

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Nivel de autonomía de enfermeras en la práctica pediátrica. Una experiencia chilena



P. Triviño-Vargas^a y R.M. Barriá^{a,b,*}

^a Instituto de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

^b Oficina de Salud Basada en Evidencia, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Recibido el 22 de marzo de 2016; aceptado el 9 de septiembre de 2016

Disponible en Internet el 10 de octubre de 2016

PALABRAS CLAVE

Autonomía profesional;
Enfermeras clínicas;
Enfermería pediátrica;
Enfermería práctica;
Chile

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de autonomía que perciben las enfermeras pediátricas en su ejercicio profesional.

Métodos: Estudio transversal observacional analítico en una población de 31 enfermeras pediátricas de un hospital público de Valdivia, Chile. Se aplicó un cuestionario previamente traducido, adaptado transculturalmente y validado por juicio experto. Se determinó el nivel de autonomía en acciones asistenciales de cuidado y operacionales mediante escalas Likert de 5 puntos. Se analizó mediante estadística descriptiva, se utilizaron medidas de frecuencia y de tendencia central y dispersión. Se analizó la asociación entre nivel de autonomía y variables demográficas y laborales, y se empleó el test t de Student o el exacto de Fisher, según correspondiera.

Resultados: En asistencia y cuidado los niveles más elevados de autonomía ocurrieron en «enseñar al paciente actividades de autocuidado», «enseñar a pacientes actitudes de promoción de salud» y «prevenir las caídas», con 96.8% de preferencia del nivel más elevado de autonomía (media = 4.96). En actividades operacionales, los mayores valores medios se observaron en «desarrollar y revisar procedimientos» y «desarrollar y revisar la norma de cuidados de enfermería» (media = 4.2), en tanto que los más bajos se detectaron en «planificar el gasto anual» y «entrevistar y seleccionar nuevo personal», con medias de 2.5 y 2.6, respectivamente. 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.

Conclusiones: Hubo variabilidad en el nivel de autonomía en diferentes áreas del rol. 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.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rbarria@uach.cl (R.M. Barriá).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

KEYWORDS

Professional autonomy;
Clinical nurses;
Pediatric nursing;
Nursing practice;
Chile

Level of autonomy among pediatric practice nurses: A Chilean experience**Abstract**

Objective: To determine the level of autonomy which pediatric nurses perceive within their professional practice.

Methods: This is transversal, observational, and analytic study over a population of 31 pediatric nurses from a public hospital in Valdivia, Chile. A previously translated and trans-culturally validated by expert opinion questionnaire was used. The level of autonomy related to care assistance and operational activities was estimated through 5-point-Likert scales. Descriptive statistics which included frequency, central tendency, and dispersion measurements were carried out. Using the t student and the Fisher exact tests, the association between the level of autonomy and the demographical and working-related variables was analyzed.

Results: Regarding assistance and care, the highest autonomy levels were found in "teaching the patient self-care activities", "teaching the patients health promoting attitudes" and "falls prevention", with 96.8% preference (mean = 4.96). Regarding operational activities the highest values were found in "developing and reviewing procedures", and "developing and reviewing the nursing care norm" (mean = 4.2). On the other hand, the lowest autonomy levels were found in "planning the year expenditure" and "selecting new personnel", with means of 2.5 and 2.6 respectively. The level of autonomy in operational activities was significantly associated with age, total working-seniority, and pediatric-related working-seniority.

Conclusions: Variability in the level of autonomy was found among diverse role areas. It was acknowledged that the assistance tasks were carried out with greater independence, particularly in relation to education and promotion activities, while on the other hand the management functions were performed with less independence.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

PALAVRAS CHAVE

Autonomia profissional;
Enfermeiras clínicas;
Enfermagem pediátrica;
Enfermagem prática;
Chile

Nível de autonomia de enfermeiras na prática pediátrica. Uma experiência chilena**Resumo**

Objetivo: Determinar o nível de autonomia que percebem enfermeiras pediátricas no seu labor profissional.

Métodos: Estudo transversal observacional analítico em população de 31 enfermeiras pediátricas de um hospital público de Valdivia, Chile. Aplicou-se um questionário previamente traduzido, adaptado transculturalmente e validado por juízo experiente. Determinou-se o nível de autonomia em ações assistenciais de cuidado e operacionais mediante escalas Likert de 5 pontos. Analisou-se mediante a estatística descritiva, realizaram-se medidas de frequência e de tendência central e de dispersão. Analisou-se associação entre o nível de autonomia e variáveis demográficas e laborais, empregou-se teste t de Student e exato de Fisher conforme correspondeu.

Resultados: Em assistência e cuidado, os níveis mais elevados de autonomia aconteceram em «mostrar ao paciente atividades de autocuidado», «ensinar ao paciente atitudes de promoção de saúde» e «prevenir as quedas», com um 96.8% de preferência do nível mais alto de autonomia (média = 4.96). Em atividades operacionais os valores maiores médios observaram-se em «desenvolver e revisar procedimentos» y «desenvolver e revisar a norma de cuidados de enfermagem» (média = 4.2), enquanto os mais baixos em «planificar o gasto anual» e «entrevistar e escolher novo pessoal», com médias de 2.5 e 2.6, respectivamente. O nível de autonomia em atividades operacionais associou-se significativamente à idade, antiguidade laboral total e antiguidade em unidades pediátricas.

Conclusões: Houve variabilidade no nível de autonomia em diferentes áreas do rolo. Constatou-se que as tarefas assistenciais são desenvolvidas com maior independência, em especial ações de educação e promoção, enquanto que funções administrativas mostram desempenho mais dependente.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Autonomía es definida por la Real Academia Española como «condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie»¹. La autonomía es la libertad para tomar decisiones discrecionales y vinculantes que sean coherentes con el ámbito de la práctica y la libertad de actuar sobre dichas decisiones². Por su parte, autonomía clínica se define como la práctica dentro de un contexto de enfermería profesional, que tiene la capacidad de ejercer el juicio clínico y la autoridad para tomar decisiones de atención al paciente en el contexto de la colaboración interdisciplinaria³.

