

**ASPECTOS QUE DETERMINAN LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE
ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DESCRITOS EN
LA ÚLTIMA DÉCADA**

Por:

**ANA MARÍA GALLEGO MARÍN
JAIME ALBERTO GIRALDO RAMÍREZ**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ADULTO EN ESTADO
CRÍTICO DE SALUD
MEDELLÍN
2018**

**ASPECTOS QUE DETERMINAN LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE
ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO, DESCRITOS EN
LA ÚLTIMA DÉCADA.**

Por:

**ANA MARÍA GALLEGO MARÍN
JAIME ALBERTO GIRALDO RAMÍREZ**

**Monografía para optar al título de Especialistas en Cuidado de Enfermería al
Adulto en Estado Crítico de Salud**

ASESOR

**Liliana López Cano
Magíster en Salud Colectiva**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ADULTO EN ESTADO
CRÍTICO DE SALUD
MEDELLÍN
2018**

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo monográfico fue un proceso de aprendizaje como estudiantes de posgrado en enfermería, que requirió el apoyo de nuestra asesora Liliana López quien con sus aportes, nos brindó las herramientas necesarias para finalizar con éxito nuestro trabajo y a quien le debemos un enorme agradecimiento, por su paciencia y dedicación; además de los docentes partícipes quienes con su visión crítica durante la evaluación de los avances nos ayudaron a reflexionar sobre la pregunta inicial monográfica y finalmente darle una construcción objetiva al estudio.

Agradecemos también a la Universidad de Antioquia, y en particular a la Facultad de Enfermería, que nos abrió sus puertas para lograr acrecentar nuestro perfil profesional como enfermeros y continuar avanzando en el aprendizaje y motivación investigativa de nuestra profesión.

Finalmente agradecemos a nuestras familias y amigos, que nos acompañaron paso a paso y nos brindaron su paciencia y palabras de ánimo, lo cual nos fortaleció durante este proceso académico.

Los Autores.

TABLA DE CONTENIDO

1. FORMULACIÓN DEL TEMA Y JUSTIFICACIÓN	9
2. OBJETIVOS	144
2.1 OBJETIVO GENERAL	144
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	144
3. REFERENTES CONCEPTUALES	16
3.1 CUIDADO DE ENFERMERÍA	166
3.2 GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	177
3.3 PLANEACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	199
3.4. UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	2020
3.5 MARCO LEGAL PARA EL DESEMPEÑO DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA: ASPECTOS DEL CONTEXTO	21
3.6 REFERENTE TEÓRICO PARA EL DESARROLLO METODOLÓGICO	23
3.6.1 AUTONOMÍA.....	23
3.6.2 LIDERAZGO.....	233

3.6.3 ROL DE ENFERMERÍA.....	24
4. MARCO METODOLÓGICO.....	266
4.1 TIPO DE ESTUDIO	266
4.2 ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	266
4.3 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	277
4.4 RIGOR METODOLÓGICO	288
5. ASPECTOS ÉTICOS EN LA MONOGRAFÍA	30
6. RESULTADOS	32
6.1 PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LA TEMÁTICA REVISADA.....	33
6.2 ANÁLISIS INTERPRETATIVO Y DISCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN	35
6.2.1 GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA Y SU RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI:	36
6.2.2. ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: SU RELACION CON EL LIDERAZGO Y DESARROLLO DE LA AUTONOMIA EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN UCI:.....	40

6.2.3 GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UCI BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)	44
6.2.4. UNA MIRADA A LA FORMACION ACADEMICA E INVESTIGATIVA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN UCI.....	47
7. CONCLUSIONES	50
8. RECOMENDACIONES.....	53
9. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	54

TABLA DE FIGURAS

FIGURA. 1. "GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): UNA MIRADA AL CONTEXTO.....	35
---	-----------

TABLA DE ANEXOS

Anexo A. MATRIZ DE VACIADO (ver en archivo 3)

Anexo B. FICHAS BIBLIOGRÁFICAS (ver en archivo 4)

1. FORMULACIÓN DEL TEMA Y JUSTIFICACIÓN

Durante décadas la enfermería se ha esforzado en alcanzar un cuerpo de conocimientos sólidos que le aporte autonomía en la toma de decisiones durante la práctica para brindar el cuidado a los individuos, cuidado que es considerado el objeto de la profesión y el cual fue expuesto en la década de los 50 por Madeleine Leininger, quien lo definió como una necesidad humana esencial y un modo de lograr salud, bienestar y la conservación de las culturas y de la civilización (Neves, 2002). Según Watson y Foster (2003): “Cuidar es para la enfermería su razón moral y es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional y el paciente” (p. 363).

Es a partir de la mitad del siglo XX donde la enfermería es reconocida por poseer un enfoque teórico conceptual y alcanza un estatus social por medio de Florence Nightingale, pionera de la enfermería moderna, que da paso a la investigación y con ella la creación de diferentes teorías que enriquecen y brindan mejores conocimientos, para traspasar el ámbito empírico y dar respaldo a la profesión y así establecer un marco del cuidado desde la autonomía en el desempeño de su rol y liderazgo. Para lograrlo, en la última década, enfermería como profesión y disciplina se ha caracterizado en mostrar un conocimiento más fundamentado en bases filosóficas, teóricas y prácticas, para lo cual ha establecido diferentes metodologías de aprendizaje y crecimiento científico técnico, que se traduce en el empoderamiento de diferentes áreas de la gestión del cuidado (Villalobos, 2001).

En relación con la gestión del cuidado, cada día es posible visualizar en los servicios asistenciales a nivel mundial la importancia que tiene el profesional de enfermería

para gestionar las actividades que generan un funcionamiento óptimo de sus unidades de trabajo. En nuestro medio, el papel de gestor de este profesional se enmarca en la resolución 2003 de 2012, (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2014), en el cual todos los servicios asistenciales deben tener un profesional de enfermería para llevar a cabo sus procesos técnico científicos, desde este punto de vista y apoyando la normativa, Cano et al (2013) en su trabajo "Management of Resources in Nursing beyond Leadership. Our will to be and do", deja claro que el profesional de enfermería es indispensable para la gestión de los servicios de salud con calidad superior.

Enfermería asume esta gestión como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización y control de cuidados oportunos, seguros e integrales, que aseguren la calidad de la atención (Samper, 2010). Con respecto a la gestión del cuidado del paciente en estado crítico de salud, el rol del profesional de enfermería se ha ido desarrollando, en la medida que se ha incrementado la necesidad de un cuidado más específico, que exige formación y conocimientos especializados (García y Sánchez, 2009).

Se resalta que, en la gestión del cuidado del paciente en estado crítico de salud existen factores preponderantes e indispensables, como el liderazgo y formación académica especializada. Según Oluwatosin y Olumide (2017), este genera respeto y una percepción de idoneidad en el profesional de enfermería y afirman acorde con otros trabajos, que es un valor sustancial y se relaciona con aspectos del carácter y la formación académica. Con relación a la formación académica, Ramírez, Perdomo y Galán (2013) mencionan que se requiere un sólido marco científico-técnico que tenga en cuenta la complejidad y diversidad de los problemas de salud. (p. 45). Es así como en las últimas décadas enfermería ha avanzado, lo

que promueve la aparición de especialidades en diferentes áreas y proporciona un dominio para actuar en la complejidad de la práctica.

Se resalta que la gestión del cuidado de enfermería en unidades de cuidado intensivo (UCI) también está determinada por diferentes aspectos en el contexto político, económico y sociocultural. Seguel (2015) plantea que las condiciones de trabajo del personal de enfermería están permeadas por las regulaciones existentes bajo el modelo económico neoliberal que conlleva a la pérdida de derechos sociales históricamente adquiridos, baja remuneración, jornadas de trabajo extensas y situaciones estresantes en el servicio de salud, que han contribuido a potencializar la sobrecarga laboral. Aunado a lo anterior el incremento acelerado en la demanda de atención, nuevas funciones administrativas, los rápidos cambios tecnológicos, limitantes en la formación académica, la incorporación masiva de profesionales sin experiencia, ha permitido la deficiencia en la calidad de la atención y con ello el desdibujado rol de su profesión en esta área, donde algunas investigaciones coinciden en que enfermería no tiene el reconocimiento social que debería, lo que conlleva a la insatisfacción laboral (Ngozi y Ogwo, 2013). Según Ruzafa et al (2008), esta insatisfacción laboral puede estar mediada también por la restricción de la autonomía y liderazgo para la toma de decisiones por parte de los profesionales de enfermería.

Dawson y McEwen, (2005) realizaron un estudio descriptivo en Reino Unido, cuyas conclusiones radican que el profesional de enfermería en las UCI se ha apartado de su liderazgo y la realización del plan de atención de enfermería a pesar de su avance teórico y por lo tanto ha perdido la autonomía en la toma de decisiones para estar sometido a las del actuar médico y además aún encuentran limitaciones importantes en cuanto al reconocimiento social. Desde el contexto de países como Australia, Alison y Pirret (2008) describen que el profesional de enfermería está en una

búsqueda activa de integración de procesos y conocimientos avanzados de fisiopatología, farmacología, evaluación y diagnóstico, a través del proceso de atención de enfermería para ser aplicados en diferentes servicios como las UCI y esto les ayuda a mejorar su autonomía.

Es de esta forma, como se expone la necesidad del empoderamiento del profesional de enfermería en las UCI, que permita un desarrollo organizado y garantizar la calidad del cuidado y bienestar de los individuos, por lo que se ha valido del despliegue de teorías para fortalecer reconocimiento social, a través de la práctica basada en evidencias científico- técnicas, que ayude a desarrollar su rol con autonomía. Lo anterior describe cómo en el contexto internacional el profesional de enfermería en UCI trabaja en establecer campos que promuevan de forma más tangible su autonomía y liderazgo para evidenciar socialmente la gestión en los cuidados, a diferencia del ámbito nacional donde las investigaciones sobre este tema son más limitadas y si se lograra fortalecer permitiría no solo describir los aspectos propios del contexto sino también una reflexión de la problemática que conlleva a establecer nuevas propuestas de intervención.

