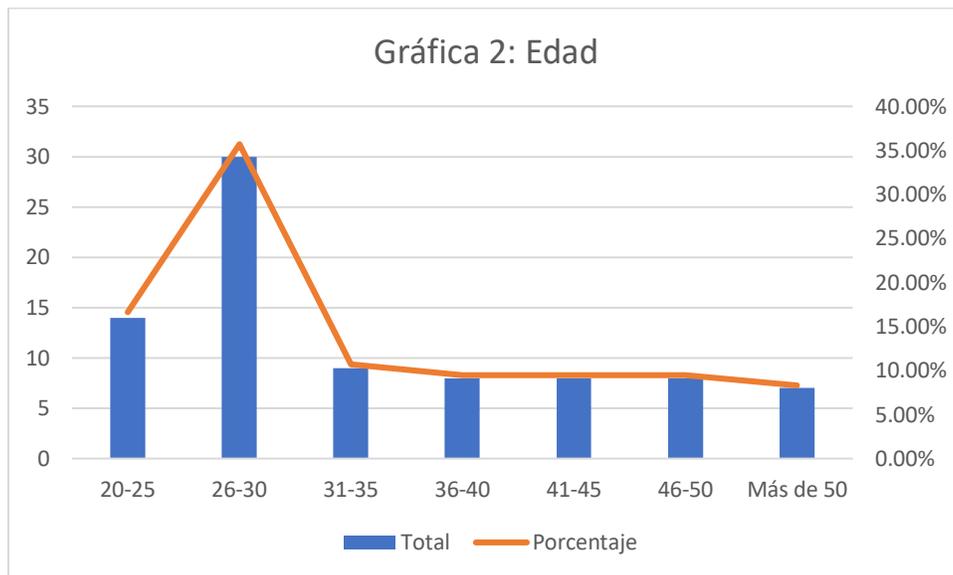
Se encuestó a 84 profesionales de enfermería en donde 57 participantes fueron mujeres (68%) y 27 hombres. (32%) (Gráfica 1).



Fuente: Cuestionario SPNAS

EDAD:

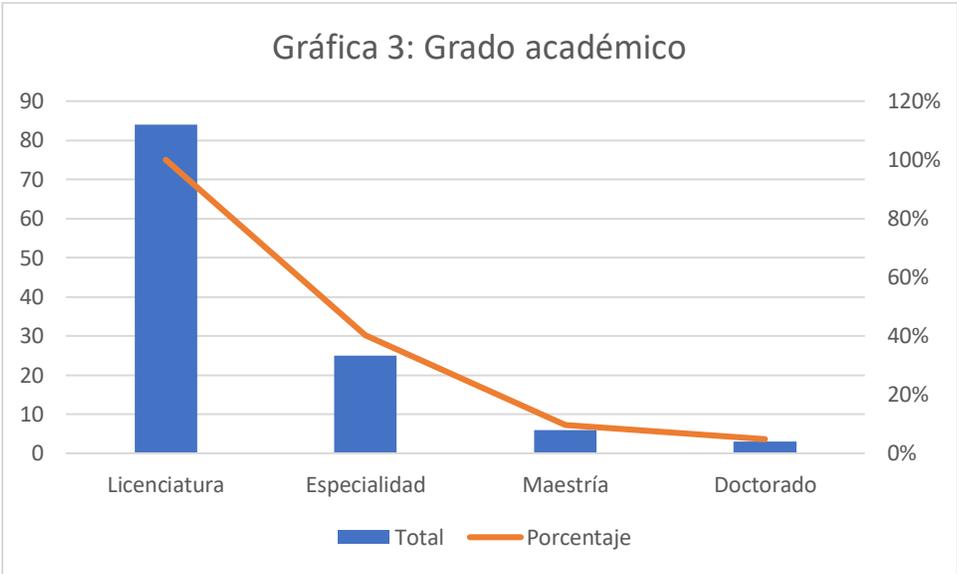
Respecto a la edad se identificó a los participantes en los grupos de edad que van de los 20-25 años (14), 26-30 años (30), 31-35 años (9), 36-40 años (8), 41-45 años (8), 46-50 años (8) y más de 50 años (7). (Gráfica 2).



Fuente: Cuestionario SPNAS

GRADO ACADÉMICO:

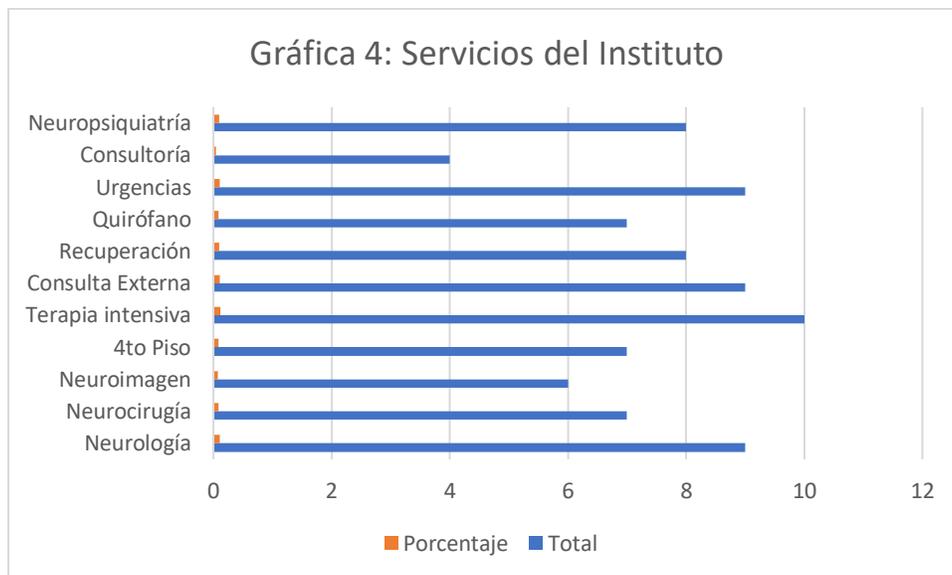
Respecto al grado académico uno de los criterios de inclusión es que los encuestados tengan un grado de licenciatura, así es que el 100% de los participantes cumple con este criterio, sin embargo 25 de ellos tienen un grado de especialidad, 6 cuentan con un grado de maestría y tan solo 3 tienen un grado de doctorado. (Gráfica 3).



