

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA



**EL PAPEL DEL CONOCIMIENTO HISTÓRICO EN LA CONSTITUCIÓN DE LA
IDENTIDAD ENFERMERA EN ESPAÑA: UNA PERSPECTIVA MEDIACIONAL
SOBRE EL CONFLICTO DISCIPLINAR**

TESIS DOCTORAL

Antonio Vázquez Sellán

DIRECTORES: M^a Carmen Sellán Soto

Florentino Blanco Trejo

TUTOR: José María Poveda de Agustín

Madrid, 2011

El trabajo llevado a cabo por D. Antonio Vázquez Sellán reúne las condiciones necesarias para ser presentado y defendido públicamente en calidad de tesis doctoral. Se trata, por un lado, de un trabajo original, al menos en dos sentidos:

(1) aborda el estudio de la insatisfacción laboral y el *burnout* en el ejercicio profesional de la enfermería como un subproducto de un proceso problemático de gestión histórica de la identidad de este colectivo, y no como una consecuencia probable de un cierto perfil psicológico (personológico, atribucional),

(2) intenta mostrar el proceso (tanto histórico como biográfico, ontogenético) a través del cual cobran sentido los conflictos que problematizan la identidad enfermera.

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo hace un uso combinado de aproximaciones psicométricas y cualitativas, en el seno de una estrategia general de corte weberiano, que permite eventualmente trazar los ejes que nos permiten reconstruir los tipos ideales, las hipótesis identitarias dominantes en la cultura enfermera española contemporánea.



Fdo.: Florentino Blanco Trejo

Director de Tesis

Dpto. Psicología Básica



Fdo.: María del Carmen Sellán Soto

Directora de Tesis

Dpto. de Cirugía

Universidad Autónoma de Madrid

A Montse, Mencía y Alejandro

A Montse, compañera, amiga y apoyo infatigable. Siempre dispuesta a dar una palabra amable para que no desfalleciera en este y otros proyectos. Sin ella esta tesis sería sólo ilusión.

A mis hijos, Mencía y Alejandro, sus risas y juegos, y algunos llantos y peleas constituyen los cimientos sobre los cuales ha ido desarrollándose esta tesis doctoral.

A Tino y Keka, más que mis tutores, mis amigos. Keka ha constituido un espejo en el que mirarse, un modelo a imitar. Sólo la Historia le hará justicia. Tino ha sido el verdadero yang de esta tesis, tranquilidad frente a la angustia y ánimo frente a la desesperanza, pero ante todo una guía durante esta travesía de descubrimiento personal.

A Marta quien me lleva a encontrarme siempre con la esencia de lo que de verdad es importante para una enfermera, la persona que tienes enfrente.

Al resto de mi familia, tanto biológica como “política”, que me han ayudado y apoyado a lo largo de este proceso.

A Miguel, Paula, Ana, Paco y Ramón, quienes en distintos periodos de tiempo se han acercado a esta tesis, ayudándome a [re]pensarla y, sobre todo, han servido de válvula de escape en los malos momentos.

Al Profesor Julio Olea por su inestimable ayuda para la realización del análisis factorial exploratorio.

Al Departamento de Psiquiatría por generar la posibilidad de defensa de esta tesis doctoral.

A todos aquellos que me han ayudado en buena medida y que mi mala memoria me impide recordarlos a todos.

A todos los recién nacidos y sus padres, con los que he trabajado a lo largo de los años, y que inconscientemente me han ayudado más a mí, de lo que yo, probablemente, lo haya hecho con ellos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO 1. IDENTIDAD, CONFLICTO Y SALUD EN EL EJERCICIO DEL CUIDADO	7
1.1. Introducción: marco teórico	9
1.2. Ajuste profesional y <i>Burnout</i>	12
1.3. Identidad	16
1.4. Identidad enfermera	22
1.4.1. La (re)construcción de una identidad profesional inacabada	22
1.4.2. Una identidad problemática en continua (re)génesis	32
1.4.3. Una historia de urgencia de la enfermería española	44
1.4.4. La formación académica de las enfermeras españolas	54
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA	59
2.1. Objetivos	61
2.1.1. Objetivo general	61
2.1.2. Objetivos específicos	61

2.2. Metodología	64
2.2.1. Estrategia metodológica.....	66
2.2.1.1. Diseño	66
2.2.1.2. Muestra	68
2.2.1.3. Procedimiento	85
2.2.1.4. Materiales	85
CAPÍTULO 3. RESULTADOS CUESTIONARIO SOBRE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA	95
3.1. Análisis descriptivo	96
3.1.1. Descriptivos de los valores perdidos	97
3.1.1.1. Descriptivos de los valores perdidos para la muestra total	99
3.1.1.2. Descriptivos de los valores perdidos para la muestra de estudiantes	99
3.1.1.3. Descriptivos de los valores perdidos para la muestra de profesionales	106
3.1.2. Descriptivos de los ítems con menor variabilidad	112
3.2. Análisis Factorial	124
3.2.1. Propiedades psicométricas	124
3.2.2. Análisis factorial exploratorio (AFE)	127

3.2.2.1. AFE de la muestra total	127
3.2.2.2. AFE de la muestra de estudiantes	129
3.2.2.3. AFE de la muestra de estudiantes de primer curso	130
3.2.2.4. AFE de la muestra de estudiantes de tercer curso	131
3.2.2.5. AFE de la muestra de estudiantes de la Escuela de La Paz	132
3.2.2.6. AFE de la muestra de estudiantes de la Escuela de la Fundación Jiménez Díaz	133
3.2.2.7. AFE de la muestra de profesionales	133
3.2.2.8. AFE de la muestra de profesionales asistenciales	135
3.2.2.9. AFE de la muestra de profesionales docentes	135
3.3. Análisis de Varianza (ANOVA)	137
3.3.1. ANOVA por Estatus	137
3.3.2. ANOVA por Curso	139
3.3.3. ANOVA por Tipo de Trabajo	142
CAPÍTULO 4. RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE RESPUESTA ABIERTOS	145
4.1. Cuestionario sobre Teorías Enfermeras	147
4.1.1. Principales Enfoques Teóricos Enfermeros	147

4.1.1.1. La Teoría del Entorno	148
4.1.1.2. La Teoría de las Relaciones Interpersonales	149
4.1.1.3. El Modelo de las Necesidades Básicas	152
4.1.1.4. El Modelo de Adaptación	157
4.1.1.5. La Teoría del Autocuidado	162
4.1.2. Análisis descriptivo	172
4.1.2.1. Análisis descriptivo de la muestra total	173
4.1.2.2. Análisis descriptivo de la muestra de estudiantes	174
4.1.2.3. Análisis descriptivo de la muestra de profesionales	180
4.2. Cuestionario sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería	184
4.2.1. Análisis descriptivo	185
4.2.1.1. Análisis descriptivo de la muestra total	186
4.2.1.2. Análisis descriptivo de la muestra de estudiantes	186
4.2.1.3. Análisis descriptivo de la muestra de profesionales	188
4.3. Análisis de chi-cuadrado	190
4.3.1. Análisis de chi-cuadrado del Cuestionario sobre Teorías Enfermeras	190
4.3.2. Análisis de chi-cuadrado del Cuestionario sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería	193

4.4. Cuestionario sobre Motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión	199
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN: UN MODELO PARA LA COMPRESIÓN DE LA IDENTIDAD ENFERMERA EN ESPAÑA	211
5.1. Discusión	212
5.2. Hacia un modelo para la comprensión de la identidad enfermera en España	231
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	241
BIBLIOGRAFÍA	246
ANEXOS	265
I. Cuestionario de identificación	267
II. Cuestionario sobre identidad percibida	276
III. Cuestionario sobre Teorías de Enfermería	278
IV. Cuestionario sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería	279
V. Cuestionario sobre ventajas e inconvenientes de la Enfermería de cara al bienestar individual y social	280
VI. Cuestionario sobre las Características de las Teorías Enfermeras...	281
VII. Cuestionario sobre motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión	282

VIII.	Cuestionario sobre identidades disciplinares afines.....	283
IX.	Cuestionario sobre Historia de la Enfermería.....	284
X.	Planes de estudios de la Diplomatura de Enfermería de distintas Universidades españolas	286
XI.	Cuestionario sobre Historia de la Psicología	293
XII.	Matrices de estructura y RMSEA	295
XIII.	Resultados de chi-cuadrado del cuestionario sobre teorías de enfermería	304
XIV.	Resultados de chi-cuadrado del cuestionario sobre enfermeras o personas relacionadas con la enfermería	316
XV.	Relatos más relevantes extraídos del cuestionario sobre motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión	343

RESUMEN

Numerosos trabajos han puesto de manifiesto la especial incidencia de los problemas psicológicos y psicosociales (insatisfacción, *burnout*, ansiedad, etc.) en el seno del colectivo enfermero. La hipótesis que guía este proyecto es que esta casuística está mediada prioritariamente por las condiciones específicas que definen el proceso de socialización y de constitución de la identidad profesional enfermera, aunque, esta relación funcional pudiera estar modulada, a su vez, en la lógica de los casos particulares, por variables psicológicas (personalidad, estrategias de afrontamiento de la ansiedad, motivación, etc.). El objetivo concreto de este proyecto de investigación es evaluar el papel que el conocimiento de la historia disciplinar juega en el proceso de construcción de la identidad enfermera. Este proyecto se inscribe dentro de una línea de investigación cuyo propósito general es analizar el proceso de construcción psicosocial de la identidad enfermera en instituciones académicas y asistenciales concretas. Desde una estrategia metodológica abierta donde se han combinado el análisis psicométrico tradicional con análisis de corte más interpretativo, se administraron una serie de cuestionarios de elaboración propia a enfermeras y estudiantes de enfermería con el objetivo de evaluar la representación que de la historia disciplinar se hacen los sujetos de nuestra muestra, así como el discurso que a este respecto generan. Los resultados nos muestran la ausencia de un relato uniforme, claro y unívoco en relación con el proceso de construcción social de una identidad profesional, por el contrario y en lo que respecta a las imágenes que elabora sobre sí misma, la Enfermería se nos muestra como una disciplina indentitariamente crítica, móvil, funcionalmente “esquizofrénica”, todo lo cual se manifiesta subsidiariamente en todo un abanico de problemas de ajuste a sus funciones. El corolario de esta situación es la importante incidencia de problemas de insatisfacción laboral, baja autoestima profesional e incluso *burnout*.

ABSTRACT

Many papers have demonstrated the special incidence of psychosocial and psychological problems (dissatisfaction, burnout, anxiety, and so on) in the core of the nursing collective. The hypothesis which guides this project is that this casuistic go by first and foremost by the specific conditions which defines the constitution and socialization process of the professional nursing identity, although, this functional relation could be modulated, at the same time, by the logic of the particular cases by psychological variables (personality, particular strategies of anxiety coping, motivation and so on.). This research project concrete aim is to evaluate the role of knowledge of discipline history plays in this construction process of nursing identity. This project goes in the same research line as whose general aim is to analyze the nursing identity's psychological construction process in certain assisting and academic institutions. From an open methodological strategy where have been combined traditional psychometric analysis with analysis more interpretative kind, were administrated some questionnaires elaborated by ourselves, to nurses and nursing students with the aim of evaluating the representation of the disciplinary history our subjects has, as soon as the discourse they has at this respect. The results show us the absence of a uniform, clear and univocal telling, in relation to a social building process of a professional identity, on the contrary and at the respect of the images which elaborates about itself, Nursing shows to us as a identity critic discipline, mobile, and functionally schizophrenic, and all of this shows subsidiarity in a great fan of adjust problems to their functions. The corollary of this situation is the important incidence of working dissatisfaction, low self-esteem and including burnout.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo cobra sentido dentro de una línea de investigación cuyo propósito general es analizar el proceso de construcción psicosocial de la identidad enfermera en instituciones académicas y asistenciales concretas. El objetivo concreto de este proyecto de investigación es evaluar el papel que el conocimiento de la historia disciplinar juega en el proceso de construcción de la identidad enfermera.