La autonomía en el ejercicio profesional ha sido estudiada y analizada en múltiples ocasiones⁴⁻⁸, y en particular en enfermería se demuestra un interés por su desarrollo como parte integral del ejercicio profesional en diferentes unidades asistenciales⁹. Un punto común de estas reflexiones se centra en el grado de motivación y satisfacción que experimentan las enfermeras al ejercer autonomía en su práctica clínica, vinculado a los años de servicio y al nivel de conocimientos para tomar decisiones, a veces definitorias¹⁰.

Adicionalmente, la autonomía profesional de enfermería, que puede entenderse como la libertad percibida o voluntad para actuar como un profesional responsable, enfatiza en la dependencia e independencia entre los profesionales y sus pacientes. En este contexto, la principal área de responsabilidad para enfermería es la defensa del paciente¹¹. Por otro lado, ha sido entendida como la toma de decisiones y ejecución de actos de cuidar en que no media la necesidad de supervisión por otro profesional del equipo multidisciplinario¹².

La autonomía se vincula a labores y tareas específicas del ejercicio profesional, en donde la aplicación del sustento disciplinar basado en teorías y modelos, por un lado, y en la evidencia disponible, por otro, fortalecen la imagen profesional y el ejercicio de la autonomía¹³.

El ejercicio autónomo garantiza un cuidado integral, y desde el punto de vista ético del cuidado contribuye a desarrollar la responsabilidad permanente de implementar estrategias de autorregulación de la conducta y de la actividad profesional¹⁴.

Una persona autónoma está mejor capacitada para participar, para comprometerse y para estar cerca de otra. Estrechamente ligada a la capacidad para ejercer autonomía está la capacidad de integración de distintos factores, tanto internos como externos, que confluyen en el presente individual de cada persona. A mayor capacidad de integración más asentada será la vivencia de autonomía¹⁵.

En la atención de niños y adolescentes enfermos se genera una significativa demanda de cuidados, por lo cual es fundamental la provisión de servicios de enfermería eficientes y oportunos, además de integrar a los padres y a la familia. En condiciones de enfermedad, el profesional de enfermería debe ejecutar cuidados individualizados y permanentes para los cuales se enfrenta a la toma de decisiones. En ello, la autonomía profesional puede ser demostrada aplicando conocimientos disciplinares propios y con una actitud segura que permita otorgar tranquilidad, tanto al usuario como al grupo de trabajo, así como ejercer un liderazgo efectivo dentro de un equipo de salud.

La autonomía profesional es el más fuerte indicador de la satisfacción laboral; por lo tanto, es la capacidad de autogobernarse, de hacer elecciones libres de coacciones y asumir los riesgos de esas elecciones o decisiones¹⁶.

Las nociones de autonomía y multidiscipliplina parecen tener contrastes mutuos. Autonomía implica independencia y control, como también un territorio único o dominio de la práctica. La multidiscipliplina implica colaboración para planear la toma de decisiones en relación con aspectos compartidos donde el dominio de la práctica puede ser complemento o estar superpuesto. La autonomía clínica se presenta en situaciones complejas donde la interdependencia no es opcional ni escogida, sino que depende de la toma de decisiones del profesional enfermero¹⁶. La autonomía de enfermería no es solamente el ejercicio de la práctica independiente, sino la aprobación del juicio crítico dentro de las «complejas redes de las relaciones personales e institucionales que hacen posible la escogencia de oportunidades reales». La autonomía no es lo mismo que toma de decisiones clínicas, aunque el conocimiento clínico y la competencia se ubican en el centro de la práctica autónoma. La autonomía no se define por los límites alrededor de las funciones independientes o las tareas definidas por el campo de acción de la práctica. Sin embargo, la autonomía disminuye cuando las/los enfermeras/os no pueden aplicar toda su preparación, entrenamiento, habilidades, conocimientos, competencia y juicio¹⁷.

En Chile, el quehacer autónomo de enfermería se ha desarrollado progresivamente y es respaldado desde 1997 por la Ley 19.536, que incorporó la profesión enfermera al Código Sanitario. Por lo tanto, se establecieron sus actividades en 3 funciones principales: gestión del cuidado; ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, y velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente¹².

La gestión de los cuidados debe estimular la creación de modelos de cuidados basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, pero sobre todo la calidad del cuidado que se otorga a usuarios y familiares. Esto va generando un ejercicio autónomo, el cual va develando resistencias y barreras estructurales; resistir a ciertas influencias y romper las barreras de lo impositivo fortalecen a su vez las relaciones entre profesionales de la salud, los pacientes y los familiares.

En este contexto emergen las interrogantes sobre el fenómeno del actuar autónomo del profesional enfermero y que fueron motivación para realizar este estudio. ¿Cómo se reconoce la autonomía de enfermería? ¿Cómo se presenta la autonomía de acuerdo a distintos factores de formación profesional y laboral? ¿Cuál es el nivel de autonomía que reconocen las enfermeras al desarrollar distintas tareas? Conforme lo anterior, se planteó el siguiente objetivo de estudio: determinar el nivel de autonomía que perciben enfermeras pediátricas en su ejercicio profesional.

Métodos

Dada la naturaleza del fenómeno de estudio y consecuente con el objetivo planteado, se optó por un diseño

cuantitativo, transversal y analítico. El universo de estudio comprendió 32 enfermeras que trabajaron en unidades pediátricas del Hospital Base Valdivia durante el periodo de estudio (segundo semestre de 2010). De esta manera, el estudio adquirió características de un censo. Este hospital, de carácter docente-asistencial, constituye el único establecimiento de salud de alta complejidad de la ciudad de Valdivia y de la Región de los Ríos, Chile. Además, es centro de referencia para pacientes adultos y pediátricos con patologías hematológicas de la zona sur del país. Valdivia, distante a 840 km al sur de la capital del país, Santiago, es capital regional y posee una población estimada a 2015 de 167,421 habitantes¹⁸.