Fuente: Cuestionario SPNAS

SERVICIOS DEL INSTITUTO:

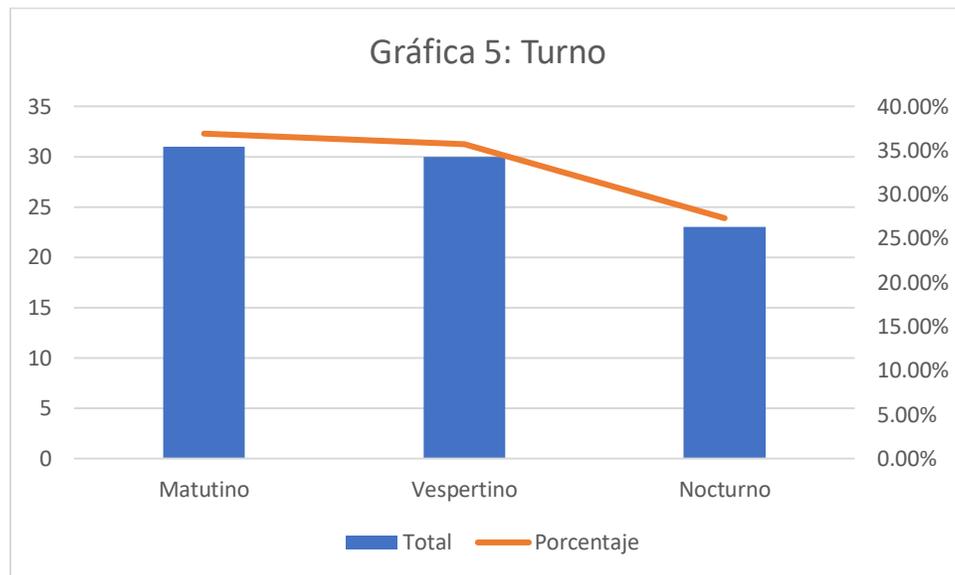
Se tomaron en cuenta todos los servicios del instituto donde se aplicó el cuestionario, estos servicios son: Neurología, Neurocirugía, Neuroimagen, 4to piso, Terapia intensiva, Consulta Externa, Recuperación, Quirófano, Urgencias, Consultoría de Enfermería, Neuropsiquiatría, en el siguiente gráfico (Gráfica 4) se muestran los participantes de cada uno de los servicios.



Fuente: Cuestionario SPNAS

TURNO:

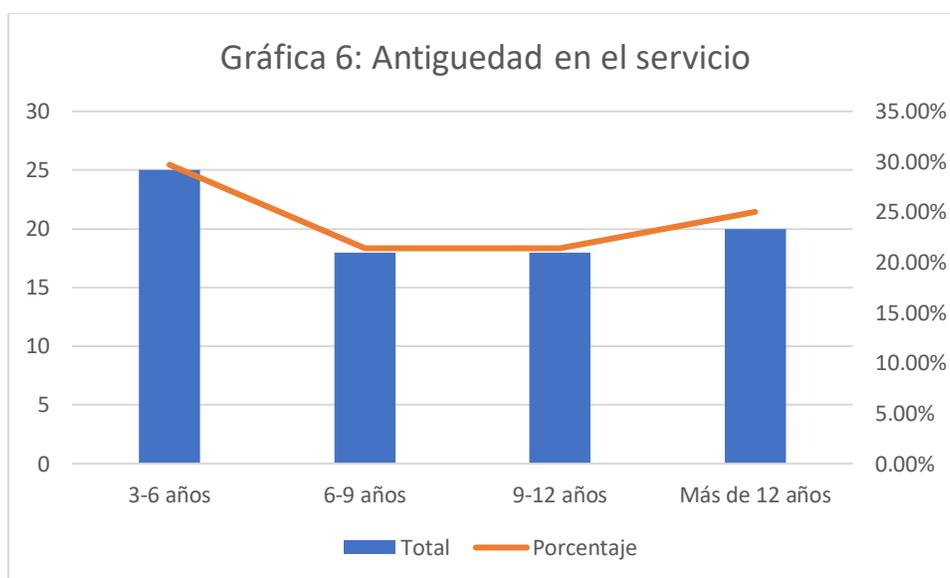
Respecto al turno, 31 participantes pertenecen al turno matutino, 30 participantes pertenecen al turno vespertino y 23 participantes pertenecen al turno nocturno. (Gráfica 5).



Fuente: Cuestionario SPNAS

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO:

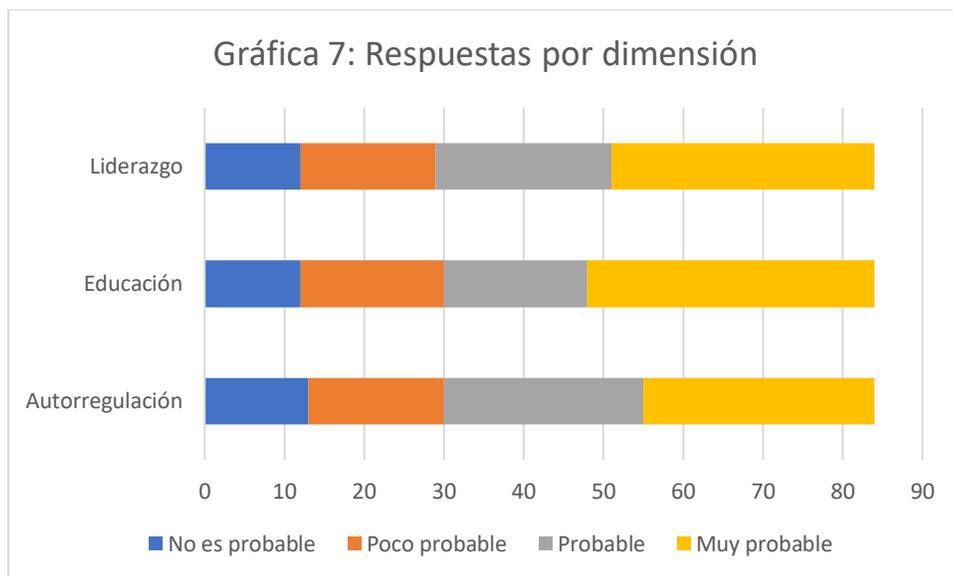
Concerniente a la antigüedad en el servicio y que también funge como un criterio de inclusión importante para la resolución del cuestionario se clasificó en las siguientes categorías: 3-6 años, 6-9 años, 9-12 años y más de 12 años. (Gráfica 6).