Mi interés personal en este tema radica en mi pertenencia a este colectivo profesional y en mi necesidad de contribuir, como investigador, a la consolidación de la enfermería como disciplina y profesión, desde la conciencia de que es urgente analizar la actual crisis identitaria del colectivo enfermero.

Mi ejercicio profesional como enfermero clínico me ha permitido observar situaciones de desencanto y hastío laboral por parte de algunas compañeras, no todas ellas veteranas, así como notables diferencias en cuanto al nivel de conocimientos, el papel de la familia en los cuidados, pero fundamentalmente, y probablemente relacionado con lo anterior, qué es lo importante o relevante de la labor de la enfermera entre los alumnos de pregrado de diferentes Escuelas Universitarias de Enfermería a los cuales he tutelado, en algunos casos, durante su periodo de prácticas clínicas en la unidad en la que desarrollo mi actividad asistencial.

Además de las motivaciones personales, la pertinencia de este trabajo se justifica, en nuestra opinión, por diversas razones. En primer lugar, este trabajo es una continuación de la línea iniciada con la tesis doctoral de la profesora Carmen Sellán, defendida en la Universidad Autónoma de Madrid en el año 2007. Dicha tesis presenta un profundo análisis de la historiogénesis disciplinar de la Enfermería en nuestro país a lo largo del siglo XX y nos permite comprender en qué sentido concreto las condiciones actuales de la disciplina enfermera en España son la consecuencia de una deriva histórica concreta. Nuestro trabajo es una continuación de aquel, pero lo complementa al abordar la sociogénesis identitaria de las enfermeras españolas, esto es, el proceso de socialización complejo, singular y específico que tiene lugar tanto en las instituciones académicas como sanitarias, y que incide, en nuestra opinión, de una forma definitiva en la configuración de una identidad profesional problemática en las enfermeras. No obstante, es necesario admitir que el modo de

incorporar los valores socio-institucionales y el sentido de pertenencia a un grupo profesional van a estar moduladas por las variables individuales de cada enfermera o futura enfermera particular.

Esta tesis asume que la identidad no es algo sustantivo o esencial, sino que se da siempre en el tiempo, procesualmente, y desempeña una función. En nuestra opinión, la función identitaria se articula en una dinámica de construcción permanente mediante *actuaciones de identificación* concretas, convirtiéndose en el gozne de todos los procesos de objetivación y subjetivación que articulan la coexistencia de individuos y grupos sociales, y dando así continuidad al yo a través de los cambios.

A lo largo de los siguientes capítulos, trataremos de justificar la pertinencia de nuestra investigación mostrando la existencia de una identidad profesional problemática y el modo en que esta identidad conflictiva se articula en procesos de socialización concretos, dentro de instituciones de formación y de intervención concretas. Pero para comprender cabalmente dichos procesos, debemos tener en cuenta que las actuales condiciones de socialización son la consecuencia de una deriva histórica particular.

En nuestra opinión, el conocimiento de la historia disciplinar permite a las enfermeras y estudiantes de enfermería entender el porqué de las actuales condiciones sociales de la disciplina enfermera e hipotéticamente, al menos en algunos casos, iniciar medidas para poder modificar estas condiciones. Para conocer tanto nivel de conocimientos teóricos e históricos y su representación de la historia de la disciplina hemos administrado una serie de cuestionarios que describiremos en profundidad más adelante. El “Cuestionario sobre Historia de la Enfermería” nos permitirá conocer las distintas representaciones que sobre la historia elaboran los participantes en nuestro estudio. El “Cuestionario sobre Teorías de Enfermería” y el “Cuestionario sobre Enfermeras o Personas relacionados con la Enfermería” nos aportarán información sobre quiénes son las figuras que nuestros participantes perciben como más relevantes en su proceso de socialización como enfermeras. Finalmente, hemos empleado el “Cuestionario sobre motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión” para cualificar algunos tipos identitarios “ideales” a través de las propias palabras de los sujetos, entendiendo que los motivos, las preferencias y

los valores, que estudiamos a través de este cuestionario, constituyen el núcleo, la sala de máquinas, de los procesos identitarios.

Dado que hemos empleado una estrategia metodológica abierta, realizando por un lado un análisis psicométrico tradicional y, por otro, un análisis más interpretativo, consideramos que para facilitar la lectura de esta investigación es más sencillo presentar ambos conjuntos de datos por separado, aunque intentaremos mostrar siempre la interrelación entre las distintas pruebas.

Los datos obtenidos a partir de los distintos cuestionarios nos permitirán constatar la existencia de distintos perfiles identitarios enfermeros, que se comprenden en, o gracias a, los distintos contextos de socialización enfermeros. A partir de estos datos hemos elaborado un modelo teórico, que, al menos tentativamente, nos permite organizarlos de una forma coherente con los prejuicios teóricos de los que partimos.

De este modo, hemos decidido organizar esta tesis comenzando por un primer capítulo dedicado a (1) presentar y justificar los objetivos de esta tesis y el proyecto general en el que cobra sentido. Presentaremos, además, (2) una revisión de los numerosos estudios disponibles sobre el malestar profesional en el ejercicio de la enfermería, (3) el marco teórico desde el que enfocamos nuestro planteamiento sobre la identidad enfermera, (4) nuestra concepción de la identidad y (5) intentaremos mostrar los distintos problemas que existen para la génesis de una identidad enfermera.

Dedicaremos el capítulo 2 a explicar nuestra estrategia metodológica, comenzando con la especificación de nuestros objetivos; como veremos, hemos empleado una estrategia abierta que combina análisis cuantitativos y cualitativos. Además, presentaremos los distintos cuestionarios administrados a los sujetos de nuestra muestra y describiremos en profundidad la muestra compuesta como veremos por enfermeras y estudiantes de enfermería.

En el capítulo 3 mostraremos los resultados alcanzados de la administración del “Cuestionario sobre Historia de la Enfermería”. Hemos decidido presentar independientemente los resultados de este cuestionario porque la estrategia que hemos

empleado difiere de forma notable de la que seguiremos para analizar los resultados de los otros tres cuestionarios.

En el capítulo 4 presentaremos los resultados de la administración de los cuestionarios de respuesta abierta, cuyo análisis no permite poner en juego una estrategia psicométrica tradicional. Los tres cuestionarios a los que nos referimos son (1) el “Cuestionario sobre Teorías de Enfermería”, (2) el “Cuestionario sobre Personajes relacionados con la Enfermería”, y (3) el “Cuestionario sobre motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión”. A través de dichos cuestionarios podremos conocer el nivel y la función identitaria de los conocimientos teóricos e históricos sobre la Enfermería, así como la representación que de la historia disciplinar construyen los sujetos de nuestra muestra.

El capítulo 5 lo dedicaremos a la discusión de estos resultados, lo que nos permitirá mostrar la existencia de una identidad profesional problemática y el modo en que esta identidad conflictiva se articula en procesos de socialización concretos, dentro de instituciones de formación y de intervención concretas. También propondremos un modelo teórico que nos permita comprender cabalmente los datos obtenidos de los distintos cuestionarios administrados.

Finalmente el capítulo 6 lo dedicaremos a la presentación de una serie de conclusiones generales.

CAPÍTULO 1.

IDENTIDAD, CONFLICTO Y SALUD EN EL EJERCICIO DEL CUIDADO

1.1. Introducción: marco teórico

1.2. Ajuste profesional y *Burnout*

1.3. Identidad

1.4. Identidad enfermera

1.4.1. La (re)construcción de una identidad profesional inacabada

1.4.2. Una identidad problemática en continua (re)génesis

1.4.3. Una historia de urgencia de la enfermería española

1.4.4. La formación académica de las enfermeras españolas

A lo largo de este primer capítulo iremos presentando y justificando los objetivos de esta tesis doctoral y el proyecto general en el que cobra sentido. Presentaremos, además, una revisión de la abundante literatura disponible sobre el malestar profesional en el ejercicio de la enfermería, así como del marco teórico desde el que enfocamos nuestro planteamiento sobre la identidad enfermera.

Continuaremos desplegando nuestro argumento sobre la concepción que de la identidad sostenemos e intentaremos mostrar los distintos problemas que existen para la génesis de una identidad enfermera en nuestro país.

1.1. Introducción: marco teórico

El objetivo concreto de este proyecto de investigación es **evaluar el papel que el conocimiento de la historia disciplinar juega en el proceso de construcción de la identidad enfermera**. Este proyecto se inscribe dentro de una línea de investigación cuyo propósito general es **analizar el proceso de construcción psicosocial de la identidad enfermera en instituciones académicas y asistenciales concretas**. Esta línea de investigación fue iniciada con la tesis doctoral de la doctora Sellán, leída en esta universidad en el año 2007, en la que se presentaba un pormenorizado análisis genealógico de las prácticas de cuidado, con una especial incidencia en lo ocurrido en nuestro país durante la segunda mitad del siglo XX.

Numerosos trabajos han puesto de manifiesto la especial incidencia de los problemas psicológicos y psicosociales (insatisfacción, *burnout*, ansiedad, etc.) en el seno del colectivo enfermero. La hipótesis que guía este proyecto es que esta casuística está mediada prioritariamente por las condiciones específicas que definen el proceso de socialización y de constitución de la identidad profesional enfermera, aunque, como veremos un poco más abajo, esta relación funcional pudiera estar modulada, a su vez, en la lógica de los casos particulares, por variables psicológicas (personalidad, estrategias de afrontamiento de la ansiedad, motivación, etc.).

Las ideas sobre la identidad aquí desarrolladas son el fondo teórico detrás del cual se encuentra un programa de investigación sobre la identidad que ha producido una significativa cantidad de datos sobre temas tan diversos como la identidad personal (Mateos

y Blanco, 1996), el papel de las narraciones históricas en la constitución o legitimación de la identidad nacional (Rosa, Blanco, Travieso, Mateos y Díaz, 1996; Rosa, Travieso, Blanco y Huertas, 1999; Castro y Blanco, 2006; Rosa, 2006), la relación entre identidad e ideología (Rosa, Blanco, Travieso y Huertas, 2000), la relación entre la identidad nacional y europea en los españoles (Blanco, Rosa, Díaz y De Castro, 1998), la identidad profesional de los psicólogos (Rosa, Blanco y Huertas, 1991; Rosa, Blanco y Huertas, 1998; Blanco y Castro, 2000; Fernández, Rosa y Ondé, 2000; Castro, Jiménez, Morgade y Blanco, 2001), el papel de los intelectuales en las dinámicas de la identidad nacional (Pizarroso y Blanco, 1998; Castro y Blanco, 1998; Blanco y Castro, 2001; Castro, 2004; Rosa, Castro y Blanco, 2006), la identificación de narraciones ficticias (Sánchez y Blanco, 1996; Sánchez y Blanco, 1998; Rasskin y Blanco, 2002). Respecto a los trabajos que desde este interés general por la cuestión de la identidad hemos desarrollado en el ámbito de la salud, y más concretamente, en el ámbito del cuidado profesional, nuestra agenda se extiende desde, por ejemplo, el análisis de la relación entre identidad e iconografía (Sellán, Vázquez y Blanco, 2010) o el estudio de las representaciones sociales de la identidad enfermera a través de dibujos (Hernando, Díaz y Blanco, 2011; Hernando et al., 2011), hasta el análisis del conflicto identitario en unidades de cuidados intensivos neonatales (Blanco, et al., 2010; Sellán y Blanco, 2011; Sellán et al., 2011) o las relaciones entre historia e identidad enfermera (Sellán 2006; Sellán y Blanco, 2005; Sellán y Vázquez, 2011; Vázquez, 2008; Vázquez, Blanco y Sellán, 2011; Vázquez et al., 2011; Sellán, Vázquez, Blanco y Hernando, en prensa).