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, así como por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valdivia. Una vez obtenida la autorización de los directivos del centro asistencial, para la ejecución del estudio se procedió a contactar individualmente a cada una de las profesionales para informar sobre el estudio y solicitar su participación. Fue posible contactar a 31 de las 32 enfermeras (96.9%), quienes participaron voluntariamente luego del proceso de consentimiento informado.

La principal variable de interés de este trabajo fue el nivel de autonomía percibido por enfermeras pediátricas. Este fue medido a través del cuestionario *Staff Nurse Autonomy Questionnaire* (SNAQ) de Mary Blegen^{19,20}, quien autorizó expresamente su uso para este estudio. Este cuestionario fue desarrollado por su autora a partir del trabajo de más de un año ejecutado por un equipo de investigación constituido por 15 enfermeras expertas, mismo que consideró los trabajos previos de Schutzenhofer²¹ y Katzman²². Su original en lengua inglesa fue traducido por un profesional bilingüe y luego se efectuó su adaptación transcultural a través del trabajo de expertos; por tanto, otorgó validez de fachada y contenido. El cuestionario ha sido aplicado internacionalmente en enfermeras de hospitales que han desarrollado labores tanto asistenciales como educacionales y administrativas, el cual identificó que la autonomía es un factor importante de la satisfacción en el trabajo.

El SNAQ consta de 2 secciones: A y B. En este artículo se muestran los resultados obtenidos de la sección A del cuestionario. Esta sección se divide en 2 dimensiones: *Actividades del cuidado o tratamientos de los pacientes* y *Actividades operacionales* (administrativas), cada una con 21 ítems de tipo Likert de 5 puntos. Se requirió que las participantes indicaran una respuesta a situaciones específicas descritas; si las enfermeras: 1) no poseen responsabilidad o autoridad en la toma de decisiones; 2) asumen autoridad y rendición de cuentas, cuando lo requiere alguien; 3) asumen su responsabilidad y autoridad en la toma de decisiones en forma compartida con los otros y participan en las decisiones del grupo; 4) consultan con los demás y luego toman decisiones y asumen la responsabilidad, y 5) asumen autoridad y responsabilidad plena sin rendición de cuentas, en forma independiente.

Adicionalmente, se utilizó un cuestionario estructurado en base a preguntas cerradas para recopilar información demográfica (edad en años), de formación profesional (tiempo de egreso en años, formación de posgrado: especialidad, diplomado, magíster) y laboral (antigüedad laboral

en años; cargo: enfermera clínica, jefa de unidad o supervisora; tipo de contrato: reemplazo, a plazo fijo, o titular; modalidad de trabajo: sistema de turnos o diurno; y unidad de trabajo) con el fin de caracterizar la población estudiada y evaluar su potencial relación con el nivel de autonomía.

Los datos se incorporaron de manera codificada en una planilla del programa Microsoft Office Excel 2007, y posteriormente fueron analizados mediante estadística descriptiva a través de distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, determinación de medidas de posición y dispersión, media, estimación modal y desviación estándar, respectivamente. Además, se comparó el nivel de autonomía según variables demográficas, de formación profesional y laboral, se utilizaron las pruebas t de Student y exacta de Fisher según correspondió. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico PASW® Statistics 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, 2007).

Resultados

La población de estudio (n=31) estuvo conformada en su totalidad por mujeres; sus características se muestran en la [tabla 1](#).

La edad mediana fue 33 años, fluctuando entre 23 y 59, y una estimación modal de 26 años. El 71% de la población se concentró entre 23 y 40 años. El tiempo medio desde el egreso de la universidad fue 12 ± 11 años, situándose la mayor proporción de las enfermeras en el rango 0-9 años (16/31; 51.6%). En cuanto a la antigüedad laboral mediana, esta fue de 9 años, oscilando entre 0.75 y 36 años. La mayor proporción se presentó entre 0 y 6 años de antigüedad (12/31; 38.7%). Por el contrario, 4 se encontraron sobre 31 años. La formación de postítulo o posgrado mostró baja frecuencia, describiéndose la mayoría sin estudios adicionales luego de la formación de pregrado (n=18; 58.1%). De las enfermeras que sí contaban con estudios de postítulo, la mayoría (8/13) desarrollaron estudios de diplomado. En relación al cargo desempeñado, la mayoría ocupaba cargo de enfermera clínica (26/31; 83.9%), en tanto el resto desarrollaba funciones directivas como jefa de unidad o supervisora. La mayoría de las enfermeras trabajaba bajo modalidad de contrato a plazo fijo con renovación anual (20/31; 64.5%). Durante el periodo de estudio, una enfermera se desempeñó transitoriamente como reemplazante. En relación al sistema de trabajo, la mayoría de las enfermeras encuestadas lo hizo adscrita a sistema de turno (28/31; 90.3%). Por último, las unidades clínicas donde se concentró la mayor cantidad de enfermeras fueron neonatología (35.5%) y UCI pediátrica (22.6%).

La escala de nivel de autonomía aplicada a las enfermeras pediátricas evaluó 2 áreas de decisión profesional, en el contexto del cuidado al paciente y áreas operacionales administrativas. De acuerdo con las elecciones de las enfermeras pediátricas en el cuestionario SNAQ en el ámbito de actividades de cuidado (sección A, dimensión 1), esta obtuvo un puntaje total medio de 82.3 ± 8.2 puntos, de un total de 105. Los niveles más elevados de autonomía se observaron en las actividades relacionadas con el cuidado al paciente y la asistencia a la familia, en contraste con las actividades administrativas, las cuales están controladas generalmente por una enfermera jefe de unidad ([tabla 2](#)).