Fuente: Cuestionario SPNAS

DIMENSIONES:

Se identificaron 3 dimensiones que juegan un papel muy importante para la autonomía de la práctica de enfermería: autorregulación, educación y liderazgo, respecto al instrumento a cada una de ellas pertenecen 10 preguntas respecto al instrumento SPNAS, a la primera de ellas (autorregulación) pertenecen las preguntas 1-6, 12-13, 19 y 30, la segunda variable medida (educación) pertenecen las preguntas 7, 11, 14, 17, 20, 22, 23, 25, 26, 29 y a la última variable (liderazgo) pertenecen las preguntas 8, 9, 10, 15-16, 18, 21, 24, 27-28, en donde se respondió de la siguiente manera. (Gráfica 7).

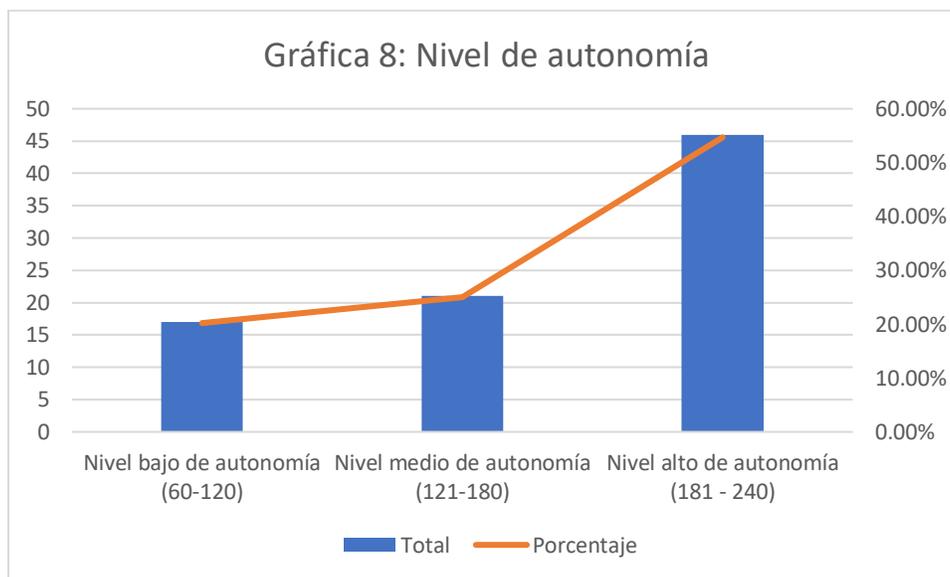


Fuente: Cuestionario SPNAS

En las 3 dimensiones menos del 16% de los participantes respondieron que no es probable que su actuar se lleve a cabo de acuerdo a los ítems respondidos, sin embargo, la respuesta que tuvo más valía fue que es muy probable que los participantes actúen de acuerdo a los ítems respondidos con un porcentaje máximo que alcanza el 43%.

NIVEL DE AUTONOMÍA:

Derivado de lo anterior y de acuerdo a la forma de evaluación del instrumento en donde las respuestas ponderan tres niveles de autonomía que van desde: 1 = nivel bajo de autonomía, 2 = nivel medio de autonomía y 3 = alto nivel de autonomía. Para lograr la ponderación, el puntaje numérico del ítem de cada encuestado se multiplica por el peso de cada ítem, ya sea por 3, por 2 o por 1, según corresponda, a continuación, se suman las puntuaciones ajustadas de los ítems para que las puntuaciones totales producidas puedan oscilar entre 60 y 240. (Gráfica 8).

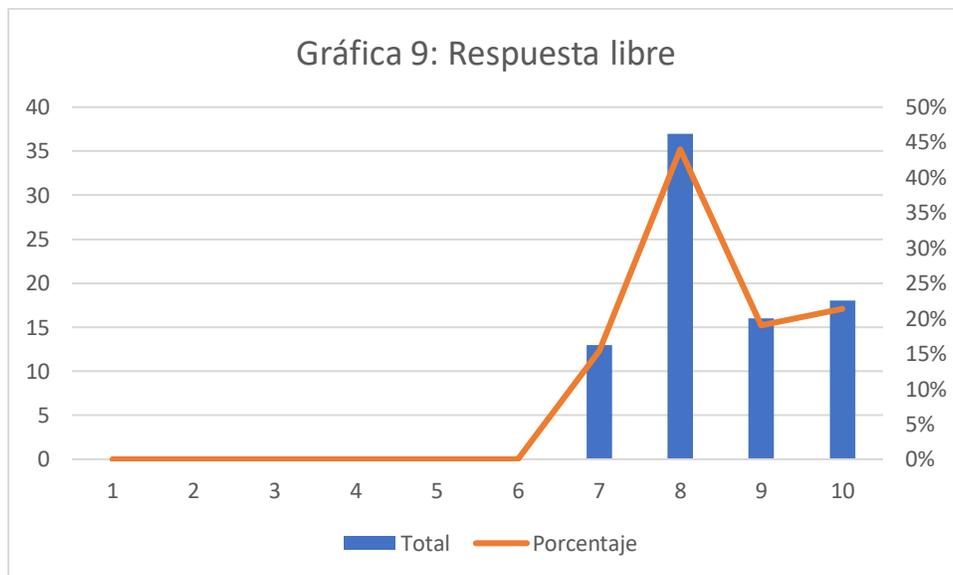


Fuente: Cuestionario SPNAS

Como se observa, el 54.7% de los participantes piensan que tienen un nivel alto de autonomía en los diferentes servicios donde ejercen su actividad profesional, el 25% tienen un nivel medio de autonomía, mientras que el 20.2% ejercen un nivel de autonomía bajo.

PREGUNTA DE RESPUESTA LIBRE:

Aunado al instrumento SPNAS, se agregó una pregunta de respuesta libre en la que cada participante respondió de acuerdo a su propia percepción, la pregunta fue la siguiente: En una escala del 1 al 10, ¿cómo considera su nivel de autonomía dentro del servicio donde labora tomando en cuenta su actividad profesional?, los resultados fueron los siguientes (Gráfica 9).