Por lo anterior, es meritorio describir los aspectos que determinan la gestión del profesional de enfermería en las UCI, Tarín (2012), en su trabajo describe la importancia de la gestión como puerta principal al liderazgo y como camino a la autonomía, enmarca lo preponderante de tomar en cuenta los diferentes roles de trabajo del profesional de enfermería en cuidados intensivos; aspectos como formación en prácticas avanzadas (figura no presente en latinoamérica ni en españa) hacen la diferencia en la gestión de los servicios de salud, mayoritariamente en unidades donde es necesario un conocimiento científico con fundamentos teóricos fuertes como las UCI. (p. 40). Por su parte García y Togueiro (2012), afirman que la calidad de los servicios de salud, en especial en la unidad de

cuidados intensivos viene dada por la adecuada optimización del tiempo, defienden su postura afirmando que: “Los resultados institucionales son influenciados directamente por la cultura y gestión organizacional” (p.2), dando a entender que la organización planeación y aspectos básicos como tener una organización previa de las actividades, y optimizar el tiempo según la prioridad de trabajo (García y Togueiro, 2012. P. 3).

Tomando en cuenta lo anterior, es preponderante saber que la calidad del cuidado, va de la mano con la gestión profesional, liderazgo y en mayor parte del empeño laboral del profesional de enfermería que labora en las UCI, lo anterior es una introducción a lo que usted podrá encontrar con mayor profundidad durante la lectura de este trabajo, encontrará cambios que han surgido, lo anterior con la intención de generar conocimiento y nuevos planteamientos para futuras investigaciones que aporten a la construcción de la profesión y la disciplina de enfermería.

Desde el marco de la investigación documental, este trabajo pretende describir y analizar la producción científica en la última década relacionada con los aspectos sociales, económicos, culturales y jerárquicos que determinan la gestión del cuidado de enfermería en las UCI, que posibilite la reflexión sobre la transformación del rol de enfermería, autonomía y liderazgo de acuerdo con los cambios del contexto.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar comprensivamente la producción científica sobre los aspectos que determinan la gestión del cuidado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo (UCI) descritos en la década del 2005 al 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Dar cuenta de las disciplinas o campos del saber que se ocupan de las publicaciones sobre los aspectos que determinan la gestión del cuidado de enfermería en las UCI descritos en la última década.

Clasificar las problemáticas o aspectos de los que se ocupan las publicaciones sobre los factores que determinan la gestión del cuidado de enfermería en las UCI descritos en la última década.

Describir las perspectivas teóricas y metodológicas que se han empleado para abordar las publicaciones sobre el tema.

Analizar las tendencias o saberes que arrojan las publicaciones sobre los aspectos que determinan la gestión del cuidado de enfermería en las UCI descritos en la última década.

Realizar comparaciones de las variables que permiten la gestión del profesional de enfermería en las UCI a nivel mundial y local.

Concluir los aspectos del contexto que impactan la situación actual de la gestión del profesional de enfermería en UCI, según los hallazgos y análisis de la revisión bibliográfica.

3. REFERENTES CONCEPTUALES

3.1 CUIDADO DE ENFERMERÍA

Al hablar de gestión del cuidado, se tiene como premisa que el cuidado es sinónimo de enfermería y de su práctica, es su esencia y por ello se traduce en velar por la salud y el bienestar del paciente; Carrillo et al (2013) definen el cuidado como: “Cuidar es acompañar a la persona en sus experiencias de vida. Por ello enfermería trata de planificar la atención desde esta perspectiva... Cuidar es cuidar a la persona concreta planteando alternativas a la cosificación y consideración del paciente y su situación como un problema a resolver”.

Históricamente el cuidado a las personas ha trascendido de un oficio a una profesión al identificar que una labor realizada también se puede lograr mediante la aplicación y construcción del conocimiento científico. Los oficios a través de la historia son realizados por personas que intentan dar solución a un problema, por tradición siempre han sido catalogados como actividades manuales y técnicas (Hernández et al, 1997); al contrario, una profesión posee valores agregados, Hernández et al (1997), lo define como “Una etiqueta simbólica de un estatus deseado” (p. 22). Enfermería se enmarca como una profesión reconocida sólo hasta el siglo XX, donde comienza a tener fuerza su objeto de estudio: “el cuidado”. Según Báez-Hernández (2009) cuidado de enfermería es: “Una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él” (p. 129).

Aunado a lo anterior, Izquierdo (2015) quien cita a Jean Watson afirma que el cuidado de enfermería se manifiesta en la práctica interpersonal, el cual tiene como finalidad el promover la salud y el crecimiento de la persona. De este modo se define entonces que el cuidado de enfermería no sólo atañe a la persona de manera individual sino también a su colectivo. Castañeda et al (2015) consideran el cuidado de enfermería único y trascendental en el ejercicio de la promoción de la salud de la población, lo cual no está muy alejado de Báez- Hernández (2009), quién define al profesional de enfermería y su trabajo como transmisor de bienestar y el cuidado como una acción humana concreta.

Para brindar el cuidado, se requiere un profesional de enfermería que haya logrado cultivar durante el transcurso de la historia de la profesión el amor por el paciente y que lo transmita de manera adecuada. El cuidado de enfermería debe estar cimentado en bases empíricas pero también mediante protocolos científicos aprobados, siendo holístico y enteramente humano (Arratia, 2005).

Basta con dejar claro que el cuidado de la salud para enfermería trasciende conceptos simples y va más allá de lo que se ve socialmente, promoviendo un holismo puro, escucha activa a las dinámicas socioculturales y familiares, individuales y colectivas. Para concluir, el cuidado de enfermería es necesario para la recuperación de la salud de la vida de una persona enferma, pero es más que lo orgánico, es amor puro por el otro. (Báez-Hernández. 2009).

3.2 GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Según Ibarra (2006), la gestión del cuidado es “el punto de equilibrio donde confluyen los conceptos, las teorías, los procesos, los principios y los elementos propios de cada área; la conducción del cuidado, la búsqueda de las posibles vías

de acción para garantizar y proveer el cuidado, una concepción e internalización de los diferentes interrogantes que hacen que el enfermero/a actúe, responda y transforme la realidad en torno de la salud-enfermedad”. La gestión del cuidado de enfermería es la consolidación de una cultura efectiva dentro del sistema de salud y de educación, se presenta un acto recíproco entre el profesional de enfermería como cuidador y a la persona y/o personas que recibe cuidado, con la pretensión de generar cambios en las actividades y valores de las personas.

Patricia Benner citada por Carrillo et al (2013), hace referencia a la gestión del cuidado desde una percepción de aprendizaje y pericia del profesional de enfermería, que va desarrollando en el día a día de su práctica enfermero: “el enfoque de enfermero principiante a experto es el de una formación por competencias, las cuales se verán reflejadas en el quehacer de enfermería o en el crecimiento personal y profesional. Existen destrezas que solo se podrán fijar al saber práctico en este ámbito, donde el profesional entra en contacto directo con el paciente”. De esta manera también obtiene la facilidad de aplicar los valores, aptitudes y actitudes propias del cuidado, ya que el desarrollo profesional se basa en estos tres grandes factores que evidencian la extraordinaria capacidad que tiene el enfermero para la solución de cualquier conflicto o problema que pueda presentarse en el área clínica (Carrillo et al 2013).

Villalobos (2001), por su parte presenta en el último siglo a enfermería como una profesión y disciplina que se ha caracterizado en mostrar un conocimiento fundamentado en bases filosóficas, teóricas y prácticas, para lo cual ha establecido diferentes metodologías de aprendizaje y crecimiento científico técnico, que se traduce en el empoderamiento de la gestión del cuidado.

3.3 PLANEACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería PAE, a mediados del siglo XX, marcó un hito en la enfermería moderna; toda vez que supuso la adopción de un esquema lógico de actuación encaminado a la realización de acciones reflexivas y orientadas hacia un propósito (Rojas y Durango, 2010). Rojas y Durango (2010), citan a Lyer, quien define el PAE como el sistema de la práctica de enfermería, donde el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas de los pacientes ante los problemas de salud; y a Alfaro, quien por su parte destaca que promueve el desarrollo del pensamiento autónomo y flexible. Es así como enfermería plantea de forma organizada y objetiva su quehacer y sus intervenciones, dándole autonomía a la práctica, en toma de decisiones; todo esto a través del PAE, que le provee a la profesión identidad y busca el direccionamiento de intervenciones para la consecución de metas, y la medición efectiva de las acciones a través de cinco premisas: valoración, diagnóstico, planeación, intervención y evaluación.

En el cuidado como lo cita Alfaro (2006), se nos presenta a los pacientes como individuos que pueden tener los mismos problemas pero diferentes actitudes y respuestas. Buscar diferencias en las respuestas de los pacientes o cambios en sus circunstancias y ajustar los cuidados según las necesidades. Cuando se tiene una comprensión de las circunstancias de cada paciente, se puede evitar hacer asunciones y se adecuan los cuidados para conseguir los mejores resultados” (pág. 71). Es brindar entonces cuidados guiados en las necesidades propias de ese paciente como particular, es cuidar bajo un pensamiento crítico y metódico, bajo un método de trabajo, como se presenta el PAE.

3.4. UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios de alta complejidad médica y de atención al paciente con patologías, cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas con condiciones críticas de salud (Baena y Ramírez, 2007). El paciente crítico es definido como aquel que ha alcanzado una enfermedad con tal nivel de severidad que supone un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperación; sólo este tipo de pacientes son elegibles para el ingreso a una UCI, donde la atención es realizada en tiempo real por 24 horas del día y 7 días a la semana por personal especializado en el manejo de este tipo de pacientes. (Perdomo.1992).