Como ya hemos señalado con anterioridad, este trabajo es una continuación de la línea iniciada con la tesis doctoral de Sellán (2007), intentando mostrar los distintos cursos que puede adoptar la sociogénesis identitaria de las enfermeras españolas, esto es, cómo el proceso de formación en instituciones concretas, organizadas en virtud de fines e idearios profesionales distintos, va a influir de forma manifiesta en la elaboración de un tipo de identidad enfermera. De este modo veremos cómo las complejas condiciones específicas que definen la construcción de la identidad enfermera, como disciplina y como profesión, en nuestro país, se acaban proyectando, al menos en dos direcciones distintas. Por un lado, en lo que tiene que ver con su representación social, esto es, con la imagen colectiva de la enfermera, y, por otro, en lo relativo el papel de la Enfermería como disciplina científica. Así, la enfermera es vista al tiempo como (1) un recurso incondicional, como una “esperanza de

salvación”, como el vínculo último entre el paciente y el mundo, como la cristalización profesional de algunos de los valores nucleares en nuestra cultura (solidaridad, abnegación, sensibilidad ante el dolor y el sufrimiento, etc.) y como (2) una disciplina auxiliar de la medicina, es decir, una disciplina cuyas funciones aparecen siempre condicionadas, ligadas o supeditadas a la estrategia médica.

Pero el carácter crítico de la identidad enfermera se proyecta también en el interior del propio colectivo enfermero. Entre las enfermeras, y muy especialmente entre las que trabajan en el ámbito académico, es comúnmente aceptado que la Enfermería es una disciplina joven, lo que explicaría en buena parte sus dificultades de legitimación, identidad, reconocimientos social y académico, su escasa producción científica, su subordinación a la función médica o la ambigüedad e inestabilidad de los roles asignados, que provocan insatisfacción y, a menudo, también sufrimiento y malestar psicológico. En muchos casos, esta conciencia de debilidad profesional y/o de inmadurez disciplinar, o epistemológica, se manifiesta en una suerte de retórica *refundacionalista* (Nelson y Gordon, 2004), una suerte de obsesión por encontrar los fundamentos epistemológicos últimos de la disciplina, que acabarían, hipotéticamente, de una vez por todas, con la dispersión y la diversidad teórica. Entendemos que esta obsesión *refundacionalista* no es privativa de la Enfermería, sino que afecta a cualquier disciplina que se perciba a sí misma como epistemológicamente débil. Tal sería también, por ejemplo, el caso de la Psicología (ver Blanco, 2002).

En definitiva, tanto en lo que respecta a su representación social como en lo que tiene que ver con las imágenes que elabora sobre sí misma, la Enfermería se nos muestra como una disciplina indeliberadamente crítica, móvil, funcionalmente “esquizofrénica”, todo lo cual se manifiesta subsidiariamente en un abanico de problemas de ajuste a sus funciones. Entendemos que es necesario proceder a un análisis detenido del proceso por el cual cada enfermera potencial se somete a la estrategia de socialización que se ha previsto para ella. Sólo conociendo con precisión la naturaleza de este proceso podremos entender después la manera particular en que se manifiestan en el colectivo estos problemas de ajuste y, en su caso, proponer estrategias realistas para afrontarlos.

1.2. Ajuste profesional y *burnout*

En el ámbito de la salud y, más concretamente, en lo que se refiere a la gestión y formación de profesionales de la Enfermería existe una amplia preocupación por determinar cómo educar a los estudiantes para que lleguen a ser profesionales competentes y adaptados a las particulares condiciones laborales de esta crucial actividad profesional.

Nuestro trabajo, como ya hemos anunciado, pretende alcanzar, a largo plazo, y con un enfoque novedoso y comprensivo, una visión más realista de la Enfermería, como disciplina y profesión, y su problemática teórico-práctica, que contribuye a una permanente crisis de identidad, y que ha sido investigada, en nuestra opinión, de forma colateral en la numerosa literatura disponible.

La Enfermería, concebida como una profesión y disciplina de la salud, comparte escenario con otras profesiones sanitarias. La articulación del quehacer profesional enfermero está inmersa en las instituciones sanitarias, y aparece siempre mediatizada o condicionada por el ejercicio profesional de otros estamentos sanitarios, que limitan o dificultan su labor asistencial y su autonomía profesional. Estos factores externos (organizaciones sanitarias y otros grupos profesionales) han aumentado el impacto de los conflictos percibidos y los síntomas de malestar psicológico, incluso de *burnout*, en el desempeño profesional, convirtiendo la enfermería en una de las profesiones con mayor prevalencia de este tipo de problemas (Gil-Monte y Schaufeli, 1991; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996; Gil-Monte y Peiró, 1997; López-Castillo, Gurpegui, Ayuso-Mateos, Luna, Catalan, 1999; Moreno, González, Garrosa y Peñacoba, 2002; Moreno, Garrosa, Benavides y Gálvez, 2003; Alarcón, et. al., 2004; Albaladejo, Villanueva, Ortega y Astasio, 2004; Capón Vizcaíno, et. al., 2004; Gutiérrez, Moreno, Garrosa y López, 2005; Chacón, et. al., 2006; Bernaldo y Labrador-Encinas, 2007; Leiter, Gascón y Martínez-Jarreta, 2007; Fornés, Martínez-Abascal y García de la Banda, 2008; Santana, et. al., 2009). Por esta razón, la investigación llevada a cabo desde el ámbito que define la convergencia entre Psicología y Enfermería ha dirigido su mirada fundamentalmente hacia el estrés, la ansiedad, el bienestar psicológico y la satisfacción laboral en Enfermería y, muy especialmente, como ya hemos señalado, el *síndrome de burnout* (antecedentes y consecuentes). Esta tradición de

investigación asume que el nivel de satisfacción laboral está conectado causal o funcionalmente con variables psicológicas o personales, como la personalidad (Reig y Caruana, 1989; Olmedo, 1996; Manzano, 1997; Manzano y Ramos, 2000), los estilos atributivos (Parkes, 1984), las distorsiones cognitivas, habilidades de *coping* o las estrategias de afrontamiento del estrés (Caruana, 1989; Olmedo, 1997; Ramos, 1999; Hernández, Olmedo e Ibáñez, 2004).

También existe una tradición de investigación más sensible a las condiciones sociolaborales del ejercicio de la Enfermería, como el clima laboral (Cuevas, O'Ferral y Crespo, 1998), el bienestar (Escribá, Más, Cárdenas, Burguete y Fernández, 2000) satisfacción laboral (De la Fuente, De la Fuente y Trujillo, 1997; García, Sáez y Llor, 2000; Zurriaga, Ramos, González-Romá, Espejo y Zornoza, 2000; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001), la ambigüedad de rol (Moreno y Peñacoba, 1996), el grado de autonomía de la enfermera en la organización (González-Romá, et. al., 1998) la falta de reciprocidad (Gil-Monte, 2000) o el apoyo social (Albar y García, 2005).

La evaluación del estrés crónico laboral en este colectivo se ha llevado a cabo fundamentalmente a través del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1993), aunque, como señalan (Ortega y López, 2004) en su revisión de la literatura sobre *burnout* y satisfacción laboral en Enfermería, existe una cierta dispersión metodológica y teórica en este campo, aunque generalmente se considera que el *burnout* presenta, como sugerían Maslach y Jackson (loc. cit.), tres componentes o dimensiones, a saber, cansancio emocional, despersonalización y problemas de realización personal. En cualquier caso, se echa en falta, como ya hemos indicado, un análisis de los antecedentes de esta situación como base de su desarrollo posterior. En el desarrollo de este problema parecen estar implicadas multitud de variables, a cuya sombra se han propuesto modelos con escaso apoyo empírico. No obstante, y a pesar del carácter en ocasiones contradictorio de los resultados en relación con las variables que modulan la experiencia de *burnout*, existe un cierto consenso respecto a la idea de que el MBI, y sus diversas adaptaciones (ver, por ejemplo, Gil-Monte y Peiró, 1998; Gil-Monte y Peiró, 2000; Moreno, Rodríguez y Escobar, 2001; Moreno y Oliver, 1993; Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991) cubre de manera adecuada el problema de la evaluación del síndrome.

También se han desarrollado instrumentos específicos para la evaluación de la satisfacción en el ámbito de la Enfermería, como la escala sobre Efectos Psíquicos del *Burnout* (EPB) (García, 1995) o el Cuestionario de Desgaste Profesional en Enfermería (CDPE) (Moreno, Garrosa y González, 2000), por citar sólo algunos de los desarrollos que se han llevado a cabo en España.

Sea como fuere, y como hemos señalado más arriba, no resulta nada fácil poner orden en los resultados que se encuentran en la aplicación de estos instrumentos. No hay, por ejemplo, en los trabajos, que parten del MBI como instrumento de evaluación, ningún acuerdo teórico sustantivo sobre el orden en el que las tres dimensiones mencionadas se manifiestan normalmente, ni siquiera sobre la importancia relativa de cada dimensión. Probablemente, esto se debe a una escasa elaboración operacional del constructo, es decir, a la dificultad que existe para traducir el constructo a conductas concretas y observables, pero no sólo. Probablemente, existe un problema general de estrategias de investigación, que lleva a una proliferación poco razonable de modelos, cada uno de los cuales acota su propio dominio de variables y fenómenos. Abundan las afirmaciones “teóricas” de carácter genérico y de sentido común que no permiten dirigir adecuadamente la lógica de la investigación. Todo ello nos lleva a considerar, como ya hemos señalado, la necesidad de revisar algunas de las asunciones comunes a la mayor parte de los trabajos llevados a cabo desde el enfoque psicométrico. Por ejemplo, entendemos que la disociación metodológica aparente entre el problema general de la satisfacción laboral y el síndrome de *burnout* hace que probablemente perdamos de vista lo que queda en medio. Por lo demás, entendemos también que hay una enorme distancia ontológica entre los resultados de un autoinforme y la compleja dinámica socio-cultural en la que se lleva a cabo cada día la labor profesional de las enfermeras. Por tanto, es necesario diseñar estrategias de evaluación más sensibles a la densidad y complejidad de estas situaciones. La mayor parte de los trabajos atienden a la dinámica del problema cuando este aparece ya constituido y pierden de vista el proceso por el cual se llega a constituir, que es, como ya hemos avanzado, el objetivo básico de nuestro proyecto. Esta es justamente la intención de esta tesis.