Fuente: Cuestionario SPNAS

Se observa que el 44% de los participantes se ubican en escala 8/10 como profesionales autónomos dentro de su práctica profesional, el 19% se ubican en la escala 9/10, el 21.4% se ubican en la escala 10/10, mientras que el 15.4% se ubican en la escala 7/10, por lo que se observa un nivel de autonomía alto en cada uno de los diferentes servicios donde se ejerce la autonomía de práctica dentro del instituto.

8.- DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio han analizado 3 diferentes dimensiones que tienen que ver con la autonomía profesional de enfermería, autorregulación, educación y liderazgo, en donde en la mayoría de los ítems evaluados en el instrumento destacan con porcentajes altos como se observa en las gráficas 7, 8 y 9.

Las preguntas 1, 4 y 14 encontradas en el instrumento SPNAS corresponden a la capacidad de enfermería en el ámbito de generar y gestionar el conocimiento dentro de su práctica profesional, esto se relaciona con la propuesta de Foucault, en donde menciona que las organizaciones, no sólo las de hoy, además de gestionar recursos como son personas y recursos financieros, gestionan conocimiento (saber). Gestionar el conocimiento significa estar a la vanguardia, en cuanto a desarrollo científico y tecnológico se refiere, el saber (el conocimiento) un saber que cumple con criterios de verdad al satisfacer o crear necesidades en el campo de lo real, es decir, en el campo profesional.²⁴

En relación con las preguntas 17, 27, 30, 33, se aborda el tema de capital humano y los recursos con los que se cuenta al buscar algunas herramientas incluso de otras profesiones para hacer uso dentro de la práctica clínica, profesiones como la psicología o la sociología, el valor del *capital* es importante porque su distribución inequitativa define la posición relativa que cada agente va a ocupar en un determinado *campo* e influye en el comportamiento y en las relaciones que el profesional establezca con el paciente. El capital profesional lo utiliza Bourdieu para designar los recursos y bienes de toda naturaleza que sirven y utilizan los individuos y los grupos, por lo tanto, cuando se habla de *capital*, no es una cuestión económica, sino que supone un *capital cultural, social y simbólico*.³¹

Por último, en las preguntas 3, 5, 6, 7, 12 en donde se evalúa si el profesional de enfermería tiene las capacidades, aptitudes y habilidades para responder a las necesidades que se presentan en su práctica profesional, dependen únicamente de sus propios conocimientos y no de otros profesionales. Para Weber, en toda

organización social considerada como “un grupo social estructurado”, la dominación se constituye un eje regulador de la vida social; las acciones sociales se estructuran y están reguladas por imposiciones del poder. El sistema de imposiciones funciona aún en sistemas democráticos en donde la minoría tiene que aceptar lo que la mayoría piensa y propone, esto llama mucho la atención debido a que un aspecto de gran trascendencia en el proceso de profesionalización fue el despertar al desarrollo teórico de enfermería, promoviendo un marco conceptual propio que fundamentara la identidad profesional y disciplinar, y disminuyera la dependencia histórica con otras profesiones de la salud.³⁷

La relación destacada de autonomía e involucramiento con el trabajo también está mediada por la edad de los profesionales. En este sentido, se ha reportado que distintos niveles de involucramiento se vinculan a la edad, encontrándose que en menores de 25 años y en mayores de 30 años el nivel de involucramiento laboral es mayor que en enfermeras entre 25 y 30 años. Lo anterior concuerda con los hallazgos obtenidos de que, a mayor edad y antigüedad laboral en los servicios, se alcanza mayor nivel de autonomía en actividades propias de la profesión. La relación de la edad y de la experiencia laboral con el nivel de autonomía fue, igualmente, reportada en enfermeras de Irán, observándose mayor nivel de autonomía entre los 30 y 40 años y con más de 10 años de experiencia de trabajo.

48

De acuerdo a los resultados de la autonomía profesional en una institución de segundo nivel reportada por Kramer, hace énfasis en tres dimensiones similares a las descritas en el trabajo: A) Dimensión 1: Control sobre la práctica: (este factor agrupa ítems que se podrían relacionar en mayor medida con el constructo “independencia del trabajador” para poder planificar y desarrollar su trabajo). B) Dimensión 2: Autonomía clínica o práctica: hace énfasis en la toma de decisiones por parte del enfermero en relación al cuidado que brindará al paciente y C) Dimensión 3: Autonomía institucional: Hace referencia a la toma de decisiones relacionadas con la organización de la institución donde se desempeña el profesional. Estos tres dominios conformarían en conjunto el constructo que el autor

de la escala pretende medir: Autonomía, relacionada con el grado de independencia para poder planificar y desarrollar su trabajo, teniendo en cuenta la toma de decisiones en el paciente y la posibilidad de que la organización o institución donde labora impacte de manera positiva o negativa el grado independencia del enfermero.

51

Al instrumento presentado se agregó una pregunta de respuesta libre que consistió en valorar del 1-10 el grado de autonomía que el personal de enfermería percibe de sí mismo, la cual obtuvo niveles altos en cuanto a su calificación, en donde la más alta percibida fue de 8, seguida de 10, y por último en 9, en ese orden. En un estudio chileno reportado por Triviño Vargas la población estudiada se concentró bajo los 30 años de edad; en este rango es de esperarse que el profesional de la enfermería viva y actúe en la sociedad según su propia responsabilidad y no bajo la tutela de otros, como reporta el presente estudio, sin embargo, al convertirse en profesional de la enfermería el respectivo nivel de autonomía será en parte determinado por la concepción que la sociedad tiene de la profesión de enfermería, la cual es influenciada por el concepto que ellas atribuyen a su propia actividad profesional. ⁵⁶

9.- LIMITACIONES

Los hallazgos que han surgido de este trabajo deben ser valorados y ponderados conforme a sus limitaciones y potenciales sesgos. Entre otros, que se trabajó con una muestra pequeña (84 personas) provenientes de un instituto de alta especialidad y, por ende, puede verse afectada su validez externa en otros contextos. Por otra parte, la aplicación del instrumento que fue utilizado conforme a las dimensiones reportadas y seleccionadas en la literatura por el autor del instrumento, se debe considerar que hay otras dimensiones que pueden definir a la autonomía profesional de enfermería. No obstante, se podría evaluar en estudios futuros con estas mismas dimensiones con otros enfermeros que laboren en otras áreas, con otras edades y con otro nivel de preparación. Se trató de un estudio cuantitativo, por lo que no permite explorar la parte cualitativa que también es importante para abordar desde otro contexto el fenómeno de la autonomía. Aún con las limitaciones citadas, se ha obtenido una aproximación al fenómeno estudiado que permite disponer de información para implementar acciones de mejora y para incrementar el nivel de autonomía profesional.