Las unidades de cuidados intensivos requieren un nivel avanzado en competencias de sus profesionales y a su vez la capacidad de trabajar en conjunto de manera armónica, como lo presenta González (2015),”el trabajo en equipo es un concepto que tiene una gran implicación en el trabajo de enfermería que se realiza en la UCI. El trabajo en equipo es la capacidad para formar parte de un grupo de personas que posee un objetivo común, implica colaborar y cooperar con todos los miembros, subordinando los intereses personales a los objetivos de este” (pág. 44).

Sales et al (2017), define a las UCI en Brasil como ambientes preparados para atender pacientes gravemente enfermos que tienen riesgo potencial de muerte y que son importantes componentes de la asistencia a la salud, lo cual se asemeja con la idea de Ramírez et al (2013) quienes afirman que son ambientes eficientes y efectivos que garantizan la presencia de un equipo de enfermería multiprofesional, altamente calificado para resolver los problemas vitales de los pacientes que cursan estados críticos de salud y dar soporte terapéutico a las familias de estos, sin embargo especifican que además del soporte tecnológico y especializado las UCI

se caracterizan de igual manera por la situación de angustia y sufrimiento, asociado a incertidumbre, ansiedad y temor a morir.

3.5 MARCO LEGAL PARA EL DESEMPEÑO DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA: ASPECTOS DEL CONTEXTO

La Ley 266 de 1996 afirma: “La Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar”.

Esta misma ley en su artículo 17, determina en sus apartados que la enfermería tiene distintos roles en la sociedad Colombiana, sobre todo desde la gestión, organización, planificación y dirección de los equipos de salud, con lo cual se infiere que la enfermería cumple múltiples roles y responsabilidades de manera autónoma, y en contexto con su formación académica y de gestión.

Desde otra perspectiva, los cambios introducidos por las reformas políticas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el contexto colombiano incidieron en la reorganización del trabajo, la forma de prestación de servicios y sobre el cuidado de enfermería. Paradójicamente, la falta de preparación de las instituciones para afrontar los cambios derivados de la reforma, ocasionaron una serie de efectos poco favorables para los profesionales de la salud y los usuarios. En el caso concreto de la enfermería las consecuencias de la transformación política se cristalizaron en la emergencia de labores no propias del perfil, delegación de

responsabilidades asistenciales en el personal técnico, dependencia jerárquica de profesionales de otras disciplinas no sanitarias como: administración, ingeniería, economía, entre otras), nuevas formas de contratación y énfasis en la delegación de responsabilidades no asistenciales (Rojas y Durango 2010).

Como exponen los autores Rojas y Durango (2010), en este marco de referencia, los cambios en la práctica profesional se han reflejado en insatisfacción laboral, deterioro en las condiciones y aumento de la carga de trabajo, baja remuneración, inestabilidad laboral y por consiguiente, la pérdida de identidad profesional dentro de las instituciones, que ha desfavorecido la aplicación de las metodologías, la medicalización de los servicios y la tergiversación de los principios del cuidado de la salud.

Cano y Serna (2013) en su trabajo demuestran que, desde una perspectiva legislativa en salud, enfermería es de suma importancia como líder en la creación de políticas de salud para mejorar la calidad de vida de la población. Para Ramírez et al (2013), al analizar el artículo 19 de la Ley 266 de 1996, que hace referencia a la calidad de la atención de enfermería, concluyen sobre la necesidad de que sean los profesionales de enfermería los encargados de liderar los procesos de formulación, planeación, ejecución y evaluación del cuidado y atención en salud. Se concluye que, desde el marco legal, actualmente el profesional de enfermería se dedica de manera normada a la atención y al cuidado de los enfermos y heridos, así como otras tareas sanitarias siguiendo pautas clínicas (RAE, 2005) y a la sostenibilidad y sustento del sistema de salud colombiano (Congreso de Colombia, 1996).

3.6 REFERENTE TEÓRICO PARA EL DESARROLLO METODOLÓGICO

3.6.1 AUTONOMÍA

Desde la perspectiva filosófica, Cornill (2013) toma como referencia a Kant quien habla de autonomía como “la posibilidad del ser humano de determinarse a sí mismo, por sí mismo en virtud de su capacidad racional” lo que conlleva a dar un sentido ético al actuar. En la teoría Kantiana la autonomía alcanza el sentido de capacidad de la voluntad humana de determinarse libremente, sin ningún tipo de motivación externa, lo que se expresa como punto de equilibrio entre lo que dictan las sociedades y lo que la voluntad ínsita para establecer un actuar moral.

Desde la psicología, Castañeda et al (2015), tomo como referencia a Spreitzer (1995) quien plantea el modelo de empoderamiento psicológico, y con este define los elementos que proveen a las personas de autoeficacia, competencias, la autonomía y un camino de sentido a la propia existencia; “esto sugiere una congruencia en las conductas y valores de cada persona”; por su parte la autonomía orienta a un sentimiento de control de forma que influencia en los resultados de las acciones de la persona; además de que la presencia de condiciones que fomentan el empoderamiento y las percepciones individuales.

3.6.2 LIDERAZGO

A la luz de la enfermería Gelbcke et al (2009) habla acerca del liderazgo como: "un proceso de grupo, donde hay una influencia con el fin de lograr un objetivo, por lo que está vinculado a un sentido de la acción, una sensación de movimiento, lo que se puede aprender". Quezada et al, (2014), por su parte plantea por medio de la OMS (1999), que "las enfermeras (os) que ocupan posiciones de liderazgo deben ser capaces de influir en los mecanismos de adopción de decisiones que establecen prioridades y asignan recursos para la obtención de salud".

Rosengren y Bondas (2010), proponen un liderazgo compartido para enfermería, lo definen como: "modelo de apoyo y de conocimiento que promueve un ambiente de aprendizaje y asociación en las organizaciones. El trabajo del líder se convierte en un espacio de enseñanza y mentoría en lugar de controlar a los miembros del personal". El profesional de enfermería debe estar preparado para el desarrollo y la maduración de un nuevo tipo de liderazgo, motivar a integrarse a las acciones de la gente y el personal. Cuando se discute la importancia del liderazgo de la enfermería en la atención de UCI, estas cuestiones del líder como motivador del grupo están presentes, para ello, liderar es saber conducir, organizando el trabajo del equipo, buscando una atención eficiente, pues el líder es el punto de apoyo para el equipo, tanto en la educación o en la coordinación del servicio, estimulando al equipo para desarrollar plenamente su potencial (Gelbcke et al, 2009).

3.6.3 ROL DE ENFERMERÍA

La enfermería desde la perspectiva holística que ha mantenido a través de la historia se ha ido adaptando a varios roles, desde un rol netamente administrativo o de gestión, hasta el rol asistencial, todos ellos vigentes actualmente. La palabra Rol es

definida por la RAE (Real Academia de la Lengua Española) como: “la adaptación gráfica de la voz inglesa role”, tomada a su vez del francés rôle, que se emplea especialmente en sociología y psicología, con el sentido de papel o función que alguien o algo cumple (RAE, 2005). Por lo tanto el rol o función que la enfermera realiza durante su labor va a enmarcar su trabajo y los resultados esperados institucionalmente. Castañeda et al (2015) en su documento “Empoderamiento, una utopía posible para reconstruir la humanización en las unidades de cuidados intensivos” afirman que el rol de la enfermería en el marco de gestión de la UCI en Colombia es un importante determinante académico, social y legal, que permite que el profesional de enfermería se empodere de su papel como líder y gestor. En un estudio realizado por estudiantes de la Universidad de Antioquia en el 2013, donde Cano et al (2013) comprobaron que el rol de la enfermería es esencial en la creación de políticas de salud pública a nivel nacional para importantes objetivos del sistema, siendo entonces pauta fundamental para el ejercicio de gestor en las UCI y en cualquier servicio asistencial existente hoy.

Existen por lo tanto varios roles que enfermería en teoría asume para llevar a cabo el objeto de la profesión: “el cuidado”, estos son: la gestión administrativa del servicio o de la unidad coordinada, el rol de educador, el rol asistencial y un rol de investigador.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Con el fin de cumplir con los objetivos del estudio monográfico se realizó una investigación con enfoque de estado del arte, definido como:

Una investigación documental a partir de la cual se recupera y trasciende reflexivamente el conocimiento acumulado sobre determinado objeto de estudio. Es una investigación sobre la producción investigativa, teórica o metodológica existente acerca de determinado tema para develar desde ella, la dinámica y lógica presentes en la descripción, explicación o interpretación que del fenómeno en cuestión hacen los teóricos o investigadores. Hacer un estado del arte "implica aproximarse a través de fuentes documentales a un verdadero laberinto de perspectivas epistemológicas, posturas ideológicas y supuestos implícitos y explícitos. Así como a una variedad de metodologías descriptivas y analíticas, afirmaciones y propuestas fundadas e infundadas que oscurecen el campo de la investigación haciéndolo ininteligible a simple vista. (Galeano y Vélez, 2002. p. 1).

4.2 ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para este trabajo se realizó una búsqueda de la literatura mediante descriptores y palabras claves: gestión, liderazgo, rol, autonomía, enfermería, profesionales de enfermería, estado crítico de salud, unidades de cuidados intensivos; tomando

como tiempo la década del 2005 hasta el 2017, para el desarrollo del escrito en distintas bases de datos disponibles en la red en la actualidad.

Las bases de datos revisadas fueron PubMed, Bireme, MedLine, ScienceDirect, Scielo, Cochrane, Lilacs, Scopus, TESEO, Health Source y Redalyc; se tuvieron en cuenta los documentos de revistas indexadas en categoría B2 en distintos idiomas como español, inglés, portugués. Para el desarrollo de la monografía se realizó el uso de normas ICONTEC para el cuerpo del trabajo, mientras que la referencia bibliográfica se desarrolló bajo normas APA 2016 (American Physiological Association, 2016).