Se suele entender en este tipo de trabajos que las variables de carácter organizacional o socio-laboral desempeñan, en el mejor de los casos, una función de

modulación de las relaciones básicas entre las variables personales y la valoración de la satisfacción profesional. En cualquier caso, la mayor parte de los trabajos que hemos señalado, suelen ser poco sensibles a la idea de que estas relaciones se dan en el tiempo, de manera, digámoslo así, genética, es decir, se dan tanto en la sucesión del ciclo vital de cada enfermera, como en la sucesión del tiempo histórico, y, por lo tanto, de las circunstancias sociales y políticas. Esta afirmación que en general resulta nos parece razonable para entender cualquier proceso de construcción o legitimación de identidades profesionales, resulta especialmente atinente para entender las peculiaridades del proceso de construcción de la identidad enfermera.

1.3. Identidad

Para poder aproximarnos a la situación actual de la Enfermería como disciplina y profesión, nos parece necesario, en primer lugar, conocer la cultura enfermera, y, más concretamente, cómo construye su identidad la enfermera, cuáles son los conflictos que aparecen en el ejercicio de sus funciones y su relación con la insatisfacción laboral. Partimos de una noción de identidad que intenta superar el sustancialismo, el naturalismo extremo y el individualismo radical, vinculando la identidad con otros procesos abiertos, como los procesos culturales o los biológicos. Así, partimos de una teoría de la acción que supone que los seres vivos construimos el conocimiento sobre el mundo en el que vivimos, o dicho con otras palabras, que no hay un mundo ahí fuera cuyas propiedades sean independientes de nuestra forma de construirlo. Por lo demás, asumimos que nuestra forma de construir el mundo depende tanto de (1) las propiedades del mundo con las que “resonamos”, como de (2) nuestra conformación biológico-funcional (que nos hace relevantes ciertas propiedades del mundo y no otras), y de (3) nuestras formas de organización de la vida colectiva. Nuestra sensación de que existe un mundo estable y objetivo también debe ser construida (Maturana y Valera, 2003; Sánchez-Criado y Blanco, 2005).

Bruner (1990) supone que los seres humanos podemos adoptar dos disposiciones básicas, y aparentemente antagónicas, en este proceso de construcción del mundo: comprender y explicar. Explicar consiste en referir un contenido concreto a su forma, es decir, darle forma al contenido, renunciar a la especificidad del contenido en virtud de su forma genérica; ésta nos permite relacionar dicho contenido con otros contenidos del mismo rango formal. Von Wright entiende que es actitud explicativa procede siempre por subsunción teórica, es decir, procede considerando el hecho presente como parte de una clase general de hechos (Von Wright, 1974; Blanco, 2002). Si explicar es esto, su ideal es una fórmula matemática. El ideal de la comprensión de las acciones humanas es, sin embargo, el relato. Siguiendo a Paolicchi (2002) una narración puede ser entendida como un acto semiótico que organiza las acciones y las experiencias en una estructura temporalmente significativa. Los relatos son el medio ideal para recoger el dinamismo del fondo vital en el que las acciones cobran sentido. Como Boesch (1991) ha sabido ver, las acciones son unidades de sentido complejas, orientadas por valores, fines o metas, y movidas por

motivos. El relato es el medio a través del cual tratamos de poner en relación los fines con los motivos que permiten dar cuenta de nuestras acciones, en tanto acciones protagonizadas, atribuibles y, eventualmente, imputables a un agente identificable, es decir, a un agente que es igual a sí mismo (“idéntico”) en todas las circunstancias a través de las que el relato cobra sentido. La identidad es la hipótesis que permite preservar las propiedades relevantes del agente.

No obstante, la narración sólo constituye la mitad de nuestro escenario, ya que, como afirman Rosa y Blanco (2007), la identidad se desarrolla a través de *actuaciones* específicas que se extienden desde las simples acciones (motoras) hasta los sofisticados argumentos declarativos o narrativos. Estas actuaciones de la identidad comprometen las relaciones entre el yo y el *self*, permitiendo al agente reconocerse como un ser cambiante, pero permanente, a lo largo del tiempo. Las actuaciones deben ser concebidas como acciones llevadas a cabo en situaciones dialógicas o dramáticas concretas, en las cuales, el agente se presenta a sí mismo y participa en la ambigüedad de ser simultáneamente agente, actor y autor.

Así vista, la identidad resulta de la actividad de un agente que puede contemplarse a sí mismo como un objeto. La cuestión de la identidad deja entonces de ser vista bien como una cuestión metafísica o bien como una cuestión empírica, y se convierte más bien en una cuestión pragmática, una consecuencia de las acciones llevadas a cabo por el agente. Por lo tanto, la cuestión ahora no es entrar a dilucidar cuál es la identidad real de algo (un objeto o un sujeto), sino qué operaciones se llevarán a cabo con el fin de elaborar un concepto o para identificar una experiencia fenomenológica como pertenecientes a una clase de objetos, sea cual sea este objeto.

Por tanto, la identidad, se articula en una dinámica de construcción permanente mediante actuaciones de identificación concretas, y, así, se convierte en el gozne de todos los procesos de objetivación y subjetivación que articulan la coexistencia de individuos y grupos sociales. Por esta razón, la identidad no es una sustancia, sino una función; la *función identidad* permite:

- (1) preservar la coherencia biográfica del individuo,
- (2) colocar al individuo en la trama social (colectivos, instituciones, grupos, etc.), y
- (3) relacionar de manera significativa la biografía con la Historia.

Como Rosa y Blanco (loc. cit.) han puesto de manifiesto, existen diversos tipos de actuaciones de identificación cuya vocación de (1) especificarnos bien como individuos o bien (2) vincularnos a grupos debe ser establecida a partir de la dramaturgia en la que cobran sentido.

Esta dimensión dramática de la acción humana, en general, y de las actuaciones de identificación, en particular, no es una dimensión sobrevenida en ciertas circunstancias concretas. Nuestra acción es siempre un despliegue, ante los otros o ante nosotros mismos, de una cierta hipótesis sobre lo que somos. Esta hipótesis varía en cada función, en cada escenario, en cada trama de circunstancias concretas. De ahí nuestro interés en el término *actuación*. *Actuamos* antes los demás, o ante nosotros mismos, para hacerles (hacernos) ver lo que en una circunstancia concreta decidimos (no siempre estratégicamente) que se debe saber de nosotros. Actuar es siempre, y en este sentido, un modo de identificarnos, de mostrarnos como hipótesis ante nosotros o ante los demás. Actuar implica, además, un ejercicio fascinante de ocultación y revelación. Revelamos lo que nos interesa mostrar que somos, ocultando (no mostrando) lo que no queremos parecer, a ciertos efectos. Para actuar nos ponemos una máscara que, al mismo tiempo, revela lo que parece viable que seamos y oculta lo que no lo es. La máscara es el problema y la solución. Estudiar la dinámica por la cual las máscaras se suceden, se quitan y se ponen, se reemplazan, constituye un auténtico reto para las ciencias sociales y aún para las ciencias de la salud (Burke, 1969; Goffman, 1989).

Veamos el alcance de estas ideas con un ejemplo concreto. Una compañera de equipo está estudiando las representaciones sociales de la identidad enfermera pidiéndoles a sus participantes qué dibujen una enfermera/o (ver, por ejemplo, Hernando, Díaz y Blanco 2011). Hemos comprobado que algunas dimensiones de los dibujos varían radicalmente dependiendo, por ejemplo, de quién les pida que hagan la tarea. Cuando lo hace una

enfermera de gestión jerárquicamente superior, y los participantes lo saben, suelen aparecer entre sus dibujos enfermeras victimizadas, incluso, en algún caso, literalmente sacrificadas (crucificadas, por ejemplo). La actuación de identificación específica que lleva a dibujar una enfermera crucificada no es una expresión literal de lo que la autora del dibujo cree que es esencialmente una enfermera. Es más bien una expresión dramática de un interés por denunciar, por ejemplo, una situación laboral y social que la autora entiende como injusta o incluso cruel.

Este ejemplo concreto nos permite ilustrar, además, uno de los elementos cruciales en la dinámicas identitarias: la idea de que toda hipótesis identitaria se juega en la interacción con otras hipótesis identitarias. A veces la interacción opera sobre principios dialógicos o cooperativos, pero a menudo lo hace también sobre la lógica del poder. En ambos casos, la identidad se despliega sobre la conciencia de la alteridad: uno se reconoce o se identifica a sí mismo, a partir del reconocimiento del otro en tanto otro/distinto. En el caso de la identidad enfermera la dinámica de la identidad se da al mismo en dos planos, una idea que nos parece crucial para entender el sentido de esta tesis. Por un lado, estaría el conflicto identitario que se produce en el seno del propio campo del cuidado. En el caso español el conflicto más relevante para nosotros tuvo lugar entre enfermeras, practicantes y matronas, entre las décadas de los 50 y los 70, del siglo anterior. La creación de la figura del A.T.S., como veremos detenidamente más abajo, es el primer intento de resolución del conflicto. La figura del A.T.S. pretende hacer borrón y cuenta nueva, disolviendo estas tres figuras identitarias previas y creando una nueva. El conflicto no se resuelve paritariamente (dialógicamente) entre las tres identidades en liza, sino que es supuestamente resuelto, e impuesto, por una decisión unilateral, política, que se apoyaba en la primacía del poder médico. Del error estratégico que supuso esta decisión se derivan, y esta es uno de los elementos esenciales de nuestro argumento, la mayor parte de los conflictos sobre los que se articula actualmente la dinámica de la identidad enfermera en nuestro país.

Como veremos más adelante, cuando nos ocupemos de la descripción de este crucial proceso histórico, los conflictos que hacen, a día de hoy, encontrar una solución unívoca al problema de la identidad enfermera surgen de la capacidad *realizativa* que otorga nuestra cultura al poder *biopolítico*. El médico es el epicentro cultural del sistema sanitario y tiene,

ocasionalmente al menos, la capacidad de *realizar*, es decir, de construir realidad, incluso de hacer existir cosas inexistentes.

A continuación presentamos una breve taxonomía de estas actuaciones de identificación:

1. **Categóricas.** Estas actuaciones de identificación están íntimamente relacionadas con las situaciones normativas en las cuales el yo se presenta a sí mismo como miembro de una clase o categoría mediante algún tipo de prueba, generalmente formal (carnet de identidad, pasaporte, huella digital, etc.). Podríamos decir que este tipo de acto de identificación fuerza la explicitación de un vínculo formal y genérico del individuo con el grupo.
2. **Simbólicas.** El individuo señala, o subraya, su vinculación estructural, y no meramente formal, con el grupo, poniendo en juego alguna forma simbólica cuyo valor es compartido por el grupo (jergas, dialectos, *grafitis*, opciones estéticas, himnos, ritos, etc.). Los símbolos socialmente generados se convierten entonces en elementos para la constitución de una identidad personal, como etiquetas para socializarse uno mismo y para individualizarse en el seno del grupo de referencia.
3. **Discursivas.** Son actuaciones por las cuales, y de forma estratégica o consciente, el yo enuncia sus contenidos, aquello que lo hace específico y que, al tiempo, lo vincula con el grupo. Estas actuaciones discursivas son tal vez la forma más elaborada de presentación del yo, en la medida, como vemos, en que exigen una consideración consciente, incluso teórica, podríamos decir, de la operación (discursiva) misma por la que el yo se revela ante uno mismo o ante el otro. Podemos pensar que existen dos formas básicas de presentar discursivamente el yo:

(a) **Explicatorias.** Son actuaciones de identificación en los cuales el individuo se describe a sí mismo a través de una lista de atributos, como un listado de rasgos o propiedades formales o simbólicas que permiten que el yo se presente bajo la lógica específica y al tiempo genérica de sus elecciones categoriales (“soy español, y, sin embargo, me siento gallego; trabajo como enfermera, aunque jamás he visto una herida abierta; vivo en pareja y tengo dos hijos, pero no estoy casado; me gusta el *rock* y la música clásica”).