10.- CONCLUSIÓN

- Los hallazgos de esta investigación permitieron determinar la autopercepción del nivel de autonomía de los profesionales de la enfermería en el cuidado de las personas en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México.
- Se exploró la forma en como el enfermero construye dicha percepción en su práctica clínica.
- En el ejercicio cotidiano y el quehacer diario, las y los profesionales aún manifiestan limitaciones en el ejercicio de la autonomía, en particular en actividades de índole administrativa.
- Se reconoce el empoderamiento existente en los profesionales en la toma de decisiones sobre acciones de educación, prevención y promoción de la salud y elección en las intervenciones y el seguimiento tanto para pacientes como a familiares.

A partir de los resultados identificados en el presente trabajo, se recomienda continuar investigando y buscando soportes teóricos que permitan reconocer el concepto y la teoría bajo las cuales los ítems se asocian integrándose a cada dimensión, así como también aplicar este estudio en otras poblaciones. Se recomienda empezar a trabajar en investigaciones que busquen demostrar cómo entornos donde se presenta mayor autonomía influyen en satisfacción laboral, disminución de índices de rotación de personal, satisfacción de las personas, menos desgaste de enfermería, entre otros factores que pueden tomarse en cuenta. Es preciso trabajar en la evaluación de los entornos laborales y como estos influyen en el grado de autonomía que pueda tener el profesional de Enfermería. Es necesario aplicar este instrumento en instituciones diversas, con un número de participantes mayor al de este estudio con el objetivo de comparar resultados y generar correlaciones y discusiones entre las mismas con el fin de reconocer aún más el fenómeno de autonomía profesional.

11.- REFERENCIAS

1. Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 2015;15(1):129-140. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.12
2. Paredes P, Rivas E. Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Ciencia y enfermería*. 2014;20(1):9-21.
3. Torres-Galán, J. Sanfilippo-Borrás J. El nacimiento de la Escuela de Enfermería en la Ciudad de México (1888-1911), *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*. 2016;64:139-164.
4. Siles J. La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index Enferm*. 2004;13(47):07-10.
5. Ayala-Valenzuela R. Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profesionales de enfermería. *Educ méd*. 2008;11(3):125-129.
6. Urteaga E. Sociología de las profesiones: una teoría de la complejidad. *Lan Harremanak*. 2008;18(1):169-198
7. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La “gestión del cuidado” en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Ciencia y enfermería*. 2010;16(1):17-29.
8. Barrio I, Molina A, Sánchez C, Ayudarte M. Ética de enfermería y nuevos retos. *Anales Sis San Navarra*. 2006;29(3):41-47
9. Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Revista Aquichán*. 2005;5(1):114-127
10. Triviño P, Barría R. Nivel de autonomía de enfermeras en la práctica pediátrica. Una experiencia chilena. *Enfermería Universitaria*. 2016. 13(4): 216-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.09.002>
11. González A. Hernández G. Proceso de enfermería como constructor de autonomía profesional: una investigación acción. *Enfermería Universitaria. Académica*. 2012. 10(8):114-126
12. Alexander W. Determinantes del staff de enfermeras y percepción de

Autonomía dentro de diferentes contextos clínicos. *Journal of Nursing Administration* 2000;30(12):611-17.

13. Acorn R. Descentralización y organización como determinantes en el trabajo de enfermería. *Index Enferm.* 2004;13(46):09-12.
14. Krugman M. Evaluación longitudinal del rediseño de la práctica profesional de enfermería. *Ciencia y enfermería.* 2011;XVII(3):23-33.
15. Gómez-Torres D. Proceso de enfermería como constructor de autonomía profesional. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2016;24(3):183-9
16. Tosoli A. Estudio comparativo sobre las representaciones de la autonomía profesional elaboradas por estudiantes iniciantes y concluyentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original* 2017;25:e2927 DOI: 10.1590/1518-8345.1919.2927
17. Landman C. Transitando hacia el ejercicio de autonomía y liderazgo. *Enfermería Universitaria.* 2019;16(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.644>
18. Torres DG, Rojas GTR, Garduño MDM, Peres AM Autonomía profesional de enfermera perinatal. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro,* 2019; 27(6). DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37778>
19. Foucault M. *El poder una bestia magnífica: sobre el poder, la prisión y la vida.* Buenos aires: Siglo XXI; 2012
20. Iliopoulou G, While A. Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland, *JAN g* 66(11), 2520–2531. Disponible en: doi: 10.1111/j.1365- 2648.2010.05424.x.
21. Barlem EL, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski JG, Silveira RS. Sufrimiento moral en el cotidiano de la enfermería: huellas ocultas de poder y resistencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017;21(1):115-127.
22. B. Sheer, F.K. Wong. The development of Advance Practice Nursing Globally. *J Nurs Scholars.* 2010;11(22):204-211. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x>
23. Holm-Detlev, K. Foucault como sociólogo de la empresa moderna.

Recuperado el 10 de noviembre de 2021. Disponible en: <http://www.udistrital.edu.co/comunidad/grupos/ingformate/Articulos/Central%20Foucault.doc>

24. Pelayo, A. & Moro. Michel Foucault y el problema del género. Recuperado el 10 de noviembre de 2021. Disponible en: <http://descargas.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/57905063656367164754491/015806.pdf?incr=1>
25. McKinlay, A. & Taylor, P. Through the Looking Glass: Foucault and the Politics of Production. Foucault, Management and Organization Theory. (pp. 173-190). London: Sage.
26. Savage, M. Discipline, Surveillance and the 'Career': Employment on the Great Western Railway 1833-1914. Foucault, Management and Organization Theory. (pp. 65- 92). London: Sage.
27. Lunardi V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enferm Clin.*2006;16(5):268-274.
28. Ramos, Flávia Regina Souza; Padilha, Maria Itayra Coelho S; Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira; Mancia, Joel Rolim (2007). Bourdieu & Enfermería. Arriesgarse a pensar de otros modos. *Index de Enfermería*; 57:37-41.
29. Irigibel Uriz, Xabier. Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *Index de Enfermería*; 17(4):276-279
30. Weber, M. Sociología del poder. Los tipos de dominación. Abellán, G.J. (Trad.). Madrid: Alianza.
31. McKinlay, A. & Taylor, P. Through the Looking Glass: Foucault and the Politics of Production. Foucault, Management and Organization Theory. (pp. 173-190). London: Sage.
32. Finn CP. Autonomy: An Important Component for Nurses Job Satisfaction. *International Journal of Nursing Studies* 2001;38(3):349-57.
33. MacDonald C. Nurse Autonomy as Relational. *Nursing Ethics* 2002;9(2):194-201.
34. Luengo-Martínez C, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Profesionalismo en

enfermería: una revisión de la literatura. *Enferm. univ.* 2017; 14(2): 131-42.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.001>