4.3 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de la información se realizó una lectura crítica de los distintos documentos recolectados, entre ellos artículos de investigación cualitativa (estados del arte y revisión documental), estudios cuantitativos (revisiones sistemáticas) y artículos de opinión. Para dicha lectura crítica, se construyeron de fichas analíticas de las revisiones bibliográficas, en las cuales se logró sustraer las ideas principales de dichos documentos, además de pasajes importantes, que contribuyeron a la formación de categorías para la construcción monográfica. Por otra parte el manejo de la matriz de vaciado ayudó a incorporar y organizar dichos documentos relevantes para hacer su indexación en este documento.

Durante el análisis, se tuvo presente que al ser un tema de sustentación cualitativa y que de cierta forma podría arrojar sentimientos cruzados u homólogos en relación con lo expresado por los autores, se evitó la premisa de juicios de valor, como lo expresa García (2008): “los juicios de valor son palabras, mediante las que se

aprueban o se reprueban determinados comportamientos de las personas” (p. 20); también Pasek y Briceño (2015), al mencionar a González (2001), concluyen que los juicios de valor conllevan a la presencia de dos fenómenos vinculados con las percepciones humanas, el primero es el ‘efecto de halo’ que se da cuando en la emisión del juicio intervienen dimensiones del objeto que no entran en la valoración, pero interfieren en la apreciación de las cualidades o características que se evalúan, y otro es la sobrevaloración de su significado (p. 3).

4.4 RIGOR METODOLÓGICO

Para la producción del trabajo monográfico, fue necesario la recolección de datos bibliográficos que permitió tener información veraz hacia el tema a describir: “Aspectos que determinan la gestión del cuidado en UCI descritos en la última década”.

El análisis crítico de la información se desarrolló teniendo en cuenta los criterios de rigor que permiten valorar los documentos recolectados y su validez para la construcción del tema monográfico. Como lo indican Noreña, Alacraz, Rebolledo y Rojas (2012):

La construcción de un estudio cualitativo opera como un sistema donde cada etapa debe estar en sincronía y formar parte activa de un todo; por lo tanto, se hace indispensable cuidar la calidad del estudio en general a partir de los criterios de rigor, así como de las consideraciones éticas que rigen el quehacer del investigador según las características del paradigma en que se inscribe. (p. 265).

Es así como, el manejo consciente de los criterios de rigor permite disminuir el sesgo que se propicia durante la interpretación de los datos y el análisis subjetivo, que se ve ligado a los estudios cualitativos y se logra evidenciar la importancia que ejercen en la producción final (Arias y Giraldo, 2011).

Se reconoce que los criterios de rigor están relacionados con cada una de las etapas del proceso de la revisión documental, para este estudio monográfico se considerarán los siguientes criterios: credibilidad, transferibilidad, auditabilidad o confirmabilidad, autenticidad y reflexividad.

Con respecto al criterio de *credibilidad*, se hace referencia a Noreña et al (2012): “La aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada” (p. 267). Para esto se tuvo la necesidad de hacer una lectura minuciosa y crítica de los documentos que permitió lograr una interpretación correcta de los resultados y la concordancia con los objetivos planteados y así mismo una búsqueda académica de estos en bases con acreditación científica. También se tuvo en cuenta el criterio de la *transferibilidad*, que como análogo de la validez externa, se refiere a la posibilidad de trasladar los resultados a otros contextos y a la población a indagar, en este caso, los profesionales de enfermería que laboran en UCI (Arias y Giraldo 2011). La *confirmabilidad*, análogo de la objetividad, se relaciona con la neutralidad en el análisis y la interpretación de la información (Arias y Giraldo 2011), por ello para la construcción del protocolo, se realizó una revisión sistemática de bibliografía y análisis de la información con veracidad científica. En este estudio monográfico también se aplicó el criterio de *autenticidad* que incluye la conciencia reflexiva o criterio de *reflexividad* o autoconciencia de los efectos que el investigador y la estrategia de investigación provoca en los resultados obtenidos (Valles, 1997).

Finalmente, se pretendió durante el estudio monográfico, mantener la calidad en la revisión bibliográfica y coherencia metodológica en todo momento de su desarrollo.

5. ASPECTOS ÉTICOS EN LA MONOGRAFÍA

Para el desarrollo del trabajo monográfico fue relevante el uso adecuado de los referentes bibliográficos, con énfasis en la citación de los autores, debido a la importancia que cobran durante la construcción y sustentación científica para el desarrollo del tema: “Aspectos que determinan la gestión del cuidado en UCI, descritos en la última década” Para esto se indaga acerca de la normatividad del régimen general de derechos de autor, Ley 23 del 28 de enero de 1982, la cual describe en el artículo 31:

Es permitido citar a un autor transcribiendo los pasajes necesarios, siempre que estos no sean tantos y seguidos que razonadamente puedan considerarse como una reproducción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra donde se toman. En cada cita deberá mencionarse el nombre del autor de la obra citada y el título de dicha obra. (p. 6)

Por otra parte, cabe resaltar que como profesionales existe la necesidad de ser llamados al desarrollo de cualidades académicas que permitan integrar el conocimiento propio con el de otros autores, a través de la lectura crítica y la verificación de la validez de la información que consideramos como aporte a producciones científicas así como en el modo de búsqueda y recolección de la información. Según Arias y Giraldo (2011): “Los principios éticos van más allá del consentimiento informado, incluyen, además, los sistemas de reciprocidad contruidos con los participantes en el estudio, el comportamiento en el campo, la dinámica de las relaciones” (p. 510). Como lo señalan estos autores, la ética hace parte esencial en la producción de nuestro conocimiento y la utilización de la

información, además de ir ligada a nuestras acciones más allá de la documentación, sino también desde nuestro actuar académico, en busca del estado del arte.

6. RESULTADOS

6.1 PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LA TEMÁTICA REVISADA

Durante la primera etapa de la elaboración de la monografía se realizó la búsqueda bibliográfica según los criterios de inclusión ya descritos en la metodología, se buscó literatura desde el año 2005 hasta el año 2017. Los descriptores usados fueron: “gestión del cuidado, liderazgo, rol, autonomía, enfermería, profesionales de enfermería, estado crítico de salud, unidades de cuidados intensivos”. Las bases de datos que se usaron en general fueron: PubMed, ScienceDirect, Lilacs, Scielo, Springer, Journal, Google Academy, Sage y Documento Docente. En total se recopilaron 70 documentos de producción académica variable, de los cuales se retiraron 20 de ellos, y se tuvieron en cuenta 50 documentos para la realización del trabajo monográfico.

En cuanto a los documentos excluidos, se encontraron 20 referencias que hacían parte de los descriptores incluidos para la búsqueda, sin embargo, debieron ser excluidos 15 al no ubicarse en la línea de tiempo determinado al inicio del trabajo monográfico, es decir eran documentos con tiempos inferiores al año 2005. Por el contrario 5 referencias más, si se incluyen en el tiempo determinado (2005 - 2017), pero una vez se hizo la lectura analítica de estos, los temas de desarrollo de dichas referencias, aludían más a costos y eventos adversos durante la presentación de servicio en salud y se distanciaba de los objetivos propuestos para el tema bibliográfico.

Se tuvieron en cuenta documentos de revistas indexadas en categoría B2, entre los cuales se hallaron: 8 referentes teóricos con autores como Jean Watson, Patricia Benner, Emmanuel Kant, Frederich Nietzsche, Spreizer, Kanter y Albert King.

La distribución de los documentos fue la siguiente: 35 artículos de investigación, de estos 33 con metodología cualitativa y dos mixtos (enfoque cualitativo – cuantitativo) y un total de 15 artículos de revisión bibliográfica. En cuanto a los referentes teóricos, de los 50 totales, 8 artículos estaban enfocados al análisis de las categorías del liderazgo, autonomía y su relación con el cuidado de enfermería.

Cabe resaltar que predominan los estudios en países como Nueva Zelanda, Australia y España, sin embargo, también se encontró bibliografía en América Latina, en países como Colombia, México, Chile y Brasil, siendo estos países los más destacados en cuanto a este tema de estudio.

Durante la lectura crítica de los documentos se realizaron 50 fichas bibliográficas, las cuales fueron vaciadas en la matriz bibliográfica para realizar un mejor análisis de la información encontrada. Tras el análisis de la información se pudo evidenciar de manera muy consistente que la variable autonomía no era una constante de investigación en el ámbito de enfermería en cuidado crítico, mientras que el liderazgo fue la categoría que emergió como el contenido más preponderante para el análisis del tema.