Tabla 1 Distribución de la población de estudio (n = 31) según variables sociodemográficas y laborales

Variable	Frecuencia	
	n	%
Edad (años)		
23-30	11	35.5
31-40	11	35.5
41-50	4	12.9
51-59	5	16.1
Tiempo de egreso (años)		
0-9	16	51.6
10-18	7	22.6
19-27	3	9.7
28-36	5	16.1
Antigüedad laboral (años)		
0-6	12	38.7
7-12	8	25.8
13-18	3	9.7
19-24	3	9.7
25-30	1	3.2
31-36	4	12.9
Formación postítulo/posgrado		
Especialidad	3	9.7
Diplomado	8	25.8
Magister	2	6.4
Ninguno	18	58.1
Cargo		
Enfermera clínica	26	83.9
Enfermera jefa de unidad	4	12.9
Enfermera supervisora	1	3.2
Tipo de contrato		
Reemplazo	1	3.2
Contrato a plazo fijo	20	64.5
Titular a contrato indefinido	10	32.3
Modalidad de trabajo		
Sistema de turno	28	90.3
Trabajo diurno	3	9.7
Unidad de trabajo		
Neonatología	11	35.5
UCI pediátrica	7	22.6
Medicina infantil	5	16.1
Cirugía infantil	4	12.9
Lactante	3	9.7
Coordinación pediatría	1	3.2

Las decisiones específicas que conciernen al cuidado del paciente que alcanzaron mayor autonomía fueron: enseñar al paciente actividades de autocuidado (ítem 14), enseñar a pacientes actitudes de promoción de salud (ítem 19) y prevenir las caídas (ítem 21), todos con 30 enfermeras (96.8%) que eligieron el nivel más elevado (nivel 5). Estas opciones presentaron una media de 4.96. Similarmente, otra actividad educativa que alcanzó alta valoración sobre el nivel de autonomía fue el ítem 6: desarrollar materiales educativos para el paciente, que concentró el 80.7% de participantes

en el nivel máximo de autonomía. En contraste, los ítems que mostraron los menores niveles de autonomía fueron: determinar el día de alta (ítem 20) y rehusarse a realizar una orden médica (ítem 18), que alcanzaron una media de 2.0 y 2.8, respectivamente.

Por otra parte, las definiciones de las enfermeras relacionadas con el ámbito de actividades operacionales (sección A, dimensión 2; tabla 3) mostraron un puntaje total medio de 73.1 ± 21.1 .

Los niveles más elevados de autonomía se observaron en el ítem 1: desarrollar y revisar los procedimientos de la unidad; en el ítem 2: desarrollar y revisar la norma de cuidados de enfermería para la unidad, ambos con una media de 4.2 puntos, y en el ítem 13: determinar los métodos del desarrollo del cuidado en el equipo de enfermería, que alcanzó una media de 4.1. Por el contrario, los niveles más bajos de autonomía se observaron en el ítem 15: planificar el gasto anual de la unidad, con una media de 2.5, y en el ítem 18: entrevistar y seleccionar al nuevo personal, con una media de 2.6 y donde casi el 42% optaron por el nivel 1 de autonomía, es decir, sin autoridad o responsabilidad en la toma de decisiones.

Al categorizar la población de estudio según puntaje total medio para la sección A dimensión 1, las participantes se distribuyeron en 13 (41.9%) que obtuvieron puntaje menor o igual a 82 y 18 (58.1%) sobre este valor. No se observó relación entre estas categorías y las variables edad, años de antigüedad laboral, años de antigüedad en servicio pediátrico y formación de postítulo. Por otra parte, al analizar y categorizar la puntuación de la sección A dimensión 2 sobre actividades operacionales conforme el puntaje medio (mayor a 73 puntos e igual o menos de 73 puntos), se observó una edad media significativamente mayor en enfermeras que obtuvieron el puntaje mayor a 73 (41 ± 12.6 vs. 31.6 ± 7.3 ; $p=0.0159$). Por su parte, se observaron diferencias significativas en el tiempo medio de antigüedad laboral (16.7 vs. 8.2 ; $p=0.0258$) y antigüedad específica en servicio pediátrico (14.3 vs. 14.6 ; $p=0.0071$), el cual fue mayor en las participantes que mostraron puntaje sobre 73 en esta sección (fig. 1). No hubo asociación con la formación de postítulo.

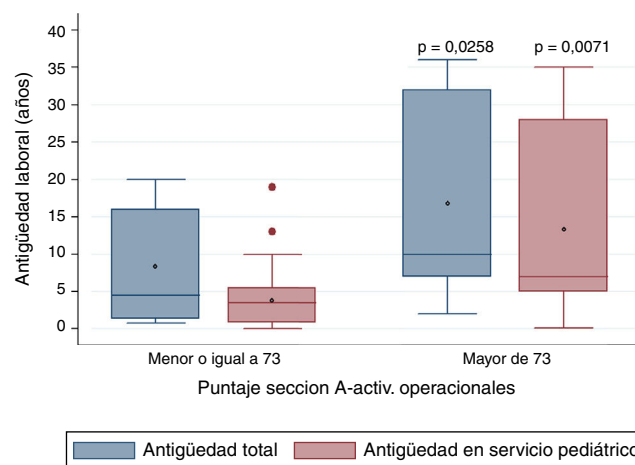
**Figura 1** Puntaje en actividades operacionales según años de antigüedad laboral (total y en servicio pediátrico).

Tabla 2 Estadística descriptiva de actividades de cuidado o tratamiento y nivel de autonomía