35. Amezcua M. Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index Enferm.* 2009;18(2):77-79.
36. De Lima L, Coelho S, Adyles L, Biolchi T, Pires de Pires D, Schubert V. Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. *Enfermería global.* 2011;10(22).
37. Amezcua M. Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index Enferm.* 2009;18(2):77-79.
38. Stewart J, Stansfield K, Tapp D. Clinical Nurses Understanding of Autonomy: Accomplishing Patient Goals through Interdependent Practice. *Journal of Nursing Administration* 2004;34(10):443-450.
39. Aquino V, García C, Ruvira C. Enfermería: ¿déficit de identidad? ¿Crisis entre reflexión-acción? *Revista Uruguaya de Enfermería.* 2012;7(2):1-7
40. Martínez A, Hueso C, Gálvez M. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;18(3):339-345.
41. Souza L, Ferreira A, Nunes R, Veloso O, Vieira M, Ramos L. El liderazgo en la visión de enfermeros líderes. *Enfermería Global.* 2013;12(30):268-280.
42. Yáñez R, Loyola G, Huenumilla F. La confiabilidad en el líder: un estudio sobre las enfermeras jefes de un hospital. *Ciencia y enfermería.* 2009;XV(3):77-89.
43. Alonso M, López K, Medina M, Esparza S, Alonso M, Álvarez M. El cuidado como fundamento de la identidad de enfermería: las voces del profesorado. *Desarrollo Cientif Enferm.* 2009;17(9):386-391.
44. Buckner E, Anderson D, Garzon N, Hafsteinsdottir T, Lai C, Roshan R. Perspectives on global nursing leadership: international experiences from the field. *International Nursing Review.* 2014;61(4):463-471.
45. Dalfó-Pibernat A. La prescripción enfermera en atención primaria: mayor autonomía e identidad profesional percibida. *Enferm Clin.* 2015;25:100-1. doi: 10.1016/j.enfcli.2014.11.002

46. Dettmer J. La sociología de las profesiones un estado del arte. En: Sociología de las ocupaciones profesionales. 2009. 16; 25-52.
47. Weber, M. Sociología del poder. Los tipos de dominación. 2007. Abellán, G.J. (Trad.). Madrid: Alianza.
48. Leddy S. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 2015. 70(2). 137-58.
49. Klegon DA. The sociology of the professions: an emerging perspective. 2011; 25(3). 76-96.
50. Burgos-Moreno M, Paravic-Klijin T. Enfermería como profesión. Revista cubana de Enfermería. 2009;25(1):2-9. 2.
51. Kramer M, Schmalenberg C. The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. Critical Care Nurse. 2008; 28(1)58-71.
52. Mckernan J. Investigación-acción y curriculum. Madrid, España: Ediciones Morata; 2008.
53. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación (CD-Rom). México: McGraw Hill; 2010.
54. Castillo JA. Capacitación de productores en investigación-acción: estudio de caso del control biológico del minador de la hoja de los cítricos. Tropical and Subtropical Agroecosystems. 2004;4(1):415-20.
55. Arenas-Fernández, J. Investigación-acción y enfermería de urgencias y emergencias: un cambio en el proceso de enseñanza-aprendizaje [Tesis doctoral]
56. Wade-Gail, H. Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. Journal of Advanced Nursing. 1999;30(2):310-318.
57. MacDonald, C. Nurse Autonomy as relational. Nursing Ethics. 2002;9(2):194-201
58. Mulero-Portela AL. Autonomía profesional en la práctica de terapia física. Rev Iberoam Fisioter Kinesol. 2003;6(2):91-100
59. Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. Revista Aquichán. 2005;5(1):114-127

60. Jara P, Valenzuela S. La utilización de herramientas de investigación cualitativa en la construcción y diseño de indicadores de la práctica de enfermería. *Cienc. Enferm.* 2009;15(3):9-13
61. Górajek-Jozwik. Enfermería contemporánea: Objetivos y tareas. *Diario de la investigación pre-clínica y clínica.* 2007;1(1):027-029
62. Ledesma-Delgado ME, Rino-Mendez M. El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009;17(3):328-334
63. Defrino DT. A theory of the relational work of nurses. *Research and Theory for Nursing Practice.* 2009;23(4):294-311.
64. Daza-De-Caballero R, Torres-Pique AM, Prieto-De-Romano GI. Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto. 2005;14(48-49):18-22
65. Kendall S, Wilson P, Procter S, Brooks F, Bunn F, Gage H, et al. The nursing contribution to chronic disease management: a whole systems approach. *Queen's Printer and Controller of HMSO.* 2010;14(8):1-363
66. 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
67. Thacker, SK. Nurse's advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nursing Ethics.* 2008;15(2):174-185
68. Lorda P. Problemas prácticos del Consentimiento Informado. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas- N.º 5. Barcelona: Editorial Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2002.
69. Willard C. The nurse's role as patient advocate: obligation or imposition?. *J Adv Nurs* 1996; 24(1):60-6 .
70. Hyland D. An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: implications for nursing practice. *Nurs Ethic.* 2002; 9(5):473.