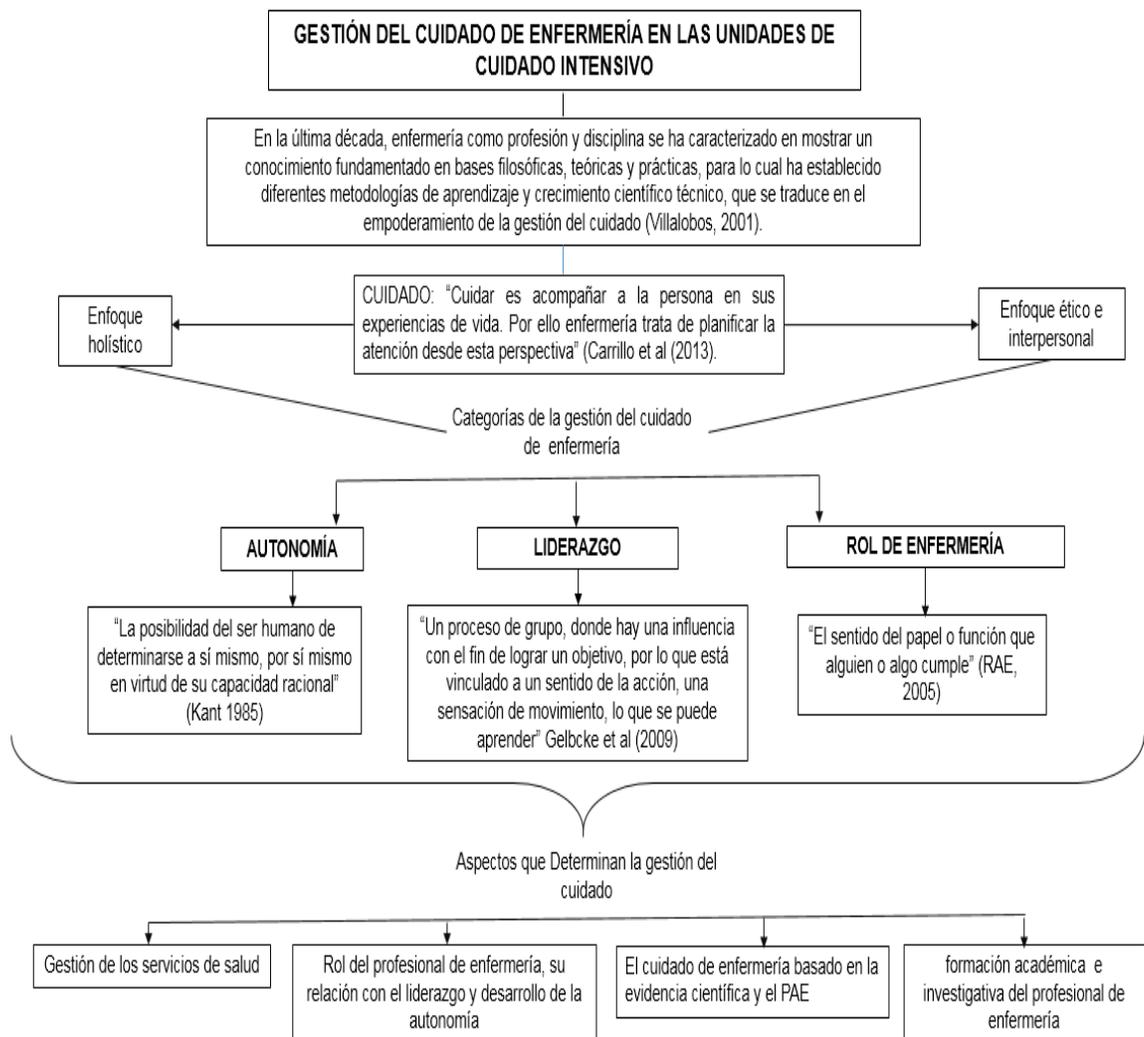
Con respecto a los referentes teóricos, para el análisis de la categoría del liderazgo y gestión del cuidado de enfermería se tuvieron en cuenta las autoras Patricia Benner y Jean Watson y el estado comparativo y fundamentación de otras

corrientes disciplinares fueron basadas en Emmanuel Kant, Friederich Nietzsche, Spreizer, Kanter y Albert S. King; los cuales contribuyeron a la definición y alcances de la autonomía, empoderamiento y el liderazgo como principales determinantes en las competencias de la gestión del cuidado.

6.2 ANÁLISIS INTERPRETATIVO Y DISCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

“GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): UNA MIRADA AL CONTEXTO”

Figura. 1. "Gestión de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Una Mirada al Contexto"



6.2.1 GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA Y SU RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI:

La determinante posición y poder de la rama legislativa en Colombia genera múltiples leyes, resoluciones y decretos que fundamentan y legislan asuntos tan importantes como la salud de los colombianos. En el 2014 el congreso de la república crea la ley 100 de 1993: “Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, mediante la cual el pueblo colombiano tendrá un documento que será la base de la atención de su salud y bienestar para toda su vida hasta que este sea modificado. Se cuenta también con la Resolución 2003 de 2014: “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud” (Min. Prot. Social. 2014), ambos gravados en la memoria política y social de los colombianos. Este el último enuncia los criterios que requieren las UCI para funcionar de manera legal y donde el profesional de enfermería tiene su función predeterminada como gestor.

En apartados anteriores de este trabajo se pudo definir al profesional de enfermería como aquel profesional de la salud con funciones fundamentales en cuatro áreas que edifican el cuidado individual, colectivo y social: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento humano. (Zabalegui. 2003). Enfermería tiene roles diversos, y cada día que pasa podemos dar cuenta de la importancia de estos roles en el cambio de políticas de salud en diversos países de Latinoamérica.

Cano et al (2013), magnifica en su artículo la preponderante fuerza de la palabra enfermería en las esferas del poder legislativo, y de este modo fundamenta la gran

cantidad de beneficios que podría enfermería aportar al sistema de salud de una nación como Colombia.

Socialmente la enfermería lleva siglos como una profesión invisible, principalmente en Latinoamérica, ya que aún se continúan viviendo realidades antiguas como la sumisión del profesional de enfermería ante el profesional médico, incluso a pesar de la existencia de leyes y normativas que reglamentan la profesión. Guerrero y Cid (2015), en su trabajo demuestran que enfermería a través del tiempo ha evolucionado de manera lenta hasta el punto de que aún existen estigmas de obediencia, sumisión, tolerancia al estrés y a la frustración. Antes del siglo XIX en Chile los criterios de admisión para las escuelas de enfermería se basaban en lo dicho anteriormente, además que sólo eran aceptadas mujeres para incursionar en estos estudios avanzados de cuidado a los enfermos (Guerrero y Cid, 2015). En Colombia, actualmente los criterios de ingreso y de evaluación se determinan por las competencias intelectuales, técnicas y del ser, como lo indica la Ley 266/96 que describe de manera detallada la función del profesional de enfermería en el sistema de salud.

Citando nuevamente a Cano et al (2013), enfermería sin lugar a duda debe ser actor principal y gestor activo de los recursos de la salud de una nación, ya que su formación académica dimensiona conocimientos estructurados de la legislación en salud. Estamos de acuerdo en que el profesional de enfermería está capacitado para la atención en salud a individuos y colectivos y posee las herramientas para liderar recursos tan importantes como la salud de la población colombiana.

La ley 266 de 1996, que edifica el código deontológico de enfermería en su artículo 2do, enumera los principios de la práctica profesional de enfermería, dentro de las

competencias reconoce la capacidad del profesional de enfermería como formulador, diseñador, implementador y garante de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud, y no sólo conforme con lo anterior existe aval nacional para que el profesional de enfermería sea proactivo en la formulación de proyectos, políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud vigentes en el momento (Congreso de Colombia, 1996). La existencia de estas competencias, abren un gran espacio al profesional de enfermería quién en el pleno uso de sus facultades académicas y profesionales, deberá participar de manera más profunda en la regulación del sistema de salud. Es evidente la deficiencia de participación de estos profesionales en la formulación de las políticas de salud, así como ente participativo en la aprobación de políticas propias del ejercicio.

En relación con el cuidado intensivo, este requiere de manera prioritaria un profesional especializado y que conozca claramente el gerenciamiento de estas unidades, la experiencia, los estudios posgraduados y el grado de experticia van a ir de la mano con el crecimiento exponencial de los resultados positivos de las UCI en el país, (Carrillo, 2013) y con esta mejoría se podría demostrar de manera innegable que la participación de esferas invisibles como el cuidado del paciente y la familia en la UCI, impacta en los indicadores de gerenciamiento y administración de los sistemas de salud en Colombia.

Dawson y McEwen (2005), reiteran que el conocimiento especializado es sumamente importante para el gerenciamiento estratégico y legislativo de la salud y evidentemente del ejercicio de enfermería (p. 337); sin embargo existen barreras para el surgimiento de enfermería como garante y líder en la formulación de estas políticas y rol de gestor dentro de su papel administrativo y gerencial de la UCI, dado por falta de estudios de postgrado, sublección médica, falta de credibilidad del

personal a cargo y altísima falta de compromiso académico (Dawson y McEwen, 2005).

El gerenciamiento y el liderazgo no se logran adoptar de la noche a la mañana, requieren esfuerzo, estudio, empatía y sobre todo un trato humanizado. La UCI es un medio hostil, y esto no se desconoce, cuando se expone la posibilidad de ingresar a una UCI, se evocan pensamientos relacionados con: “el último lugar de la vida”, “un sitio para morir”, “última morada”, más no como a la luz de la sociedad debería considerarse: “una oportunidad para la vida”. El conocimiento requerido para ser líder o gerenciar una UCI, no es sólo farmacológico o clínico; requiere conocimientos financieros, humanistas, de psicología, sociología, antropología y el resto de las habilidades clínicas necesarias, pero en sí lo más importante es el sentido de pertenencia por el paciente y su familia quienes se encuentran muy vulnerables (Zabalegui, 2003).

Consideramos que enfermería tiene un altísimo potencial de impacto social en la salud colectiva de los colombianos, pero esto requiere de varios cambios desde la dimensión política y legislativa del país. Una reforma a la salud podría tener resultados interesantes en la apropiación del rol de gestor en el profesional de enfermería en las UCI, con interacción, apoyo y respeto de los colegas, compañeros laborales y ejecutivos empresariales que reconozcan en el profesional de enfermería un líder potencial con ideas excepcionales de mejoría de los procesos institucionales en el contexto actual de salud nacional.

6.2.2. ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: SU RELACION CON EL LIDERAZGO Y DESARROLLO DE LA AUTONOMIA EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN UCI:

El rol es definido como el papel o función ejercida por alguien o algo en un contexto determinado (RAE, 2005). El código deontológico de enfermería en su capítulo VI, artículo 17, numeral 6 explicita que el profesional de enfermería ejerce funciones asistenciales, de gestión, administración, investigación y docencia, y esto en salas generales y especializadas, sin excepción (Congreso de Colombia, 1996). La anterior normativa abarca el perfil general del profesional de enfermería dentro de salas básicas y/o especializadas, en este caso la UCI se debe tomar como una sala especializada, que sin prejuicio alguno exige el mismo nivel competente al profesional de enfermería con o sin especialización. Desde la experiencia se ha dilucidado que el sistema actual no reconoce ni académica, ni financieramente al profesional de enfermería especializado, por lo tanto, desmotiva la formación de estudios de posgrado, en la mayoría de los casos. A diferencia de otros países, Fleishman et al (2011), encontraron que el profesional de enfermería norteamericano tiene en cuenta para el estudio de posgrado factores como: el costo y financiación del programa académico, la distinción social y el reconocimiento económico que atañe la especialidad en sí.