Ítem de Sección A: Dimensión actividad de cuidado o tratamiento	Nivel de autonomía					Media	DE	Mediana
	1	2	3	4	5			
	%	%	%	%	%			
1. Servir como un defensor a un paciente que rechaza exámenes o tratamiento, dirigido a la madre o al tutor responsable del niño	16.1	3.2	51.6	16.1	12.9	3.1	1.18	3
2. Discutir con el médico tratante los planes de cuidado o alternativa de tratamiento	3.2	12.9	61.3	12.9	9.7	3.1	0.88	3
3. Prevención de lesiones de la piel (úlceras por presión)	0.0	3.2	3.2	16.1	77.4	4.7	0.70	5
4. Consultar con el médico y otros profesionales de la salud	0.0	0.0	29.0	25.8	45.2	4.2	0.86	4
5. Informar a los pacientes acerca de los riesgos asociados a la cirugía o a algún procedimiento invasivo, dirigido a la madre o al tutor responsable del niño	19.4	12.9	25.8	12.9	29.0	3.2	1.49	3
6. Desarrollar materiales educativos para el paciente	0.0	3.2	9.7	6.5	80.7	4.6	0.80	5
7. Cuestionar las órdenes del médico	6.5	19.4	38.7	16.1	19.4	3.2	1.18	3
8. Enseñar a los pacientes sobre uso de nuevos medicamentos, dirigido a la madre o al tutor responsable del niño	0.0	3.2	12.9	25.8	58.1	4.4	0.84	5
9. Decidir cuándo aplicar las órdenes SOS del médico; por ejemplo: avances en la dieta y deambulación según tolerancia	0.0	3.2	3.2	25.8	67.7	4.6	0.72	5
10. Decidir cuándo administrar cuidado a un paciente; por ejemplo: momento de reiniciar fluidos intravenosos, cambiar ropa o iniciar deambulación	3.2	0.0	3.2	38.7	54.8	4.4	0.85	5
11. Discutir todo el plan de cuidados con el paciente, madre o padre y estimular la participación de este	3.2	0.0	16.1	12.9	67.7	4.4	0.99	5
12. Toma de decisiones sobre el manejo del dolor; por ejemplo: evaluar el dolor, tratar o solicitar recetas adicionales	6.5	0.0	19.4	32.3	41.9	4.0	1.11	4
13. Realizar interconsultas o referir a otro profesional; por ejemplo: nutricionista, asistente social, el proveedor de salud en el hogar o enfermera especialista	19.4	9.7	19.4	29.0	22.6	3.3	1.44	4
14. Enseñar al paciente actividades de autocuidado, dirigido a la madre o al tutor responsable del niño	0.0	0.0	0.0	3.2	96.8	4.9	0.18	5
15. Pedir órdenes de exámenes	16.1	3.2	16.1	38.7	25.8	3.5	1.36	4
16. Manejar las quejas del paciente acerca de su atención	0.0	9.7	25.8	16.1	48.4	4.0	1.08	4
17. Manejar las quejas de los médicos acerca de los cuidados de los pacientes	3.2	9.7	29.0	12.9	45.2	3.9	1.20	4
18. Rehusarse a realizar una orden médica	22.6	12.9	35.5	19.4	9.7	2.8	1.28	3
19. Enseñar a las/los pacientes actitudes de promoción de salud, dirigido a la madre o al tutor responsable del niño	0.0	0.0	0.0	2.2	96.8	4.9	0.18	5
20. Determinar el día del alta	41.9	25.8	25.8	6.5	0.0	2.0	0.98	2
21. Prevención de caídas	0.0	0.0	0.0	3.2	96.8	4.9	0.18	5

Tabla 3 Estadística descriptiva de actividades operacionales y nivel de autonomía

Ítem de Sección A: Dimensión actividad operacional	Nivel de autonomía							
	1	2	3	4	5	Media	DE	Mediana
	%	%	%	%	%			
1. Desarrollar y revisar los procedimientos de la unidad	0.0	6.5	22.6	16.1	54.8	4.2	1.01	5
2. Desarrollar y revisar la norma de cuidados de enfermería para la unidad	0.0	12.9	12.9	12.9	61.3	4.2	1.12	5
3. Determinar los días de reunión de la unidad	19.4	6.5	32.3	12.9	29.0	3.3	1.46	3
4. Planificar su propio horario o agenda de trabajo	12.9	6.5	19.4	3.2	58.1	3.9	1.50	5
5. Desarrollar o revisar las políticas de la unidad	9.7	3.2	41.9	19.4	25.8	3.5	1.21	3
6. Realizar arreglos para los cambios de turno	3.2	6.5	29.0	25.8	35.5	3.8	1.10	4
7. Determinar las medidas de calidad y seguridad y su monitorización	0.0	12.9	35.5	12.9	38.7	3.8	1.12	4
8. Iniciar las actividades de investigación de la unidad	6.5	12.9	32.3	16.1	32.3	3.5	1.26	3
9. Proponer o presentar el programa de educación o perfeccionamiento interno de la unidad	9.7	19.4	19.4	19.4	32.3	3.5	1.39	4
10. Participación en otro comité del hospital	29.0	6.5	19.4	6.5	38.7	3.2	1.70	3
11. Desarrollar un proceso de evaluación por pares	19.4	9.7	25.8	12.9	32.3	3.3	1.51	3
12. Elegir nuevos equipos y respuestas para la unidad	12.9	9.7	35.5	25.8	16.1	3.2	1.23	3
13. Determinar los métodos del desarrollo del cuidado en el equipo de enfermería; por ejemplo: en el completo cuidado del paciente o al inicio o término para las auxiliares de enfermería	0.0	3.2	32.3	19.4	45.2	4.1	0.96	4
14. Identificar las causas de variación del presupuesto de la unidad	25.8	16.1	16.1	19.4	22.6	3.0	1.54	3
15. Planificar el gasto anual de la unidad	41.9	19.4	6.5	9.7	22.6	2.5	1.65	2
16. Implementar nuevas ideas, tales como: una clase de manejo de stress para los pacientes	6.5	9.7	22.6	19.4	41.9	3.8	1.28	4
17. Desarrollar y supervisar las descripciones de cargo de la unidad	9.7	16.1	25.8	22.6	25.8	3.4	1.31	3
18. Entrevistar y seleccionar al nuevo personal	41.9	9.7	9.7	19.4	19.4	2.6	1.64	2
19. Desarrollar los objetivos de la unidad	12.9	16.1	29.0	19.4	22.6	3.2	1.33	3
20. Realizar la asignación de pacientes	19.4	9.7	19.4	6.5	45.2	3.5	1.61	4
21. Decidir las horas de descanso y de comidas	9.7	12.9	16.1	22.6	38.7	3.7	1.38	4

Discusión

Este estudio ha permitido aproximarse al fenómeno del ejercicio de la autonomía en la práctica pediátrica; por tanto, queda en evidencia la variabilidad en el nivel de autonomía de la enfermera pediátrica en diferentes áreas del rol. Como se ha planteado, la autonomía profesional es un fenómeno único que involucra relaciones de afiliación con usuarios y relaciones grupales con los demás. La toma de decisiones discrecionales, un componente clave de la autonomía profesional de enfermería, se basa en conocimientos de enfermería y no en emociones ni en el ejercicio de tareas rutinarias. Las enfermeras autónomas son responsables de sus decisiones, se sienten empoderadas y pueden influir en la profesionalización de la enfermería¹¹. Asimismo, la autonomía de la enfermera ha sido reconocida como uno de los factores que mejor predicen el involucramiento con el trabajo²³.