(b) Narrativas. Son actuaciones que conforman un relato, que además de permitir organizar en el tiempo estas elecciones categoriales nos permiten dar cuenta de la continuidad del yo a pesar de los cambios que introduce la experiencia.

Las historias oficiales compartidas por un colectivo son actuaciones identitarias de carácter narrativo que nos permiten vincularnos entre nosotros, ubicarnos en la historia general y dotar de sentido histórico a nuestras acciones. En efecto, la historia nos permite conservar la experiencia del pasado colectivo, es decir, preservar y organizar los recuerdos sociales que pueden ser de utilidad para las acciones actuales y futuras. De la misma manera que la memoria es un prerrequisito necesario para la identidad personal, una narrativa compartida acerca del pasado del grupo también es una necesidad para la existencia de una identidad social. Las narrativas históricas son mecanismos creadores de significados y, como tales, también llevan mensajes morales y sitúan las acciones individuales dentro de un flujo de eventos (ver Brescó, 2010). Cuando las narrativas históricas están entrelazadas con una historia personal, contribuyen a la justificación de la identidad personal y así engloban los valores sociales y, junto con esto, las orientaciones morales para la acción futura.

En el presente trabajo nos vamos a centrar en las actuaciones narrativas de identificación, entendiendo que a través de las respuestas dadas a los cuestionarios que hemos diseñado, y que más adelante presentaremos, se despliega un relato que nos muestra cómo se sitúan los alumnos y profesionales enfermeros en relación con la historia de su disciplina, su conciencia de la historia disciplinar y el modo en que su identidad enfermera se pone en relación con ella.

Tras esta somera aproximación a nuestra propuesta sobre la identidad, aunque sería más preciso que habláramos de las actuaciones de identificación, vamos a abordar un tipo de identidad colectiva particular, como lo es la identidad profesional, más concretamente, la identidad enfermera.

1.4. Identidad enfermera

Hasta ahora hemos ido mostrando nuestra concepción general sobre la identidad; en este apartado nos vamos a centrar en un tipo particular como es el de la identidad enfermera. Comenzaremos presentando un primer apartado que nos muestra cómo una identidad profesional, en nuestro caso la enfermera, puede encontrar dificultades en su articulación debido a las diferentes agendas programáticas que se viven en el seno de una institución, concretamente en el hospital. Continuaremos mostrando algunos de los elementos, que en nuestra opinión, están incidiendo en la ausencia de una identidad enfermera única y cómo esta problemática se relaciona con los problemas de ajuste y satisfacción laboral que presenta el colectivo enfermero.

Seguiremos con un somero repaso a la historia de las prácticas de cuidado, lo que nos permitirá comprender cabalmente el por qué, del aquí y ahora enfermero. Finalizaremos este capítulo mostrando algunas de las particularidades que presenta la formación enfermera en nuestro país.

En nuestra opinión, resulta imprescindible analizar el proceso de socialización como elemento fundamental en la construcción de la identidad profesional, tanto a partir del análisis de los contextos dónde tiene lugar (escuela, centros asistenciales), como de las formas en que es transmitida la cultura enfermera. Sin embargo, no debemos olvidar que las condiciones concretas que articulan los procesos de socialización de las enfermeras actuales son la consecuencia de una deriva histórica cuyo análisis genealógico ha sido desarrollado por la tesis de la doctora Sellán, presentado en esta universidad hace cuatro años, y del cual este trabajo es una continuación. Comenzaremos este capítulo mostrando algunas de las particularidades que en nuestra opinión posee la identidad enfermera como profesión

1.4.1. La (re)construcción de una identidad profesional inacabada

Para tratar de comprender con algo más de precisión el alcance del término identidad profesional, nos parece pertinente acercarnos al estudio que lleva a cabo Dubet (2006) sobre algunas profesiones, y, más en concreto, a las profesiones que tienen a los otros, a otras personas, como beneficiarios directos. Entre ellas estaría, sin duda, la

enfermería. Aunque el estudio de Dubet se realizó en Francia, muchas de sus aportaciones son extrapolables a la realidad de las enfermeras de nuestro país. Este autor propone una interesante perspectiva desde la que interpretar los discursos presentados por algunas representantes de este colectivo profesional en relación con el trabajo que desempeñan en el hospital. Los hospitales parecen ser uno de los escenarios en los que el malestar estructural de los profesionales de la enfermería se hace, probablemente, más evidente. En el ámbito hospitalario las dificultades implicadas en la defensa de un espacio de trabajo razonablemente bien definido y un espectro de funciones propias genera en las enfermeras una insatisfacción permanente y especialmente acusada, que ocasionalmente, como ya hemos señalado, aboca a problemas serios de ajuste profesional y de salud mental.

Este malestar de las enfermeras proviene de una configuración del rol enfermero asociado a la indefinición de sus funciones y a los conflictos derivados de la misma, tiene su origen, según Dubet, en el hecho de que existen dos programas institucionales, cada uno de los cuales encuentra su origen en un modo particular de definir y reivindicar la relación. Para comprender con precisión esta idea, es imprescindible que expliquemos qué entiende Dubet (loc. cit.) por institución y por programa institucional. Partiendo de las definiciones aportadas por autores como Durkheim o Radcliffe-Brown, cualquier hecho socialmente organizado (creencias compartidas, organizaciones, costumbres) puede ser considerado una institución. En otras palabras, Dubet propone entender una institución como cualquier organización que engendre una forma específica de socialización, configurada no sólo por prácticas colectivas sino también, por las dimensiones morales y cognitivas desde las que se desarrollan los pensamientos individuales.

Concebido de esta manera, un hospital es claramente una institución, en la medida en que se trata de una organización en cuyo seno ejercen su actividad profesionales que sufren un proceso de socialización con respecto al rol o roles que deben desempeñar y el modo en que tienen que hacerlo. El hospital reproduce una forma particular de socialización para las personas que trabajan en él; esa socialización penetra de tal forma (marcos normativos, morales y cognitivos) que hace que se seleccionen, jerarquicen, se valoren o no, es decir, se seleccionen y prioricen, o se desdeñen, una serie de acciones o actividades sobre los otros en el quehacer diario.

El concepto de programa institucional parte de una perspectiva teórica según la cual la socialización se lleva a cabo gracias a una interiorización de lo social, de la cultura, que instituye a los actores sociales como tales. La idea de programa institucional no sólo significa que la socialización consista en inscribir una cultura concreta en un individuo particular; también designa una manera peculiar de llevar a cabo ese trabajo sobre los otros. Puede definirse, entonces, el programa institucional como el proceso social que transforma valores y principios en acción y en subjetividad, en virtud de los sesgos y horizontes de un trabajo profesional específico y organizado. Este programa institucional presenta una serie de rasgos que se mantienen a lo largo del tiempo: (1) el trabajo desarrollado en el seno del programa institucional intercede entre los individuos y los valores dominantes en la institución; (2) en la medida en que el programa institucional está fundado en valores cabe entender que el trabajo de socialización es vocacional y, (3) el objetivo de la socialización consiste en inculcar una serie de normas que de forma simultánea configuren socialmente individuo, pero lo hagan también autónomo.

De lo anteriormente expuesto se deduce, por tanto, que el trabajo sobre los otros sólo pueden llevarlo a cabo profesionales, ya que la legitimidad del programa institucional se asienta en valores soportados desde la vocación, libremente elegidos, aceptados, y no sólo en la aplicación de meras técnicas al servicio de la eficacia y el interés espurio del individuo o de la institución. La vocación es, pues, el soporte axiológico y el sello de garantía que permite distinguir una profesión de un oficio.

Desde estas premisas, y en el caso concreto de las enfermeras, el autor entiende que el programa institucional es fruto de la convergencia de varias lógicas presentes en la historia de la institución hospitalaria que no se han integrado totalmente. Esto se debe a que el hospital moderno es, por un lado, heredero de las instituciones caritativas y religiosas y, por otro lado, se inscribe en la historia de una institución científica regida por la medicina. El trabajo de las enfermeras se divide, más bien se debate, entre las diferentes lógicas presentes en el modelo de los programas institucionales hospitalarios: intensificación de la medicina científica, intensificación del peso de la organización hospitalaria y de la lógica de los servicios e intensificación de la autonomía de los pacientes. Para comprender con algo más de precisión esta idea de la existencia dos programas institucionales en el seno de los

hospitales, es ineludible realizar un somero repaso a la evolución histórica de los hospitales. Lo que nos clarificará el origen de dichos programas institucionales.

El concepto de hospital, así como su estructura, organización, funciones y actividades ha cambiado de forma importante a lo largo del tiempo, influenciado por el contexto socio-histórico, por las concepciones acerca de la salud y la enfermedad, el desarrollo sistema sanitario, los recursos económicos, la situación política, los avances científicos y tecnológicos, etc. Conocer estos cambios y la evolución de los mismos puede ayudarnos a comprender mejor la situación actual de los profesionales que trabajan en él, cuáles han sido y son las funciones desempeñadas por el personal de enfermería, cómo se organizan el trabajo estos profesionales y por qué lo hacen como lo hacen.

Etimológicamente la palabra hospital proviene del latín *hospitalis* (lugar donde se acoge al huésped). Si se consultan algunos diccionarios, en casi todos ellos se habla del hospital como un establecimiento con camas donde se atiende a enfermos, se llevan a cabo pruebas diagnósticas y tratamientos y también existe la investigación y la docencia (RAE, 2001; Seco, Andrés y Ramos, 1999).

Pero esta concepción del hospital como lugar donde se diagnostica y trata a enfermos (o parturientas) es bastante cercana en el tiempo como vamos a ver brevemente a continuación. Para Carasa (1985) por hospital se entiende aquel establecimiento que en sus principios tenía como fin el hospedaje. Su origen parece estar en la alberguería de peregrinos en la que eran recibidos como *hospes*, que con posterioridad fue evolucionando. Es decir, que inicialmente el hospital debió tener más un sentido de asilo que de enfermería, diferenciándose pronto entre hospitalero y enfermero, atendiendo el primero a los peregrinos o extranjeros y el segundo a los enfermos.

En el contexto occidental no hubo hasta el siglo IV d. C. una organización de asistencia pública para enfermos y pobres. Estas instituciones de beneficencia surgieron en las iglesias cristianas de la parte oriental del Imperio Romano y suele señalarse como la primera, la fundada por el obispo Basilio en Cesarea en el año 370 d. C., donde se atendía en general a pobres y mendigos enfermos o no y eran conocidos con el nombre de *xenodocheion* (González, Navarro y Sánchez, 2005).