El concepto de rol para el profesional de enfermería tiene variaciones dependiendo del lugar del mundo donde el profesional esté laborando, estas tendencias construyen un modelo de cuidado que varía en función de la cultura. Investigaciones demuestran habilidades clínicas de los profesionales de enfermería para el manejo de pacientes críticamente enfermos; en su mayoría en países desarrollados, lo que les permite realizar de forma autónoma la valoración física, la interpretación de análisis, diagnósticos, solicitud y formulación e implementación de planes de

manejo; promoviendo la intervención oportuna por parte de enfermería y así el mejoramiento de resultados en los pacientes. Sorensen et al (2008), afirman que la profesión de enfermería se enmarca como gestor en la UCI, y acoge los roles que le sean asignados según su perfil y formación. El rol de gestor ha sido quizás el más estudiado a través del tiempo, ya que enfermería por su formación académica tiene evidentes competencias gerenciales.

En cuanto al rol de gestor, Alison y Pirret (2008) describen que se requiere un carácter autónomo de la función del profesional de enfermería, centrado en los conocimientos avanzados de fisiopatología, farmacología, evaluación y diagnóstico, que le permite no solo recomendar, sino también realizar intervenciones oportunas (p. 380); Dos Santos et al (2016) ha expresado también la importancia de mejorar la formación de los profesionales de enfermería en cuidado crítico, describe que los profesionales de enfermería en los Estados Unidos, Canadá, y algunos países nórdicos determinan su jerarquía y rol por competencias de liderazgo, comunicación asertiva y determinación a la hora de toma de decisiones. La autonomía tan anhelada por la enfermería latinoamericana y contemporánea puede ser posible mediante investigación, posicionamiento académico y mostrar de manera contundente la importancia del rol gestor del profesional de enfermería en cuidados críticos para una mejoría total de los pacientes y del sistema de salud (Wadsworth, 2017).

Las competencias docentes e investigativas son también roles relevantes en el ejercicio de la enfermería contemporánea, ya que es un valor agregado y un potente estímulo para que las generaciones actuales potencialicen sus habilidades y conocimientos en el área del cuidado intensivo. Lo anterior abre las puertas a un desarrollo profesional más amplio que permite al enfermero desplegar en la práctica una visión de su rol, el manejo de la autonomía en pro de la salud del paciente e

identificar actividades de liderazgo en la práctica clínica y de forma más puntual en UCI.

Castañeda et al (2015) fundamenta que no existe mayor importancia en el ejercicio de enfermería que empoderarse en el rol propio de cuidador con la mira de una labor enfermera humanizada que impacte en la calidad de los cuidados de enfermería; sin embargo, para brindar un cuidado de enfermería de calidad requiere más que posgrados, ganas de hacerlo y determinación. Carrillo, (2013) en su documento mediante un sustento en la teoría de Patricia Benner, sugiere que la experiencia es un bien invaluable en el desarrollo de habilidades únicas de una profesión teórico/técnica como la enfermería. La consideración del profesional de enfermería “experto”, va más allá de determinaciones simples como conocimientos en ventilación mecánica, o la farmacodinamia de un inodilatador como el Milrinone; se fundamenta en las horas que se han pasado determinando el efecto de ese medicamento y analizando qué puede ocurrir sino es administrado por manos experimentadas. Estas manos experimentadas generan el concepto de experticia, y evidentemente lo que se busca en las prácticas de enfermería es ser experto en ella, esto determina la calidad del cuidado en todos los entornos en los que enfermería labora (Carrillo, 2013).

El paciente crítico es un ser lábil, débil y expuesto a las intervenciones que el personal en salud realice en ellos, por lo cual el personal requiere contar con formación única y específica en el manejo de este tipo de pacientes (Hadjibalassi et al, 2012). Las capacidades técnicas son otro punto determinante en el ejercicio de la enfermería, donde el profesional de enfermería por regulación debería ser el líder y coordinador de estos procedimientos de cuidado en el paciente.

En Colombia, es menos probable que el profesional de enfermería dedique más del 50% de su turno laboral a realizar actividades técnicas en el paciente ya que la carga gerencial y administrativa requiere gran parte de su tiempo. La ley 266, determina que el único profesional de la salud que está avalado para la administración, monitoreo, control y generación de espacios de seguridad y determinación del efecto farmacológico es el profesional de enfermería, sin embargo este tipo de actividades son delegables siempre en cuando se encuentre la mirada del ojo experto sobre el auxiliar de enfermería que realiza el procedimiento (Congreso de Colombia, 1996). Del mismo modo que existe el ejemplo anterior, pueden citarse más con las mismas características, es determinante que se comprenda que el cuidado profesional es intransferible y es inherente a varios determinantes en la formación educativa del profesional en cuestión, su experiencia e interés en su paciente.

Después de generar debate, e incluso puntos de vista divergentes, es importante hablar del liderazgo transformacional y de la autonomía del profesional de enfermería en las UCI. El alcanzar la autonomía dentro de la UCI requiere transformar actitudes de jefatura, a actitudes de líder, generación de confianza, proactividad laboral, ideas de cambio positivas para la unidad y una actitud positiva frente a las adversidades, debilidades y amenazas que puedan presentarse (Scully, 2015).

Dicha autonomía, lograda a través del liderazgo es indicativa no sólo de lo expuesto por Scully, hay también otros determinantes poderosos además la academia y la experiencia, como ya se ha descrito. Al-Dossary Reem Nassar (2016), expone el fundamento de la formación académica para la formación de líderes autónomos en cuidados intensivos, pero también hacen alusión a la comunicación asertiva, la proactividad, el gerenciamiento, la determinación clínica, administrativa y políticas

de salud vigentes. Dado que las UCI son entornos hostiles y con presencia de pacientes críticos, con altísimo riesgo de morir o de complicaciones asociadas a su patología de base, el control del stress y manejo óptimo de las situaciones de emergencia también es una de las habilidades más valoradas en un líder que pueda ejercer autonomía en la UCI, ya que decisiones de segundos pueden determinar que el paciente viva o fallezca.

Griffin, (2015) describe la actividad enfermera en el momento de la urgencia como la capacidad inherente a su cargo para tomar una decisión rápida, acertada y altamente efectiva (p. 862). Es determinante que el profesional de enfermería en la UCI pueda resolver situaciones clínicas por su cuenta cuando no tenga el apoyo médico por cualquier circunstancia, teniendo en cuenta como siempre ante todo la seguridad del paciente (Griffin, 2015).

Para concluir, podemos confirmar con bases sólidas que el rol del profesional de enfermería va desde la aplicación de competencias técnicas, teóricas y humanas, para lograr la construcción del rol de cuidador, educador e investigador y por ende gestor y participe de la creación de políticas de salud pública.

6.2.3 GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UCI BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Los grupos especializados en unidades críticas surgen a partir de los nuevos avances, nuevas terapias y tecnologías, es así como las prácticas de los

profesionales dentro del sistema de salud van evolucionando continuamente. Coombs, Chaboyer y Sole (2007) hacen referencia a Bucher quien adopta tres fases de esta evolución: surgimiento, consolidación y transformación.

En el cuidado de la salud contemporánea, los profesionales de enfermería se han convertido en expertos y competentes profesionales en la gestión de forma autónoma, con diversas y complejas necesidades de los pacientes en temas de salud. En cuanto a la identificación de los roles enfermeros, se menciona que el profesional de enfermería participa principalmente en la atención directa al paciente, el especialista de enfermería clínica, facilita la atención al poder desarrollar labores desde una competencia científico- técnica más amplia y definida.

En la práctica clínica, los profesionales de enfermería tienen la tarea de abordar la profesión desde una evolución constante que ayude al mejoramiento en la calidad de la atención al paciente en estado agudo y crítico de salud. Para lograr llevar estas palabras a la realidad y un gerenciamiento de los servicios de forma organizada, se hace indispensable la aplicación del método científico, a través del proceso de atención de enfermería (PAE) con el fin de apoyar la praxis, como lo presenta Rojas y Durango (2010): *“El PAE favorece la interacción humana que busca conocer las respuestas humanas ante los problemas del orden biológico, psicológico y social y promover la adaptación, mediante una estrategia de aproximación cualitativa y holística que permite el trabajo conjunto entre los actores del cuidado para la realización de acciones que optimicen las capacidades individuales, fomenten el autocuidado, el bienestar, el desarrollo humano, la mitigación del dolor, la recuperación de la salud o la muerte en condiciones de dignidad”*.

Es necesario que enfermería busque orientar su práctica bajo concepciones teóricas y una praxis sustentada, para el posicionamiento de su rol y de esta manera ejercer de forma autónoma, teniendo en cuenta que los cuidados enfermeros son la construcción de bases científicas. Alison y Pirret (2008), nos presentan la práctica del profesional de enfermería en países como Nueva Zelanda y Australia, donde los profesionales de enfermería practican un nivel avanzado de cuidados críticos en un área específica con alto nivel de educación, su papel se caracteriza por un trabajo autónomo dentro del marco interdisciplinario, apoyando programas de extensión en UCI, con intervenciones tempranas y planes de enfermería que impactan fuertemente en la salud de la población.

Los modelos avanzados de enfermería buscan a su vez posicionar teorías y dar surgimiento a la profesión que la caracteriza en una praxis elaborada y con componentes científico técnicos claros. El PAE a mediados del siglo XX fue importante para la enfermería moderna, ya que con este se logró dar un esquema cronológico además de lógico, del actuar del profesional de enfermería, lo que evidenció que las actuaciones por parte de enfermería eran reflexivas, con pensamiento crítico y orientadas hacia un propósito: el cuidado de sus pacientes.