En este estudio, se constató que las tareas del área asistencial son desarrolladas con una independencia tal que se logra desplegar cierta autonomía en la toma de decisiones. En tanto, las funciones de la esfera administrativa (actividades operacionales) son valoradas como aquellas en que el desempeño es más dependiente.

Esto puede tener diferentes explicaciones, pero se ha asumido que las diferencias en los niveles de autonomía podrían ser explicadas por barreras del sistema, las que pueden ser reconocidas también en Chile. A saber, se ha descrito la relación jerárquica entre médicos y enfermeras, así como la carga de trabajo^{24,25}. En Uruguay, por ejemplo, se ha descrito que el paradigma biomédico influye en las funciones propias de enfermeros, y además se reconoce que la intervención de enfermería lleva más tiempo que la de otro profesional²⁶. En esta dirección se describe que la autonomía profesional es una actitud sustentada por el valor de la libertad, y que cuando los usuarios confunden a enfermeras/os

con médicos/as es porque ejercen su labor profesional con autonomía. En otros casos, se confunde autonomía profesional enfermera con aplicación de intervenciones delegadas de la práctica médica, las cuales no siempre el médico debe delegar²⁷.

Hay que destacar que es en el área asistencial, educación e investigación donde las enfermeras pueden obtener mayor autonomía, puesto que en el área administrativa y de gestión la gran mayoría de las decisiones están basadas en dictámenes que surgen a nivel de políticas gubernamentales que son adaptadas y aplicadas a nivel local; por otro lado, los directivos de los centros asistenciales, jefes y supervisoras de cada servicio son los que manejan algunas decisiones importantes.

El ámbito de la formación profesional es otro aspecto que se ha vinculado a la autonomía. A nivel de pregrado se pueden establecer diferencias en la adquisición de competencias para las distintas funciones del rol profesional. En la mayoría de las mallas curriculares, si bien los estudiantes reciben preparación en el área administrativa, el foco de la formación tiende a potenciar y desarrollar habilidades y competencias técnicas asistenciales. También se ha observado que programas de educación en enfermería tienden a promover actitudes de rigidez y de conformidad, los cuales limitan las capacidades del estudiante para aprender la autonomía profesional de enfermería²⁸. Contrariamente, modelos de educación de enfermería que hacen hincapié en las alianzas, la elección y la defensa son relevantes para la definición de la autonomía profesional de enfermería¹¹. Por su parte, el nivel de preparación en estudios de posgrado o postítulo de las enfermeras se asocia a una autonomía implícita. La formación de postítulo fue baja en la población estudiada, obteniéndose solo el nivel de graduados de la educación superior (licenciatura). Como fue encontrado, no hubo relación de la formación de postítulo y el ejercicio de la autonomía tanto en actividades asistenciales como operacionales. Esto contrasta con lo descrito previamente, donde la superación profesional y la formación académica se consideran de suma importancia, en cuanto se asegura la producción continua de conocimientos que sustentan científicamente la actuación del profesional en diferentes planos: docente, asistencial e investigativo²⁹.

También, cabe esperar que las decisiones relativas al ámbito asistencial enfocadas a un paciente particular sean más fácilmente definidas que cuando implican un grupo de personas. De esta forma, las decisiones de cuidado directo dirigidas a un paciente se manifiestan como un cuidado independiente y sistematizado^{30,31}. Otro aspecto observado en el estudio es que las acciones o tareas en las cuales existen normativas y protocolos estandarizados son efectuadas con mayor grado de autonomía, como por ejemplo prevención de lesiones de piel, desarrollo de material educativo para el paciente y prevención de caídas³². Tal como ha sido descrito, en la población estudiada los más altos niveles de autonomía se evidenciaron en acciones e intervenciones de cuidado directo y en menor grado en funciones interdisciplinarias de funcionamiento de la unidad; no obstante, la autonomía debe entenderse como el ejercicio independiente e interdependiente de la práctica relacionada con la toma de decisión basada en un complejo cuerpo de conocimientos y habilidades³³. Se manifiesta a través de la comunicación

de respeto mutuo y confianza tanto intra como interprofesional. De esta forma, la interdependencia es un atributo esencial de la autonomía profesional¹¹.

Las decisiones específicas que conciernen al cuidado que las enfermeras realizaban en su mayoría con nivel máximo de autonomía se vincularon a tareas como: enseñanza del autocuidado, toma de decisiones sobre el manejo del dolor, desarrollo de material educativo para el paciente, consultar con el médico y otros profesionales de la salud, y enseñar a los pacientes actitudes de promoción de salud. En el contexto de la atención pediátrica, el desempeño autónomo es de crucial relevancia y se requiere asumir la responsabilidad de la asistencia dada la naturaleza y el alcance de la prestación de cuidados en pediatría, por lo cual es esencial la comprensión de su papel en el cambiante panorama del cuidado de los niños³⁴.

Cabe destacar que el grupo estudiado, conformado exclusivamente por mujeres, expone un factor que podría vincularse a la expresión de la autonomía, el componente de género. La estructura de la sociedad en la que se desempeña la enfermera, marcada por el poder y el patriarcado imperante, genera barreras muy difíciles de traspasar. Para que las enfermeras y las mujeres puedan ejercer una mayor autonomía en el ámbito laboral, los miembros poderosos de la sociedad hospitalaria deben reconocer la realidad de la situación en favor de la mujer y su trabajo y permitir mayor ejercicio discrecional^{11,13,35,36}.