Esta denominación ya la utilizaban los griegos para aquellos recintos de carácter civil y laico donde se atendía a extranjeros, se les ofrecía un lugar donde dormir y si estaban enfermos se les curaba, en contraposición a los *iatron* que era donde los ciudadanos iban a que les diagnosticaran o bien curaran heridas y no era posible dormir en ellos (Siles, 1999). En la parte occidental del Imperio no se crearon hasta finales de siglo IV hospitales con este modelo siendo un ejemplo el fundado en Roma, en el año 397, por Fabiola. Dichos centros eran atendidos por la Iglesia fundamentalmente y, su ubicación se establecía en monasterios o al lado de iglesias o catedrales. En los monasterios se distinguían diferentes estancias para este tipo de atención: los *infirmarium*, el *hospitale pauperum* y la casa para huéspedes; en los primeros sólo se atendía a los monjes enfermos, en los segundos se ubicaban pobres y peregrinos y, por último, la casa de huéspedes era para personas más distinguidas. (González, Navarro y Sánchez loc. cit.).

Como características básicas de los hospitales medievales occidentales cabe señalar que eran instituciones monopolizadas por la iglesia y en las que la asistencia por médicos laicos fue ocasional hasta el siglo XIV. En un principio eran los monjes los que practicaban la medicina, cuando les fue prohibido este ejercicio, en la primera mitad del siglo XII, fue el turno de los sacerdotes que a partir del siglo XIII comenzaron su formación en las primeras facultades de medicina.

Según apunta Sellán (2007) la tecnificación de la medicina medieval, evidente desde el siglo XIII se debió a la titulación oficial de médico y a la reglamentación de su formación científica. Por lo general el médico universitario no practicaba la cirugía, sino que se encargaban de esta tarea otros colectivos como los barberos y los cirujanos prácticos. La asistencia técnica al enfermo va a situarse en tres niveles: por un lado, reyes, príncipes y señores feudales van a ser atendidos por un médico dedicado exclusivamente a ellos. Por otro, para los pertenecientes a la burguesía (comerciantes, artesanos) la asistencia médica solía ser domiciliaria y, en último término, el pobre, ya fuese esclavo, indigente, urbano o siervo de la gleba era atendido en el hospital. Por tanto, la forma social de ayuda es el hospital.

Es a partir del siglo XV cuando va teniendo lugar una lenta pero progresiva secularización del control y de la asistencia en los hospitales debido, fundamentalmente, a una mayor presencia de los poderes públicos y a un cambio en los valores o asunciones que hasta el momento fundamentaban el objetivo o misión del hospital. Constituyendo la Reforma Protestante un punto de inflexión para hacer posible este cambio. De manera que la consideración de la pobreza toma diferentes matices pasando de ser considerado “inevitable y querida por Dios” a ser gravosa para el resto de la comunidad por tratarse de mano de obra no productiva y como fuente de delincuencia. Es por ello que el hospital pasa de tener una función de acogimiento, caridad, a ser un centro de reclusión para mantener el orden social (González, Navarro y Sánchez, 2005).

En esta misma línea Villanueva (2005) apunta a que se produce un antes y un después sobre la concepción del hospital a partir del Renacimiento. En esta etapa se vislumbran los esbozos de la medicina organizada, con una influencia creciente de las organizaciones médicas sobre la estructura y funcionamiento hospitalario. El hospital se va convirtiendo en un lugar para el tratamiento de los enfermos y, de forma paralela, en un centro para el estudio y la enseñanza de la medicina. Podríamos señalar, que éste sería el momento desde el que comenzaría a elaborarse y a introducirse progresivamente un nuevo programa institucional en seno del hospital.

Aunque estos cambios van teniendo lugar de forma paulatina no deja de ser interesante saber cómo Luís Vives definía los hospitales en el siglo XVI: *“lugares de beneficencia donde los enfermos son atendidos y curados, donde reciben sustento un cierto número de indigentes, donde son acogidos para su educación niños y niñas, donde se procede a la crianza de los niños expósitos, donde quedan recluidos los locos y hallan albergue los ciegos”* (González, Navarro y Sánchez, loc. cit. p.33).

A lo largo de la Edad Moderna proliferan hospitales reales y municipales aunque continúan estando muy influenciados por el modelo monástico anterior en cuanto a su organización y funcionamiento. Además esta secularización trajo consigo otro replanteamiento y éste fue el aprovechamiento de los recursos, para lo cual se comenzó la concentración de pequeños hospitales en otros de mayor tamaño. Cabe destacar que

durante este periodo comienza la medicalización de los hospitales, es decir, hay una mayor presencia de médicos y también, cada vez más, las funciones y los objetivos del hospital toman un cariz fuertemente médico y asistencial; un ejemplo es la construcción de hospitales para enfermedades mentales y para algunas patologías como la sífilis, abriéndose la tendencia hacia la especialización de los mismos (Díaz, 2010).

Durante el siglo XVII se fundaron un gran número de hospitales generales por toda Europa. Éstos se sustentaban a través de tributos especiales así como por donaciones y limosnas. Tenían funciones de *“institución penal, asilo, taller y centro sanitario”* (González, Navarro y Sánchez, loc. cit. p.36).

En el siglo XVIII el número de hospitales crece de forma significativa al igual que su secularización. Fundamentalmente en ellos seguían siendo atendidos los pobres aunque cada vez en mayor medida desde un punto de vista médico. Era importante para los incipientes estados modernos tener una población sana y activa por lo que se favoreció la creación de hospitales, se comenzó a dar importancia a la salud pública y a la higiene. Se puede decir que la salud pasa a ser un interés del Estado. Por otro lado es interesante señalar que los hospitales constituían un lugar privilegiado para el aprendizaje clínico médico (González, Navarro y Sánchez, loc. cit.).

En la Europa continental, durante este periodo se tiende a destinar como hospitales, grandes edificios con el objetivo de reflejar el poder del Estado. En Inglaterra la situación es distinta ya que se construyen gracias a donativos y suscripciones. El mayor problema de estos hospitales es la elevada mortalidad fundamentalmente debida a las altas tasas de infecciones presentes. Esto hace que se plantee una nueva organización en estas instituciones y se pase de hospitales con inmensas salas a hospitales divididos en pabellones, disposición que se va adoptando a lo largo del siglo XIX.

El siglo XIX puede considerarse un nuevo punto de inflexión en lo que respecta tanto a la forma de entender el hospital como al tipo de medicina ejercida en el mismo. Gracias a los importantes avances y cambios que tuvieron lugar a nivel científico, técnico, socioeconómico y profesional. El hospital contemporáneo se caracteriza básicamente por

tratarse de un hospital público, un gran hospital, centro de la práctica médica científica y en el que confluyen la asistencia, la docencia y la investigación (Díaz, 2010).

Como consecuencia aparecen nuevos departamentos e instalaciones como laboratorios, quirófanos, salas para diagnóstico, y se ingresa a los enfermos en diferentes pabellones según el diagnóstico médico. También surgen hospitales especializados en pediatría, oftalmología, dermatología por ejemplo (González, Navarro y Sánchez, loc. cit.). Por último, algunos autores, (ver entre otros Sellán, 2007) señalan como novedad en este periodo, la presencia de la enfermería profesional debido a una mayor tecnificación de la medicina y a su distanciamiento del enfermo.

Otros cambios significativos acontecieron ya en el siglo XX y es que el hospital dejó de ser un lugar de beneficencia dónde se atendía a personas sin recursos, para convertirse en un espacio donde diagnosticar y tratar a pacientes de cualquier clase social. El progresivo avance técnico y científico comenzado en el siglo anterior, hace necesario instalaciones que sólo pueden ubicarse y aglutinarse en los hospitales. El modelo medico-céntrico se encuentra totalmente integrado en el hospital, es decir, todo en el hospital gira en torno a la figura del médico, el resto del personal hospitalario desde la enfermería hasta la gerencia e incluso los órganos de financiación, deben servir prioritariamente para que el médico ponga en práctica todos los recursos de su ciencia con las menores limitaciones posibles (Díaz, loc. cit.).

La intersección en el hospital de dos programas institucionales diferentes, el caritativo y el médico, con lógicas distintas a la hora de entender la socialización y la relación con los enfermos, provoca una indefinición del papel a desempeñar por parte del colectivo enfermero, lo que obstaculiza o dificulta el establecimiento de un rol profesional autónomo.

Además, estamos asistiendo a una cierta difuminación de los contornos de ambos programas institucionales en una organización con unos niveles de complejidad crecientes y en la que los pacientes reclaman cada vez mayor protagonismo en la toma de decisiones con respecto a su salud. Esta situación nos parece un factor importante que contribuye a obstaculizar, aún más, el asentamiento de las señas de identidad, como profesión, que el colectivo enfermero ha ido fraguando desde su desarrollo disciplinar.

En virtud de las ideas expresadas anteriormente, entendemos que en los hospitales existen programas institucionales que vehiculan el proceso de socialización de los propios trabajadores. En el hospital contemporáneo, y en la medida en que en él están presentes dos programas, uno derivado de las concepciones primigenias como institución caritativa, y otro consecuencia de la entrada de la ciencia y la tecnología de la mano de la medicina, se entremezclan características y rasgos de ambos. Por tanto, nos encontramos con dos formas de entender, de ser, estar y ejercer la actividad profesional; en definitiva, dos formas de socialización, de generación de procesos de trabajo, hábitos y selección de los mismos.

Como veremos, un poco más adelante, al acercarnos a la evolución de las prácticas cuidadoras, las mujeres cuidadoras fueron relegadas, primero, a una situación de dominación o supeditación con respecto a la jerarquía eclesiástica en los orígenes de las instituciones hospitalarias, por lo que sus actividades de cuidado estaban muy influenciadas por los valores, creencias, conocimientos científico-técnicos sobre el ser humano, la salud, la enfermedad y la consideración hacia la mujer en aquella época. Más tarde esa situación de supeditación continuó con la aparición paulatina y, que acabó siendo predominante en los hospitales, de la medicina como profesión clásica por excelencia, con una forma muy distinta de entender la salud y la enfermedad, y también a la persona. Se introdujeron avances diagnósticos y de tratamiento de las enfermedades y, de este modo, los hospitales fueron tomando forma, no sólo en términos arquitectónicos, sino también en lo que respecta a su organización interna, de modo que esta disciplina contara con todo lo necesario para poder alcanzar sus objetivos.

De las personas, casi sin formación, que dispensaban aquellos cuidados necesarios para la cobertura de las necesidades básicas y, que proporcionaban acompañamiento en el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, se pasó a necesitar trabajadores cualificados, con habilidades en actividades instrumentales y auxiliares para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Hasta ese momento, ni el Estado ni los individuos habían tenido casi o nada que decir al respecto de la salud de la población o del individuo. Sin embargo, cuando los gastos empezaron a ser sufragados de forma pública y los pacientes también comenzaron a exigir su participación de forma más activa en las decisiones relativas a su salud y su cuerpo,

los hospitales tuvieron que llevar a cabo cambios en su organización, cambios en los que seguimos inmersos en la actualidad.

En todo este entramado, un punto de inflexión lo constituye el cambio en el posicionamiento y la forma de entender su labor de estas disciplinas consideradas “auxiliares” de la medicina, para comenzar y avanzar en su profesionalización. En nuestra opinión, esto supone que los miembros de estos colectivos se identifican como trabajadores que de forma autónoma y genuina son capaces de llevar a cabo una serie de actividades fundamentales para cubrir una serie de necesidades presentes en la sociedad y que los ciudadanos exigen que les sean cubiertas. La profesionalización consiste en dominar un campo específico de acción, demostrar formación, competencia en el mismo y, en el que ningún otro sector profesional está capacitado para llevarlo a cabo de forma adecuada.