Fray (2011), hace referencia a la gerencia del profesional de enfermería en UCI a través de su rol exponiendo que este abarca distintas actividades de papeles involucrados directamente al paciente en estado crítico de salud, en evaluación inicial o anamnesis, diagnóstico presuntivo, coordinación del atención, control y gestión de actividades, asistencia en los procedimientos, además de la descarga de cuidados de seguimientos intrahospitalarios, la recuperación del paciente de cuidados intensivos, las transferencias, y los cuidados de seguimiento ambulatorio. Con esta descripción se evidencia, que en la práctica del cuidado, el profesional de enfermería se ve enfrentado de forma consciente a realizar un plan de su atención

para poder dirigir sus intervenciones de forma organizada y así alcanzar los objetivos propuestos con su paciente en la atención de salud; esto le permite ejercer su rol de cuidador de forma autónoma, enfocar sus decisiones y guiar su equipo; enfocando a todos en una misma meta, es decir, ser el líder durante la gestión del cuidado.

Rojas y Durando (2010), en su escrito “Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos”, concluyen que los profesionales de enfermería cuidan realizando la valoración y planean con base en el diagnóstico médico y siguen los protocolos establecidos en las UCI; dichos profesionales manifiestan no aplicar el PAE, además valoran, planean con bajo nivel de aptitud clínica. Con ello se puede pensar que es acercado el concepto en que los profesionales de enfermería hacen aplicación del PAE aún sin conocimiento del hecho, al ser indispensable para la práctica eficiente, hablando en cuestiones de tiempo en la atención del paciente de alta complejidad, como los pacientes en estado crítico de salud; lo que se manifiesta en mayor empleo a gestión de actividades administrativas, sobre la delegación de la práctica asistencial en el cuidado de los pacientes; lo cual afecta de manera tangible la autonomía e identidad del rol; al no incorporar una secuencia lógica de los cuidados como estrategia para la asistencia con calidad, hay deficiencia en el direccionamiento de los grupos de trabajo, debilitando también el rol de líder del profesional de enfermería, en las UCI.

6.2.4. UNA MIRADA A LA FORMACION ACADEMICA E INVESTIGATIVA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN UCI

A medida que las necesidades de los servicios hospitalarios para el paciente cambian con el tiempo, es importante para los profesionales de enfermería

especializarse en la atención de un área de práctica que les brinde la oportunidad de responder a ese cambio, garantizando así la sostenibilidad de la posición enfermera, Alison y Pirret (2008). Hadjibalassi et al, (2012), determinaron en su trabajo que la realización de una función enfermera óptima depende de distintos componentes, uno de ellos es la experiencia, la cual va permeada por los años laborados en una unidad en particular, al igual que la formación académica pre o posgraduada del enfermero. Dos Santos et al (2016) expusieron que el liderazgo sólo es posible mientras exista un poder intelectual y desde la experiencia y que denota madurez profesional edificada por bases científicas y humanas sólidas. Lo anterior va de la mano con el respeto, excelentes relaciones humanas y profesionales y unos resultados en las metas propuestas bastante buenos que pueden llegar a tener los profesionales de enfermería con formación académica avanzada.

En la revisión bibliográfica, varios autores coinciden en afirmar que la formación académica disminuye la brecha existente entre el querer hacer y el hacer propiamente dicho (Jiménez et al, 2013). La profesión de enfermería tiene todas las herramientas para ser una potencia académica, pero debe generar una autonomía que le permita su crecimiento y en definitiva esto va determinado en gran parte por la educación recibida de los enfermeros en particular (Griffin, 2015).

Enfermería a lo largo de su trayectoria, ha luchado indiscutiblemente por posicionarse a la par de una profesión que comparte en cierta medida su objetivo: el bienestar del ser humano, sin embargo su lucha busca posicionar el cuidado de enfermería como igual de importante a la práctica médica, observamos como enfermería lleva a costas un estigma cultural, pero a pesar de ello, enfermería está en búsqueda continua de posicionar su rol, en este caso, en lo cuidados

intensivos, donde la práctica especializada se convierte prioritaria para obtener un nivel experto, que le permita tener un juicio crítico.

Papathanassoglou (2011) plasma que: “Garantizar una educación de postgrado adecuada y las competencias clínicas es un factor clave para el desarrollo exitoso de los roles de los enfermeros de prácticas avanzadas. Hay que tener en cuenta su papel en la promoción de la investigación, la práctica basada en la evidencia, la colaboración y la educación”. Para Coombs, Chaboyer y Sole (2007), el papel del especialista de enfermería clínica, tradicionalmente ha sido descrito como teniendo los sub-roles de investigador, educador y consultor y además las prácticas dentro de tres esferas de influencia: el cuidado de los pacientes (directa); enfermeras (avance de la práctica); y sistemas (interdisciplinario).

Se logra inferir de los autores, que la educación continua, la permanente búsqueda de conocimiento a través de la investigación y la práctica basada en la evidencia y creación de nuevos conocimientos para la práctica de enfermería le brindan el valor a su rol.

Se concluye que, para el posicionamiento del rol de enfermería, los profesionales deberán velar por una educación continua y participación en la investigación, para formar su práctica a través de la evidencia científica, que aporte conceptos claros y respaldados, durante la participación en la atención de los pacientes; requiere de una transformación constante de conocimientos e ir aislando de cierta forma la tradición empírica que acompaña en ciertas culturas a la profesión.

7. CONCLUSIONES

Se logró identificar que el liderazgo es un determinante relevante en la gestión del cuidado de enfermería en la UCI, y para alcanzarlo se hace necesario otros aspectos del perfil del profesional de enfermería, como son la autonomía y la identificación del rol frente al equipo interdisciplinario.

La autonomía en la toma de decisiones por parte del profesional de enfermería en la UCI está influenciada por la experticia que se va adquiriendo en el contacto con la asistencia clínica y la práctica, como lo expresa Benner “en su obra sobre la adquisición de habilidades en enfermería” descrita por Carrillo et al (2013); además se reconoce que es fundamental en el desarrollo de la autonomía la construcción del conocimiento con validez científica, en este caso, enfermería la obtiene al potencializar sus avances en la educación e investigación.

El proceso de atención en enfermería (PAE), permite desarrollar la gestión del cuidado en la UCI de forma consciente, reflexiva y cronológica. Los cuidados enfermeros parten del diagnóstico de un problema potencial y finalizan en la consecución de logros, lo que permite planear de forma organizada el trabajo en equipo, alcanzar la eficacia y calidad del cuidado y por ende potencializa el liderazgo de enfermería.

En el desarrollo de la enfermería en la UCI, se hace necesario fortalecer desde el marco legal las acciones que le otorgan al profesional autonomía en la toma de decisiones durante la gestión del cuidado, ya que el ingreso de nuevas disciplinas y

personal técnico en salud han ido desdibujando su rol paulatinamente, aunado a la limitada educación especializada y participación gremial.

La enfermería tiene un componente inherente a ella y es sin duda el liderazgo. El ejercicio enfermero con liderazgo transformacional genera un impacto positivo en los resultados gerenciales y administrativos en la UCI, cabe resaltar que la comunicación asertiva, el direccionamiento estratégico y la medición de indicadores clínicos y epidemiológicos sustentan su trabajo bajo objetivos medibles.

El principio de la autonomía en enfermería requiere de la construcción del conocimiento teórico o especializado, sin embargo al liderar un equipo de trabajo bajo situación de estrés como ocurre en la UCI, requiere además excelentes relaciones interpersonales, comunicación asertiva, confianza, respeto y experiencia como parte del perfil integral del profesional de enfermería.

El reconocimiento social en cualquier disciplina requiere múltiples componentes, la investigación es un pilar muy importante porque fortalece la disciplina en la generación del conocimiento. Enfermería permanece en la búsqueda de este reconocimiento, ha sido una labor de décadas, por lo cual diversos autores consideran importante seguir promoviendo la investigación, en este caso en el área de cuidado intensivo y que dichas investigaciones sean propias de la disciplina.

Con respecto a las políticas en salud en Colombia y su relación con enfermería, existe aún una invisibilidad disciplinar preocupante. El profesional de enfermería puede y debe ser garante del desarrollo de políticas de salud, pero su participación

es condicionada por aspectos del contexto como el modelo económico, político, la cultura de miedo al cambio, la sublevación médica y desconocimiento legislativo.

Es determinante para el surgimiento de la enfermería como profesión autónoma la presencia de líderes e investigadores que generen conocimiento propio de la disciplina y guíen espacios de desarrollo científico en las UCI, demostrando que enfermería puede construir ciencia a la par de otras disciplinas que impactan también en la atención del paciente crítico adulto.

8. RECOMENDACIONES

Las elaboraciones de trabajos monográficos, permite enriquecer el aprendizaje del estudiante de postgrado y posibilita desarrollar un pensamiento crítico en su práctica, a través de la recolección de datos científicos; teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda para futuras cohortes de la especialización de cuidado al paciente adulto en estado crítico de salud, el disponer de mayor tiempo para fortalecer a los estudiantes en la búsqueda de datos sistémicos con evidencia científica y el uso de las tecnologías que la universidad provee; es valioso recordar que muchos estudiantes, regresan a la universidad “oxidados” en la academia.

Es importante en algún futuro no muy lejano realizar investigaciones basadas en resultados presentados por estudiantes de postgrado sobre la percepción que tiene la sociedad de la profesión de enfermería: su rol y liderazgo, y mostrar el resultado de dicho estudio a las sociedades de enfermería para dar cuenta de uno de los temas de discusión del presente trabajo “La invisibilidad Profesional”.

9. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Al-Dossary, R., Kitsantas, P., Maddox, P. (2016). Residency Programs and Clinical Leadership Skills among New Saudi graduates Nurses. *Journal of Professional Nursing*. 32 (2), p-p. 152 – 158

Alfaro – LeFevre, R. (2006). Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. *Elsevier – evolve*. 4, p 71.