En la población estudiada la mayoría se concentró bajo los 30 años de edad, vale decir, en la etapa de adulto joven. A esta edad es de esperar que el individuo viva y actúe en la sociedad según su propia responsabilidad y no bajo la tutela de otros. Al contrario, al convertirse en profesional, 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. Desde el punto de vista de la experiencia, estudios recientes muestran que la autonomía no se desarrolla exclusivamente en los lugares de trabajo, sino a través del crecimiento personal y profesional adquirido con el tiempo en la vida diaria, con comportamientos autónomos como una elección consciente³⁷. La relación destacada de autonomía e involucramiento con el trabajo también está mediada por la edad de las 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 años²³. Lo anterior concuerda con los hallazgos obtenidos de que a mayor edad y antigüedad laboral tanto global como específica en servicios pediátricos, se alcanza mayor nivel de autonomía en actividades operacionales (administrativas). 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 trabajo²⁴.

El ejercicio de la autonomía del profesional enfermera/o se considera como un tema complejo debido a las influencias que sufre como consecuencia de la estructura social en la cual se desarrolla el trabajo y por las barreras impuestas por esas estructuras. Resistir estas influencias y romper las barreras que impiden el ejercicio autónomo de la enfermera

posibilita su desempeño y fortalece las relaciones entre los profesionales de la salud, los pacientes y los familiares³⁸.

A pesar de la alta valoración y desafío de las/los enfermeras/os para funcionar en forma autónoma, esta no se evidencia dentro de las organizaciones, en la práctica clínica o en la relación que existe entre la práctica profesional y los resultados positivos en los pacientes³⁹.

En unidades pediátricas tanto hospitalarias como ambulatorias, de la atención primaria, hogares de adultos mayores y salas de rehabilitación, la autonomía de las enfermeras deriva de las características del usuario o paciente, ya que estos presentan dependencia, lo que obliga a hacerse cargo de algunas situaciones. Al estar a la cabeza de un equipo de trabajo que atiende pacientes da la oportunidad para tomar decisiones y realizar acciones independientes alejadas de la influencia de otros profesionales. Sin embargo, la autonomía se restringe si el profesional de enfermería debe hacerse cargo de la situación, así como asumir el control sobre ella. La toma de decisiones en esta situación en particular, sin consultar a un médico o a otra colega, requiere de la confianza sobre sí mismo. Esta situación se relaciona con el lugar de trabajo, la cultura y la comprensión de la situación que demanda autonomía³².

En efecto, el paciente pediátrico es dependiente, y consecuentemente no es competente para tomar decisiones, ya que la competencia está relacionada en función de la edad, las capacidades cognitivas y las experiencias personales. Cuando hay dudas sobre las capacidades del niño se evalúa ese requerimiento o necesidad. Un niño puede tener una competencia general que puede ser corroborada por una prueba y, aun así, ser incompetente para tomar una decisión con respecto a los problemas de salud. Esto obliga a la enfermera a ser autónoma y tomar decisiones por la persona que demanda cuidados⁴⁰.

Las enfermeras y enfermeros están conscientes de proporcionar la mejor calidad de atención y se reconocen como principales responsables del cuidado y de satisfacer las necesidades de la salud de las personas. Aunque, de acuerdo a las situaciones específicas y los actores participantes, la autoridad de efectuar la atención integral no siempre coincide con la libertad de actuar. En situaciones determinadas, el conocimiento de realizar lo correcto parece estar influido por el entendimiento de una práctica aceptable en el lugar de trabajo, lo que se denomina desarrollo del conocimiento cultural³².

Por otro lado, estudios realizados sobre ética y poder en enfermeras y otros profesionales de la salud plantean que la organización del trabajo diario apunta a la necesidad de ejercer poder en relación con ellos mismos, con sus deseos, aspiraciones, relación con los demás, con los usuarios y con los directores de instituciones, entre otros. Por lo tanto, una de las maneras de identificar evidencias de ejercer el poder de estas profesiones es a través del análisis de los movimientos de resistencia que se han estado construyendo en sus trabajos diarios. Antes bien, desde la perspectiva ética debe ser moralmente fundada por su ejercicio profesional a través del diálogo sobre el cuidado de las personas, para desarrollar un entendimiento compartido en el grupo de enfermería, todo esto para mejorar la práctica clínica⁴¹⁻⁴³.

Es claro que la práctica autónoma de la enfermera se ve influenciada por el conocimiento y por la competencia del

profesional. Sin embargo, cabe preguntarse si el cuerpo de conocimientos es suficiente para formar en pregrado nuevos profesionales de enfermería que funcionen de manera autónoma, y se deberá tomar en consideración que existe un déficit, pues el lugar más apropiado para la transmisión de los elementos y componentes cruciales de la autonomía es la capacitación en las empresas asociadas a la certificación y recertificación de la especialidad⁴³.

Los hallazgos que se han obtenido en este trabajo deben ser valorados y ponderados conforme a sus limitaciones y potenciales sesgos. Entre otros, que se trabajó con una población de enfermeras seleccionada y pequeña, proveniente de servicios pediátricos del único hospital público de la región, y por ende, puede verse afectada su validez externa a otros contextos. Por otra parte, este es el primer intento de aplicación de un instrumento que fue aplicado una vez realizada su traducción y adaptación transcultural, en espera de haber cumplido con las condiciones de validez, apariencia y contenido. No obstante, se podría en estudios futuros evaluar las propiedades psicométricas de este instrumento en población similar. Aun con las limitaciones comentadas, 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.