Sin embargo, en el caso concreto de las enfermeras españolas, existen otros dos factores más que debemos tener en cuenta para entender sus problemas identitarios: (1) la imposibilidad de un desarrollo académico completo, derivada del hecho de que los estudios de enfermería han sido hasta hace poco más de un año estudios de diplomatura, lo que se traduce en la posibilidad de desarrollar un currículum académico completo, es decir, llegar hasta el doctorado; y (2) la imposibilidad real de ingreso e introducción de los conocimientos enfermeros, es decir, de las aportaciones disciplinares, a la realidad asistencial hospitalaria. Podría entenderse que además de los dos programas institucionales que hemos señalado, pudiera encontrarse un tercero, relacionado con el establecimiento de pleno derecho de la profesión enfermera, que lleva a cabo un trabajo profesional sobre los otros y que tendría que afirmarse no legitimándose en el universo de objetivos propios de la medicina o de la caridad, sino en el suyo propio.

Es en este contexto en el que se está desarrollando la identidad profesional de las enfermeras. En él se entrecruzan, como hemos visto, distintas agendas programáticas que definen qué es importante, valioso y adecuado para ellas; qué deben hacer y cuándo lo deben hacer. Esta situación tiene que estar afectando, necesariamente, al proceso de construcción de una identidad profesional “saludable” y adaptativa.

1.4.2. Una identidad problemática en continua (re)génesis

El trabajo de Sellán (2007) nos ha permitido tomar conciencia de que el conocimiento de la evolución de las prácticas de cuidado es esencial para comprender en profundidad cómo se nos muestra la actual profesión de Enfermería, cómo se ve a sí misma y cómo se la representan los demás. Así, a la falta de visibilidad de las prácticas de cuidado, derivada fundamentalmente de la consideración de las prácticas de cuidado como algo “instintivo” o natural, que se desarrolla en el seno del hogar y, por tanto, inevitablemente asociado a las mujeres, y que ocasionalmente puede ser formalizado a través de instituciones “no interesadas” (religiosas, por ejemplo), se une la escasa relevancia que el imaginario social otorga a dichas prácticas por verlas subordinadas a la lógica médica. Esta situación de falta de reconocimiento social y profesional, y de “presión identitaria” por parte de otras profesiones, ha dado lugar a la emergencia de distintas identidades que coexisten, no siempre armoniosamente, en el ámbito de la enfermería española contemporánea.

Conocer la evolución de las prácticas de cuidado es esencial para comprender en profundidad cómo se nos muestra la actual profesión de enfermería, cómo se ve a sí misma y cómo se la representan los demás. En términos muy generales, podemos decir que el desarrollo de las prácticas de cuidado en la historia occidental se articula en torno a dos momentos claves en la evolución de la cultura occidental. En primer lugar, la nueva antropología, la imagen del hombre, ofertada por el cristianismo, y asentado en la idea de una naturaleza humana única y dotada de una dignidad inherente, permitió justificar moralmente el cuidado del otro e incluso convertirla en una forma de salvación individual. A la larga las órdenes religiosas se convirtieron en los vehículos naturales para la institucionalización del cuidado y su futuro desarrollo durante la Edad Media, a través de las obras de misericordia llevadas a cabo tanto por personas cristianas laicas como por dichas congregaciones religiosas. En segundo lugar, la Reforma Protestante derivó en un cambio, en relación con las prácticas de cuidado y el tipo de agente social que las lleva a cabo. Se pasa de una estructura religiosa a una estructura esencialmente laica.

La enfermería moderna laica y femenina se originó al amparo de valores y al servicio de objetivos fundamentalmente morales, como veremos con más detenimiento en el

siguiente apartado. Consecuentemente, el desarrollo de la enfermería como colectivo profesional ha estado marcado por los valores sociales que se entendían propios de la condición femenina, como abnegación, la empatía, el cuidado de los más débiles, la moralidad impecable, la caridad y la sumisión. En este sentido, la profesión enfermera se nutre básicamente desde sus inicios de mujeres y, por tanto, no nos debe extrañar que su desarrollo y su reconocimiento social sigan un curso paralelo al desarrollo social de la mujer. En el imaginario social, analizado a través de las instituciones, textos, normativas legales, programas de estudios o definición de competencias profesionales, se muestra que la importancia del quehacer de las enfermeras, lo es siempre como prolongación o suplementación del saber médico, que el mismo imaginario considera como masculino. La abnegación, sacrificio, disciplina, sumisión, junto a la caridad, religiosidad y moralidad han sido, en efecto, los valores preponderantes en el proceso de socialización de las enfermeras españolas hasta los años cincuenta del siglo XX (Sellán, 2010).

Pero, además, en España, otros dos grupos configuran la profesión de enfermería, los practicantes, quienes, sin lugar a dudas, han mostrado desde el siglo XV su compromiso identitario que, ha implicado casi siempre, directa o indirectamente, la negación de la autonomía identitaria de la enfermería. Como es lógico, esta profesión auxiliar fue casi exclusivamente masculina. Las matronas, a su vez, como mujeres, siguieron una lógica en su proceso de socialización paralela a la de las enfermeras.

Los cambios legislativos que se producen en materia de educación, destinados a las profesiones subalternas de la medicina, esto es, practicantes, matronas y enfermeras, conducen en nuestro país a la unificación de los tres estamentos sanitarios y a su integración bajo la denominación de Ayudante Técnico Sanitario en 1953. A partir de este momento, la Enfermería española vivirá durante casi tres décadas supuestamente unificada, legitimando las desigualdades internas relativas al género, ya que quedó expresamente prohibida la coeducación, y las oportunidades formativas fueron diferentes para los estudiantes y las estudiantes. De esta forma se institucionalizaron las desigualdades desde una perspectiva de género.

Finalmente, en los poco más de treinta años de Enfermería universitaria, las enfermeras españolas han intentado desarrollar una profesión autónoma en el ámbito de la praxis y obtener el más alto grado académico, así como la posibilidad de acceder a un proceso de formación como especialistas. Sin embargo, la escasa o nula sensibilidad por parte del Estado hacia este colectivo, indispensable para la atención de la salud de la población, ha sido una constante. Basta recordar que, a nivel educativo, han sido rechazadas las distintas propuestas de la Licenciatura en Enfermería, una tendencia que sólo se ha podido parar con la reciente puesta en marcha de los nuevos grados. Por otro lado, y a nivel asistencial, hasta el pasado año, sólo dos de las siete especialidades estaban implantadas, a pesar de que las especialidades para el Diplomado en Enfermería fueron aprobadas en el año 1987. Será interesante analizar en el futuro en qué medida la implementación del Grado en Enfermería y la puesta en marcha efectiva de las distintas especialidades enfermeras, modifican o no algunas de las premisas que venimos comentando.

Desde el punto de vista disciplinar, es importante señalar, que la enfermería nació, por así decirlo, en el positivismo. Sin embargo, y frente a la muy difundida idea de que el conocimiento se obtiene de una manera neutral y objetiva, observando la realidad como desde fuera, preferimos adherirnos a la tesis de que ese conocimiento es el producto de una relación entre personas que comparten creencias, costumbres y valores, es decir, una cultura, más concretamente en nuestro caso, la cultura enfermera. Por tanto, en nuestra opinión, el conocimiento no es el producto de la mera observación de una realidad "cosificada" y estable, sino el producto de esa relación intersubjetiva, entre sujetos, aunque esta relación se realice o materialice muchas veces, a través de objetos, de cosas (Blanco, 2002). Nos alineamos en la corriente que asume que el conocimiento enfermero es, en última instancia, el resultado de una experiencia vital originada en los más diversos ámbitos de nuestra práctica cotidiana (Sellán, 2010). Desde esa experiencia vital surge la necesidad de buscar y de encontrar el significado que la práctica profesional tiene en nuestras vidas y en las de los demás, un significado que debe trascender el simple hecho de cuidar a un paciente.

Si entendemos la cultura enfermera como el cultivo de la capacidad humana de advertir a y cuidar del otro, y, al mismo tiempo, como el resultado del ejercicio de esa

capacidad, se nos hace evidente que ser enfermera implica defender y poner en ejercicio ciertos valores. Los valores que son transmitidos a las nuevas generaciones en las aulas se refieren fundamentalmente a la idea de que la Enfermería, en tanto disciplina, posee un corpus doctrinal, emplea un lenguaje disciplinar propio y una metodología científica para investigar e intervenir. Hemos tratado de racionalizar el trabajo profesional a través de la definición de actividades autónomas, específicas y cuantificables, de la concreción de las necesidades básicas y su satisfacción, todo lo cual se lleva a cabo en un contexto poco sensible a los cambios; no debemos olvidar que el medio sanitario suele ser absorbente, rutinario, poco estimulante (Sellán, 2007).

En nuestra opinión, el colectivo enfermero posee algunas características específicas referidas al proceso de socialización de los estudiantes de enfermería que no se recogen en la literatura sobre el *burnout* y la satisfacción laboral, y que probablemente puedan contribuir a incrementar el estrés profesional.

En primer lugar, la Enfermería posee una larga historia cultural y cuenta con un corpus de conocimientos y técnicas que se ha ido incrementando y mejorando como fruto de la propia actividad y del contacto con ciencias próximas o afines. Sin embargo, tuvieron que transcurrir siete siglos hasta que las enfermeras empezaron a formarse en la Universidad. Por esta razón, la praxis del cuidado enfermero se ha repetido de generación en generación durante siglos de historia, sin el beneficio de una educación científica y sin la adopción premeditada de modos científicos conscientes de proceder, por lo que no goza de un espacio epistemológico y disciplinar indiscutible.

El núcleo de la identidad disciplinar enfermera está en el discurso teórico enfermero, que proporciona los marcos y el resumen de los conceptos que la enfermería utiliza. También proporciona los principios que rigen el proceso de cuidado. Las fuentes de la enfermería teórica son múltiples, abarcando desde la práctica enfermera y el diagnóstico, hasta las aportaciones sobre el cuidado de otras disciplinas, entre ellas, la psicología, la antropología y la sociología. Cada una de estas fuentes tiene el potencial de plantear y dar respuesta a algunas preguntas importantes en la enfermería. Fijarse detenidamente en las fuentes y reflexionar sobre el origen de la teoría puede dirigir la selección de cuestiones de

investigación para los estudios. La fuente, en consecuencia, es tan importante como la pregunta.

En la profesión de la enfermería, en los últimos años, ha surgido un nuevo marco que reorienta el ejercicio profesional, nuevos procedimientos para tareas y funciones, cambios en los programas de formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población de los usuarios que exigen redefinir roles, y aumento en la demanda de los servicios de salud por parte de la población. Todo ello ha ocurrido con tanta rapidez que no ha podido ser asumido por la totalidad de los profesionales, máxime cuando no está definido el propio desarrollo de la carrera profesional.

Todos estos factores señalan, como lo hemos indicado ya en varias ocasiones, que los profesionales de la enfermería son un grupo de riesgo en relación con la posibilidad de desarrollar un patrón de insatisfacción laboral y *burnout*. La confrontación entre las expectativas profesionales o disciplinares y la realidad asistencial puede resultar problemática, y, en este sentido, podemos establecer tres elementos fundamentales para analizar el problema y, acaso, ofrecer una hipótesis para su superación: (1) la organización, (2) el profesional y (3) el usuario.