71. Fry S, Johnstone MJ, Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making. Second Edition. United Kingdom: Blackwell Publishing; 2002.
72. Vaartio H, Lieno-Kilpi H, Slaantera S, Suominen T. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced?. Scand J Caring Sci 2006; (20):282-92.
73. Hannsen I. An intercultural nursing perspective on autonomy. Nurs Ethics 2004; 11(1):28-41.
74. Simmonds AH. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. Nurs Ethics. 2008; 15(3):363.
75. Golden, G. Historic Hospitals of Europe, 1200-1981 [En línea]. Bruges: National Library of Medicine; Oct1984-Apr1985.p.3.
76. Beauchamp T, Childress JF. Principios de Etica Biomédica. 4ª Ed. Masson: España; 1999. (10) Hem MH, Heggen K. Is compassion essential to nursing practice?. Contemp Nurse 2004; 17(1):19–31.
77. Liaschenko J. Ethics in the work of acting for patients. Nursing Therapeutics 1995 dec; 18(2):1-12.
78. Ruof MC. Vulnerability, vulnerable populations, and Policy. Kennedy Inst Ethics J 2004 dec; 14(1):411-25.
79. Dierckx De Casterlé B, Verpoort C, Bal N, Gastmans C. Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). Med Ethics 2006; 32:187-92.
80. De Beer T. Gastmans C, Dierckx De Casterle B. Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature. Med Ethics 2004; 30(5):494-98.
81. Dönhoff M, Jonas H, Merkel R, Hannum H. Not Compassion Alone: On Euthanasia and Ethics. Hastings Cent Rep 1995; 25(7):44-50.

12.- ANEXOS

SPNAS (Schutzenhofer Professional Nursing Autonomy Scale)

Escala de Autonomía Profesional de Enfermería de Schutzenhofer

PROPÓSITO

La Escala de Actividad de Enfermería (NAS) fue desarrollada para medir el nivel de autonomía en profesionales de enfermería. El NAS es una revisión de Schutzenhofer por la cual cambió el nombre a Escala de autonomía profesional de enfermería de Schutzenhofer (SPNAS).

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

A medida que cambian los roles de enfermería en un sistema de atención médica en evolución y la atención continua se requiere de un elemento importante con el que cuenten los profesionales enfermeros, esta característica es la autonomía profesional.

La definición de trabajo de la autonomía profesional que da Schutzenhofer utilizada en la escala es: ***"La práctica de la ocupación individual de acuerdo con la educación recibida, con miembros de esa profesión, para gobernar, definir y controlar sus propias actividades en ausencia de controles externos"***.

Se llevaron a cabo varias etapas en el desarrollo del SPNAS. Primero, a partir de la información de una encuesta a decanos, directores de enfermería y especialistas en enfermería clínica de un área, así como la revisión de la literatura de enfermería, se generaron 30 ítems. Estos elementos se revisaron para determinar su relevancia en la medición de la autonomía profesional por un panel de enfermeras preparadas con doctorado; a continuación, un panel de profesores de enfermería revisó estos

elementos para calificar en qué medida cada uno reflejaba la autonomía profesional: baja, media o alta. Los elementos son descripciones breves de situaciones que no son específicas de ningún área clínica en la que un profesional de enfermería debe emprender alguna acción, pero que sí requiere el ejercicio del juicio profesional de enfermería.

Además de los 30 ítems contruidos, también contiene cinco elementos experimentales que representan las mismas categorías de acción de enfermería, pero que reflejan resultados dependientes. Estos elementos experimentales (números 9, 21, 32, 34, 35) pueden omitirse cuando se utiliza la escala. Alternativamente, las puntuaciones de estos elementos experimentales pueden correlacionarse con los números de los elementos que se puntúan como se muestra en una tabla más adelante.

El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 4 puntos que corresponden a:

1 = No es probable que actúe de esta manera

2 = Es poco probable que actúe de esta manera

3 = Es probable que actúe de esta manera

4 = Es muy probable que actúe de esta manera

Las respuestas se ponderan para reflejar tres niveles de autonomía que van desde: 1 = bajo nivel de autonomía a 3 = alto nivel de autonomía. Para lograr la ponderación, el puntaje numérico del ítem de cada encuestado se multiplica por el peso de cada ítem como se especifica a continuación:

Ítems 1-6, 12-13, 19 y 30; use un peso de 3.

Ítems 7, 11, 14, 17, 20, 22, 23, 25, 26 y 29; use un peso de 2.

Ítems 8, 10, 15, 16, 18, 24, 27-28, 31, 33; use un peso de 1.

A continuación, se suman las puntuaciones ajustadas de los ítems para que las puntuaciones totales producidas puedan oscilar entre 60 y 240. Niveles de autonomía reflejados por los puntajes son: (a) 60 a 120 = menor nivel de autonomía; (b) 121 a 180 = nivel medio de autonomía profesional; y (c) 181 a 240-nivel más alto de autonomía profesional.

EVALUACIÓN DE FIABILIDAD Y VALIDEZ

Datos de una investigación enviada por correo del SPNAS a una muestra aleatoria de 500 enfermeras registradas en un hospital de una ciudad asiática se utilizaron para estimar la consistencia interna. Se incluyó una pregunta con los datos demográficos y preguntas para asegurarse de que el encuestado estaba trabajando en ese momento. Sólo se consideraron los datos de las enfermeras que trabajaban para asegurar la familiaridad con la práctica.

Los encuestados eran principalmente graduados con título que habían trabajado un promedio de 14 años; la edad media fue de 38,2 años. Estos encuestados utilizaron una escala de calificación para indicar qué tan autónoma debe ser una enfermera (1 = nivel bajo de autonomía profesional a 5 = muy alto nivel de autonomía profesional).

También se les dio la definición de trabajo de autonomía profesional utilizado en el desarrollo del instrumento, porque trabajos anteriores habían indicado bajos niveles de comprensión de la autonomía profesional. El valor alfa de Cronbach de 0.92.

La validez de contenido fue evaluada mediante una revisión por profesores de enfermería preparados con doctorado para asegurar una gama de comportamientos autónomos. La base en la literatura de enfermería también se informó a priori evidencia de validez de contenido.

Se recomendó el uso futuro de SPNAS en la investigación sobre profesionales para incluir las características conductuales y personales de los profesionales con altos y bajos niveles de autonomía.