Conclusiones

Este estudio permitió determinar el nivel de autonomía que ejercen y perciben las enfermeras pediátricas en el cuidado de sus pacientes, y en el funcionamiento administrativo de sus unidades donde les corresponde realizar sus labores profesionales. Esto con el fin de develar, conocer y explorar la forma como la enfermera percibe la autonomía en su práctica clínica. En el ejercicio cotidiano y el quehacer rutinario las enfermeras aún tienen limitaciones en el ejercicio de la autonomía, en particular en actividades de índole administrativa. Por el contrario, se destaca y queda de manifiesto el empoderamiento existente en las enfermeras en la toma de decisiones sobre acciones de educación y promoción de salud.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23.^a ed. Madrid: Espasa Libros; 2014.
2. Marcus F. Autonomy in Nursing. *Ishikawa Journal of Nursing*. 2006;3:1–6.
3. Cotter P. Clinical Autonomy. En: Fitzpatrick JJ, McCarthy G, editores. *Nursing Concept Analysis: Applications to Research and Practice*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2016. p. 151–60.
4. Morgeson F, Delaney-Klinger K, Hemingway M. The importance of job autonomy, cognitive ability, and job-related skill for predicting role breadth and job performance. *J Appl Psychol*. 2005;90:399–406.
5. Koustelios AD, Karabatzaki D, Kousteliou I. Autonomy and job satisfaction for a sample of Greek teachers. *Psychol Rep*. 2004;95 3 Pt 1:883–6.
6. Carmel S, Yakubovich IS, Zwanger L, et al. Nurses' autonomy and job satisfaction. *Soc Sci Med*. 1988;26:1103–7.
7. Shoham-Yakubovich I, Carmel S, Zwanger L, et al. Autonomy, job satisfaction and professional self-image among nurses in the context of a physicians' strike. *Soc Sci Med*. 1989;28:1315–20.
8. Mrayyan M. Nurse autonomy, nurse job satisfaction and client satisfaction with nursing care: Their place in nursing data sets. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2003;16:74–82.
9. Finn CP. Autonomy: An important component for nurses' job satisfaction. *Int J Nurs Stud*. 2001;38:349–57.
10. Fung-kam L. Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. *J Adv Nurs*. 1998;27:355–63.
11. Wade GH. Professional nurse autonomy: Concept analysis and application to nursing education. *J Adv Nurs*. 1999;30:310–8.
12. Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichán*. 2015;15:129–40.
13. Seago JA. Autonomy: A realistic goal for the practice of hospital nursing? *Aquichán*. 2006;6:92–103.
14. Camargo IL, Caro CV. El papel autónomo de enfermería en las consultas. *Av Enferm*. 2010;28:143–50.
15. Goodman ME. El individuo y la cultura. *Conformismo vs. evolución*. Mexico DF: Pax; 1972.
16. Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichán*. 2005;5:114–27.
17. Milos P, Bórquez B, Larrain AI. La gestión del cuidado en la legislación chilena: interpretación y alcances. *Cienc Enferm*. 2010;16:17–29.
18. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. *Proyecciones de Población*. Chile: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile; 24 de marzo de 2009 [consultado 20 Dic 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2awMgLz>
19. Blegen MA, Goode C, Johnson M, et al. Preferences for decision-making autonomy. *J Nurs Sch*. 1993;25:339–44.
20. Tranmer J. Autonomy and Decision-Making in Nursing. En: McGillis-Hall L, editor. *Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety*. Jones & Bartlett Publishers, Inc; 2005. p. 139–62.
21. Schutzenhofer KK. The measurement of professional autonomy. *J Prof Nurs*. 1987;3:278–83.
22. Katzman EM. Nurses' and physicians' perceptions of nursing authority. *J Prof Nurs*. 1989;5:208–14.
23. Katrinli A, Atabay G, Gunay G, et al. Exploring the antecedents of organizational identification: The role of job dimensions, individual characteristics and job involvement. *J Nurs Manag*. 2009;17:66–73.
24. Amini K, Negarandeh R, Ramezani-Badr F, et al. Nurses' autonomy level in teaching hospitals and its relationship with the underlying factors. *Int J Nurs Pract*. 2015;21:52–9.
25. Baykara ZG, Sahinoglu S. An evaluation of nurses' professional autonomy in Turkey. *Nurs Ethics*. 2014;21:447–60.
26. Ferreira A, Ferraro S, Herrera A. Percepciones de licenciados en enfermería sobre regulación del ejercicio de su profesión y autonomía profesional. *Enfermería (Montev)*. 2012;1:33–40.
27. Ramió A. Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya [tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona; 2005 [consultado 10 Jun 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/29ZHxg>
28. Schutzenhofer KK. Nursing education and professional autonomy. *Reflections*. 1992;18:7.
29. Stewart J, Stansfield K, Tapp D. Clinical nurses' understanding of autonomy: Accomplishing patient goals through interdependent practice. *J Nurs Adm*. 2004;34:443–50.
30. Hallstrom I, Elander G. Decision making in paediatric care: An overview with reference to nursing care. *Nurs Ethics*. 2005;12:223–38.
31. Mrayyan MT. American nurses' work autonomy on patient care and unit operations. *Br J Nurs*. 2005;14:962–7.
32. Rikli J, Hegwood P, Atwater A, et al. Implementation and case-study results of potentially better practices for staffing in neonatal intensive care units. *Pediatrics*. 2006;118 Suppl 2:141–6.
33. Skar R. The meaning of autonomy in nursing practice. *J Clin Nurs*. 2010;19(15-16):2226–34.
34. Freed G, Dunham K, Lamarand K, et al. Pediatric nurse practitioners: Roles and scope of practice. *Pediatrics*. 2010;126:846–50.
35. Cook G, Gerrish K, Clarke C. Decision-making in teams: Issues arising from two UK evaluations. *J Interprof Care*. 2001;15:141–51.
36. D'Antonio P, Connolly C, Wall BM, et al. Histories of nursing: The power and the possibilities. *Nurs Outlook*. 2010;58:207–13.
37. Gagnon L, Bakker D, Montgomery P, et al. Nurse autonomy in cancer care. *Cancer Nurs*. 2010;33:21–8.
38. Kramer M, Maguire P, Schmalenberg CE. Excellence through evidence: The what, when, and where of clinical autonomy. *J Nurs Adm*. 2006;36:479–91.
39. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, da Silveira RS, et al. Nursing ethics and its relation with power and work organization. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15:493–7.
40. Carter H. Confronting patriarchal attitudes in the fight for professional recognition. *J Adv Nurs*. 1994;19:367–72.
41. Scott PA. Morally autonomous practice? *ANS Adv Nurs Sci*. 1998;21:69–79.
42. Abma TA, Widdershoven GA, Frederiks BJ, et al. Dialogical nursing ethics: The quality of freedom restrictions. *Nurs Ethics*. 2008;15:789–802.
43. Sheer B, Wong FK. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh*. 2008;40:204–11.