Alison, M., Pirret, AM. (2008). The role and effectiveness of a nurse practitioner led critical care outreach service. *Elsevier*. 24, p-p 375-382

American Physiological Association. (2016). *normasapa.net*. Recuperado de <http://normasapa.net/normas-apa-2016/>

Arias, M., Giraldo, C., (2011). El rigor científico en la investigación cualitativa. *Investigación y educación en enfermería*. 29, p 503

Arratia, A. (2005). Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto Contexto Enferm*. 14(4), p – p. 567-641

Baez, F., Nava, V., Ramos, L., Medina, O. (2009). El significado del Cuidado en la práctica profesional de Enfermería. *Aquichan*. 9 (2), p – p 123 – 134

Baena, V., León, S. (2007). El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo. (*Tesis de Especialización*). Universidad de Antioquia, Medellín

Cano, D., Correa, N., Flórez, W., Giraldo, Y., Monsalve, M., Restrepo, A. (2013). Management of resources in nursing: beyond leadership. Our will to be and do. *Invest Educ Enferm.* 31(2), p-p 315-318

Carrasco, G., Pallares, A., Cabré, L. (2006). Costes de la Calidad en Medicina Intensiva. Guía para gestores clínicos. *Med Intensiva.* 30 (4), p – p. 157 – 79

Carrillo, A., García, L., Cardenas, C., Díaz, I., Yabrudy, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica. *Enfermería Global.* 32, p-p 346- 361

Castañeda, C., Orozco, M., Rincón, G. (2015). “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. *Hacia promoción de la salud.* 20(1), p-p 13-34

Congreso de la República de Colombia. (1996). Ley 266 de 1996. “Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones”. p – p. 1 – 50

Coombs, M., Chaboyer, W., Sole, M. (2007) Advanced nursing roles in critical care— a natural or forced evolution. 23, p-p 83 – 90

Cornill, J. (2013). La invención de la autonomía. EIDON n°39; p-p 2-12. Recuperado de:

file:///C:/Users/pc/Downloads/AFondo_LaInvenci%C3%B3ndelaAutonom%C3%ADa_Jes%C3%BAAs_Conill.pdf

Dawson, D., McEwen, A. (2005). Critical Care without Walls: The Role of the Nurse consultant in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*. 21, p-p 334- 343

Dos Santos, V., Henriques, S., Inácio, M., Rodrigues, Z., Pedreschi, L., Dos Santos, C., Adrian, L. (2016). Leadership practices in hospital nursing: A self of manager nurses. *Rev Esc. Enferm USP*. 207 (5), p-p 1 - 9

Fray, M. (2011). Literature review of the impact of nurse practitioners in critical care services. *British Association of Critical Care Nurses*. 16, p 58 – 66

Fleischman, R., Meyer, L., Watson, C. (2011). Best practices in creating a Culture of certification. AACN. *Advanced Critical Care*. 22 (1), p-p 33 – 49

Galeano, M., Vélez, O. (2002). Estado del Arte sobre Fuentes documentales en Investigación Cualitativa. *Medellín. Editorial Univesidad de Antioquia*

García, I., Sánchez, E. (2009). Relationship between nurses Leadership styles and power bases. *Rev Lat Am Enfermagem*. 17(3), p – p. 295-301

García J. (2008). Juicios de valor y fundamentación de la bioética ¿es de recibo una bioética postmoderna? *Azafea. Rev. filos.* 10, p - p. 19-24

García, P., Togueiro, F. (2012). Tiempo de atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de adultos y los indicadores de atención de la calidad: Análisis de correlación. *Rev Lat Am Enfermagem*. 20 (4), p-p. 1 – 9.

Gelbcke, F., Amante de Souza, L., Dal, G., Nascimento, E., Camargo, M. (2009). Liderazgo en ambientes de atención crítica: reflexiones y desafíos a la enfermería brasileña. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62, p-p 136-139.

González, C. (2015). Competencias profesionales en enfermeras que desempeñan su labor en una unidad de cuidados intensivos. *Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería*. 5(1), p-p 35-46

Guerrero, S., Cid, P. (2015). Una reflexión sobre la autonomía y liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 15 (1), p-p. 129 – 140

Grajales, R. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm* 13, p-p.44-45

Griffin, S. (2015). Crisis Leadership Efficacy of Nurse Practitioner. *The Journal for Nurse Practitioner*. 11 (9), p-p. 862 – 868

Hadjibalassi, M., Papastavrou, E., Lambrinou, E., Tsangari, H., Athini, E., Georgiou, E., Nicolaou, E., Merkouris, A. (2012). Development of an instrument to determine competencies of postgraduate ICU nurses in Cyprus. *Nurse Crit Care*. 17 (5). p – p. 255 – 324

Henriquez, C. (2012). Competencias Profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: Una visión integradora. *Rev. Latino - Am. Enfermagem*. 20 (1), p-p. 1 – 9

Hernández, F. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados*. 2do Semestre. Año 1. No.2.

Hoonakker, P., Carayon, P., Gurses, A. P., Brown, R., Khunlertkit, A. , McGuire, K., y otros. (2011). Measuring workload of ICU nurses with a questionnaire survey: the NASA Task Load Index (TLX). *IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering*. 1(2), p – p. 131-143

Ibarra, X. (2006). Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. *Cultura de los cuidados*. 10 (20), p-p 147 – 152

Izquierdo, M. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la Inteligencia emocional, una visión humana. *Revista cubana de Enfermería*. 31 (3)

Jiménez, G., López, F., Restrepo, DM. (2013). La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* 15 (2), p –p. 9-29.

Ley 23 del 28 de enero de 1982. Ley de régimen general de derechos de autor. 14-15. Recuperado de http://www.unesco.org/culture/natlaws/media/pdf/colombia/colombia_ley_23_28_01_1982_spa_orof.pdf

Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2014). Resolución Número 00002003. p-p 11 – 189

Neves, E. (2002). As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 6 (1), p-p 79-92.

Ngozi, M., Ogwo, J. (2013). How leadership behaviors impact critical care nurse job satisfaction. *Nursing Management*. p – p. 53 – 55

Noreña, A., Alacraz, N., Rebolledo, D., Rojas, J. (2012). Applicability of the Criteria of Rigor and Ethics in Qualitative Research. p – p. 1 - 7.

Oluwatusin, O., Olumide, A. (2017). Perception of transformational leadership behavior among general hospital nurses in Ogun State, Nigeria. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 6 (1). p – p. 22 – 27.

Papathanassoglou, E. (2011). Advanced critical care nursing: a novel role with ancient history and unprecedented challenges worldwide. *Nursing in critical care*. 16, p-p. 55 – 57

Pasek, E., Briceño, R., (2015). Juicios valorativos: elementos y proceso de formulación en la evaluación del aprendizaje. *Actualidades investigativas en educación*. 15(2), p-p. 3-4

Pazetto, A., Kowal, I., Yamaguchi I. (2009). Nurses' leadership styles in the ICU: Association with Personal and professional profile and workload. *Rev Latino-am Enfermagem*. 17(1), p – p. 28-33

Perdomo, R. (1992). Medicina intensiva y las unidades de cuidados intensivos: Definición – Desarrollo histórico. Utilización de sus recursos. *Revista Médica Hondureña*. 60(1), p – p. 49-52

Quezada C, Illezca M, Cabezas M (2014). Leadership perception in nurses belonging to a southern hospital in Chile. *Ciencia y enfermería*. 2, p – p. 41-51

RAE (Real Academia Española).(2005). Definición de Enfermería.

Ramírez, C., Perdomo, A., Galán, E. (2013) .Assessment of nursing care quality in the intensive care unit. *Avances en Enfermería*. 31, p-p 42-51

Rojas, J., Durango, p. (2010). Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Invest Educ Enferm*. 28 p-p 623 – 635

Rosengren, K., Bondas, T. (2010). Supporting “two- getherness”: Assumption for nurse managers working in a shared leadership model. *Intensive and Critical Care Nursing*. 26, p – p. 288 – 295

Ruzafa, M., Martínez, M., Madrigal-Torres, M., Velandrino-Nicolás, A., y López-Iborra, L. (2008). Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gaceta Sanitaria*. 22, p – p. 434-442

Sales, M. (2017). Práctica profesional del enfermero en unidades críticas. Evaluación de las características del ambiente de trabajo. *Rev. Latino Am. de Enfermagem*. (28). p – p. 2-7,

Samper, M. (2010). Gestión del cuidado en enfermería. *Rev Cubana de Enfermería*. 26(1), p-p 1-2

Scully, N. (2015). Leadership in Nursing: The importance of recognizing interes values and attributes to secure a positive future for profession. *Collegian*. 22 (1), p – p. 439 – 444

Seguel, P., Valenzuela, S., Sanhueza, A. (2015). El trabajo del profesional de enfermería. Revisión de la literatura. *Rev. Ciencia y Enfermería XXI*. 2 (1), p – p. 11 – 20

Sorensen, R., Iedema, R., Severinsson, E. (2008). Beyond profession: Nursing Leadership in Contemporary Health Care. *Journal of Nursing Management*. 16, p – p. 535 – 544

Tarín, J., Ferro, Társila. (2012). Diseño y gestión de una unidad de enfermería de atención al paciente crítico en el higtip. *Tesis de grado de Master de gestión de servicios de enfermería. Universidad de Barcelona*. p – p. 1 – 58.

Valles, M. (1997). Diseños y estrategias metodológicas en los estudios cualitativos. *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. p – p. 101-105

Villalobos, M. (2001). Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. *UNAL*. 2. p – p 61-92

Wadsworth, P., Colorafi, K., Shearer, N. (2016). Using narratives to enhance nursing practice and leadership: What makes a good nurse?. *Teaching and learning in nursing*. 12 (1). p-p 28 – 31

Watson, J., Foster, R. (2003). The attending nurse caring model: Integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *J Clin Nurs*. 12(3), p – p. 360- 365

Yañez, R., Valenzuela, S. (2013). Conductas críticas para experimentar confianza en el liderazgo en enfermería en un hospital de alta complejidad. *Aquichan*. 13 (2), p – p. 186 – 196

Zabalegui Yarñoz, A. (2003). Rol del Profesional de Enfermería. *Aquichan*. 3 (1), p - p. 16-20