INSTRUMENTO

1. Desarrollaré un plan de cuidado y lo revisaré regularmente para determinar que se lleven a cabo los pasos en el plan para con el paciente a mi cargo.
2. Consideraré la posibilidad de ingresar a la práctica de enfermería con el apropiado grado de educación para así adquirir la experiencia deseada.
3. Expresaré mi opinión a cualquier profesional con el que labore por dar de alta a un paciente sin que se dé la oportunidad para el seguimiento de enfermería si mi plan de enseñanza para el paciente está sin completar.
4. Iniciaré una investigación clínica para comprender mejor un problema recurrente del paciente a mi cargo dentro del servicio al que pertenezco.
5. Me negaré a administrar un medicamento contraindicado a pesar de la insistencia del médico.
6. Consultaré con el médico del paciente si no responde al plan de tratamiento que se está llevando a cabo.
7. Dependeré de la profesión de enfermería y no en médicos para hacer una evaluación final de mi trabajo como profesional de enfermería.
8. Evaluaré a un paciente hospitalizado con necesidad de cuidados de enfermería y determinaré el tratamiento que se debe llevar a cabo sin contar con indicaciones médicas.
9. Aceptaré una asignación temporal a un servicio incluso si me falta la educación y experiencia para trabajar en esa unidad.
10. Propondré cambios en la descripción de mi trabajo a mi supervisor para desarrollar un mejor trabajo y abarcar más actividades como profesional.

11. Responderé las preguntas del paciente sobre un nuevo medicamento o un cambio en su medicación antes de administrarlo aunque el médico ya lo haya hecho previamente.

12. Suspenderé un medicamento contraindicado para un paciente a pesar de la presión de los compañeros para llevar a cabo esta acción fuera de la orden médica.

13. Consultaré con otros profesionales de enfermería cuando el paciente no responda al plan de cuidados elegido.

14. Implementaré de forma continua innovaciones en atención al paciente identificadas en la actual literatura de enfermería.

15. Iniciaré una solicitud de atención psiquiátrica con el médico del paciente si mi evaluación del indica tal necesidad.

16. Promoveré actividades de enfermería innovadoras, como el uso de tecnologías de seguimiento para pacientes dados de alta y evaluar así la eficacia de la enseñanza al paciente.

17. Evaluaré el nivel de comprensión del paciente en relación con un procedimiento diagnóstico y sus riesgos antes de consultar con el médico.

18. Asumiré la completa responsabilidad de mis propias acciones profesionales sin esperar ser protegido por las autoridades del instituto donde laboro en caso de una demanda por negligencia.

19. Desarrollaré una comunicación eficaz en mi institución para el aporte de los profesionales enfermeros sobre las políticas que afectan la atención al paciente.

20. Realizaré las derivaciones internas adecuadas (nutrición, laboratorios, pruebas diagnósticas) solo después de obtener una orden médica.

21. Desarrollaré y perfeccionaré herramientas de evaluación apropiadas para mi servicio en relación con la práctica clínica.

22. Registraré en la hoja de enfermería los datos de mi evaluación del paciente para uso en la planificación e implementación de la atención de enfermería.

23. Iniciaré la planificación del alta en relación con el cuidado de enfermería del paciente, incluso en la ausencia de alta médica.
24. Informaré incidentes del médico a las autoridades correspondientes cuando me parezca que está realizando una mala práctica.
25. Ofreceré información a las autoridades correspondientes sobre el diseño para mejorar el servicio donde laboro o para sugerir la compra de nuevos equipos para ser utilizado por profesionales de enfermería.
26. Realizaré una evaluación completa en cada paciente y utilizaré estos datos en beneficio de mejora en los cuidados de enfermería.
27. Adaptaré las herramientas de evaluación de otras disciplinas para utilizarlas en mi práctica clínica.
28. Realizaré actividades de atención al paciente utilizando mi juicio profesional para satisfacer las necesidades individuales del paciente incluso cuando esto signifique desviarse de la descripción en los manuales de procedimientos hospitalarios.
29. Rechazaré una reasignación temporal a una unidad de especialidad cuando me falta la educación y la experiencia para llevar a cabo las demandas del servicio.
30. Iniciaré derivaciones a servicios (nutrición, laboratorio, estudios de diagnóstico) a petición del paciente.
31. Evaluaré las necesidades de cuidado del paciente sólo por orden del médico.
32. Realizaré las intervenciones pertinentes para aumentar la frecuencia de los signos vitales u otros signos de un paciente cuya condición se está deteriorando incluso en la ausencia de una orden médica para su estabilización.
33. Administraré un medicamento al que un paciente haya informado previamente que es alérgico aún si el médico asumirá la responsabilidad de mis acciones.
34. Asumiré toda la culpa de cualquier conflicto o problema que tengo con los profesionales de la salud con los que trabajo.

35. Iniciaré intervenciones independientes de enfermería si considero que los pacientes lo necesitan.

De los 35 ítems del instrumento, solo se puntúan 30. Cinco ítems (núm. 9, 21, 32, 34 y 35) son elementos no puntuados que se utilizan en comparación con cinco ítems de escala para medidas continuas de consistencia interna. Se pueden omitir estos elementos cuando utilice la escala.

Los elementos que se comparan se enumeran a continuación:

9 - 30

21 - 31

32 - 8

34 - 19

35 - 25

La siguiente tabla muestra el peso de cada elemento de la báscula. Un peso de 1 indica un bajo nivel de autonomía; un peso de 3 indica un nivel alto.

ÍTEM	PESO	ÍTEM	PESO	ÍTEM	PESO
1	3	13	3	25	2
2	3	14	2	26	2
3	3	15	1	27	1
4	3	16	1	28	1
5	3	17	2	29	2
6	3	18	1	30	3
7	2	19	3	31	1
8	1	20	2	32	1
9	1	21	2	33	1
10	1	22	2	34	2
11	2	23	2	35	2
12	3	24	1		

Multiplique la puntuación del encuestado en cada ítem por el peso del ítem.

Sume estos puntajes ajustados. Las puntuaciones pueden oscilar entre 60 y 240 con el siguiente desglose para niveles aproximados de autonomía:

60 a 120 = menor nivel de autonomía profesional

121 a 180 = nivel medio de autonomía profesional

181 a 240 = mayor nivel de autonomía profesional

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

Yo: _____

declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “Enfermería neurológica: opinión y perspectivas sobre las habilidades y destrezas para ejercer la autonomía de práctica en un instituto de alta especialidad”, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de los involucrados en el instituto. Entiendo que este estudio busca conocer el nivel de autonomía en los profesionales de enfermería y sé que mi participación ayudará a este fin y consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 15 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

Fecha:

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con Carlos Ugalde al correo: ugaldebasabe23@gmail.com o al número: 5534999913