(1) Desde el punto de vista de la organización se ha de considerar que las instituciones sanitarias, en general, suelen presentar una cultura organizacional resistente al cambio y a la innovación en cuanto a políticas de personal e implicación de los mismos en los procesos de toma de decisiones, puesto que se trata de organizaciones muy burocratizadas. Esto hace que se mantengan en el tiempo actitudes y conductas favorecedoras del *burnout*, mediante el proceso de modelado social. La mayoría de los profesionales noveles, cuando toman contacto con su primer trabajo, han de proceder a una adaptación en la que redefinen valores y actitudes que han adquirido mediante el aprendizaje. Todo ello tiene relación con el proceso evolutivo que está sufriendo la enfermería en los últimos años, consistente básicamente en un tránsito desde la filosofía del Ayudante Técnico Sanitario, que obliga a una “negociación” con uno mismo y con los compañeros. A veces son los propios profesionales más antiguos los que

frustran al novel, debido, posiblemente, al hecho de que lo viven como una amenaza a sus esquemas clásicos de actuación. Estos profesionales más veteranos deberían llevar a cabo un cambio de actitud que no están siempre dispuestos a realizar al no haber asumido la nueva filosofía y los modelos que la sustentan, lo que crea una situación de disonancia cognitiva que resuelven con esta línea de intervención.

Otros aspectos a considerar son el clima laboral que se genera en los grandes centros asistenciales, con problemas de hacinamiento, sobrecarga laboral, ruidos e interferencias, etc. Además, la *turnicidad* somete al profesional a continuos cambios que impiden o, cuanto menos, dificultan la instauración de hábitos de vida saludables y hace que las relaciones interpersonales resulten conflictivas.

El sistema sanitario posee una característica singular, sobre todo en el medio hospitalario, como es la confrontación de intereses entre lo público y lo privado, que produce una baja implicación en la consecución de los objetivos establecidos por la institución, creando una cierta indefinición de funciones y actitudes de baja cohesión en el grupo, e incluso el uso de los recursos de la organización para los objetivos personales. Todo ello hace que el sistema no se ajuste a la eficiencia, que no se dé el engranaje perfecto para el buen funcionamiento. En consecuencia, es necesario que uno se vea obligado a explicarse las causas de estas deficiencias, lo que hace que se tienda a la “externalidad defensiva”, es decir, a culpabilizar a la organización o a otros de los fracasos y del mal servicio prestado. Una lógica que lleva a reafirmar la posición de baja implicación (Sellán, 2007).

(2) Uno de los principales problemas que se presentan en el ejercicio de la profesión es la indefinición de la carrera profesional. Esto hace que la promoción sea dificultosa, o difícil de planificar, y la enfermera se sienta, en muchos casos, “condenada” a desarrollar siempre la misma actividad, reduciéndose sus posibilidades de creatividad y de desarrollo profesional. Por otro lado, al tratarse

de una profesión con actividades independientes e interdependientes de la profesión médica genera una ambigüedad de rol que se convierte a menudo en indefinición de rol, que casi nunca es clarificado por la propia organización. Todo este proceso concluye muy a menudo en una baja realización personal por el trabajo (Sellán, loc. cit.).

A todo lo anteriormente expuesto, se añade la necesidad de mantener una actitud de empatía por parte de la enfermera para el mejor acercamiento y conocimiento del usuario, que puede llevar en ocasiones a la excesiva implicación e identificación con las emociones y los sentimientos del mismo, lo que podría desembocar en proyecciones de los problemas del paciente y la familia en el entorno proximal y familiar de la enfermera. Además, la confrontación sistemática con el dolor y la muerte, la necesidad de alianzas intragrupalas ante la adversidad y el conflicto intrapersonal de competencia profesional hacen que la dimensión “agotamiento emocional” pueda incrementarse dando cuerpo, junto a la baja realización referida, a la aparición del *burnout* (Sellán loc. cit.).

(3) Los usuarios, al ser el principal objetivo de la labor del profesional, lo son también de la relación interpersonal, por lo que sus características biopsicosociales tienen gran importancia para el desarrollo de la misma. Sus rasgos de personalidad, creencias y valores, y cuantas características personales lo conforman hacen de él un ser único que requiere un trato singular en función de dichas características, que modulan y condicionan la relación con el entorno y, en nuestro caso, con las enfermeras.

En esta misma línea, la familia adquiere un protagonismo especial en tanto que integra el sistema de relación más inmediato del sujeto, proporcionándole una de las bases de su proyección social. Por tanto, la familia es otro elemento significativo de la relación de cuidado ya que la podemos considerar como una suerte de prolongación del paciente. Las características del usuario y la familia formarán otra variable a considerar en la aparición y desarrollo de la insatisfacción laboral y del *burnout*. Con frecuencia la aparición

de conflictos entre la familia y la enfermera tiene que ver con los cuidados y el tratamiento que precisa el familiar.

Existen, además, otros elementos que pueden actuar como estresores y que están relacionados con las nuevas demandas producidas por el cambio actitudinal de los usuarios. La propia Constitución española otorga a los ciudadanos unos derechos inalienables, recogidos en la Ley General de Sanidad, que cada vez son exigidos con mayor firmeza y que pueden, en algunos casos, traducirse en inseguridad, desconfianza y ambigüedad en la enfermera. Por otro lado, se están produciendo cambios culturales en la sociedad. La calidad de vida es mejor, el nivel de conocimiento sobre salud del ciudadano medio es cada vez más alto, por lo cual sus criterios y su capacidad de discernir entre alternativas o solución a sus necesidades han de tenerse en cuenta, como se demuestra en la instauración de medidas para valorar la calidad percibida por los usuarios. Esta tendencia entra frecuentemente en conflicto con la propia cultura organizacional, que casi siempre ha intentado resolver los conflictos por el propio usuario o la familia. Asimismo, se detecta cada vez con mayor incidencia el ejercicio de la práctica defensiva como reacción a las demandas judiciales ante cualquier error o negligencia (Díaz, 2010).

Además, las condiciones del ejercicio profesional han cambiado extraordinariamente en muy pocos años. El considerable y continuado incremento de conocimientos, el desarrollo de nuevas tecnologías, la necesidad de trabajo en equipo y el aumento de los costes económicos son características que definen la práctica enfermera actual.

No obstante, existen motivos para pensar que poco a poco se irán decantando las condiciones necesarias para una gestión más razonable de los problemas implicados en la elaboración de la identidad enfermera. Entre estas condiciones, cabe señalar la normalización de los procesos de formación de las enfermeras. La docencia pregrado y postgrado está anclada en la esencia de la disciplina. Los conceptos nucleares y sus interrelaciones configuran el plan de estudios que debe adaptarse a los continuos cambios que se producen en un mundo en permanente transformación. Los conceptos relevantes y

los principios que de ellos se derivan se perfilan como un marco de referencia flexible que permite conceptualizar las relaciones entre teoría, práctica e investigación; todo ello es recogido por la docencia para intentar dirigir la formación en función de cierta idea del futuro, dando, al mismo tiempo, respuesta al presente. La formación debe permitir a los futuros profesionales la adquisición de conocimientos actualizados y las actividades fundamentales para el ejercicio. Además, la formación debe preparar al estudiante para ser capaz de realizar un análisis crítico de los acontecimientos de la actividad profesional. El futuro profesional debe ser capaz de asumir diversos roles en un sistema de salud cambiante (Sellán, 2007).

La docencia en enfermería, por tanto, no implica sólo la transmisión de saberes teóricos y científicos, sino también el desarrollo y capacidad de comprender los valores de los otros a partir de una perspectiva analítica y empática. Implica también la expresión de juicios que sean comprendidos por otros, el estar disponible a toda información dada por otros, y ser reflexivo y crítico con la propia conducta. El desarrollo del espíritu crítico debe ser sensible a o tener en cuenta que, que las enfermeras ejercen su profesión en un medio social y cultural, económico y político dinámico, y esta visión debe ser incorporada progresivamente por parte del estudiante. Igualmente, deben aprender cuál es su área de libertad y prescripción disciplinar, así como las áreas de complementariedad e independencia de las distintas profesiones que constituyen las Ciencias de la Salud y con las cuales comparten ambiente y paciente.

La formación conduce, o menos debería conducir, a los estudiantes a reflexionar sobre las bases conceptuales que desean para su práctica, a menudo descritas como un arte y una ciencia. Sin embargo, no debemos olvidar que el aspecto singular de la formación de los estudiantes de enfermería consiste en un aprendizaje clínico cuya duración es aproximadamente la mitad de los créditos totales de los actuales planes de estudios y esto puede comportar un proceso dicotómico de aprendizaje entre lo que se imparte en las aulas (teoría) y lo que observa y aprende en las prácticas clínicas (praxis). Probablemente el peso de la realidad laboral tenga mayor influencia en el rol que desempeñen en su futuro profesional que, como se ha señalado anteriormente, “puede ser incierto” fundamentalmente en el desarrollo de su carrera profesional. Esta frecuente dicotomía

entre culturas teóricas y culturas prácticas es, en nuestra opinión, un rasgo definitorio de la cultura enfermera, que pudiera tener una incidencia importante en los conflictos identitarios propios de la enfermería. A los conflictos externos con otros profesionales añaden las enfermeras sus propios conflictos internos entre, por ejemplo, aquellos que entienden la enfermería como una ocupación práctica o meramente técnica y aquellos que la entienden como una disciplina teórica capaz de desarrollar técnicas y procedimientos teóricamente fundados.

Todos estos aspectos de los que venimos hablando condicionan un escenario donde las enfermeras ejercen su profesión. Por tanto, la enfermería, tal y como se recoge en la literatura, es una profesión particularmente estresante, caracterizada por las continuas demandas físicas y emocionales que los profesionales reciben de sus pacientes.

Como hemos visto, el desarrollo tecnológico, la tecnificación de la asistencia, la superespecialización, la lógica de la asignación de los enfermos a servicios concretos y la protocolización de la actividad sanitaria son los motores del desarrollo del mundo social hospitalario, que junto a los servicios y el reparto de recursos, las programaciones de los ingresos y altas, constituyen el universo en el que se da el proceso de socialización de la enfermera contemporánea.

Las prácticas cuidadoras, o el cuidado enfermero, si se prefiere, han cambiado, de tal modo que el tiempo destinado a la relación con los enfermos ha disminuido en beneficio de la aplicación de procedimientos. Generalmente, la terapéutica farmacológica constituye la actividad que absorbe la mayor parte del tiempo en una jornada de trabajo. La relación e interacción con los pacientes, y las actividades que esto conlleva, están poco valoradas, en general, en las organizaciones sanitarias. Por consiguiente, la enfermera debe, de alguna manera, elegir entre brindar los cuidados centrados en lo relacional o en el aspecto técnico. Sin embargo, la mayor parte de las veces, la enfermera no tiene margen para elegir, ya que la carga de trabajo protocolizado es tal que se convierte en una auténtica ejecutora de técnicas. Es en este tipo de cultura organizacional donde crece y se desenvuelve la enfermera.

De este modo, la enfermera contemporánea se debate a la hora de elegir una actitud identitaria nuclear entre (1) el desempeño de una actividad cuidadora integral tradicional, que enfatiza la relación de cuidado (Apker, Zabava y Fox, 2003; Ewens, 2003) y en la que priman, por tanto, los aspectos relacionales de escucha activa, acompañamiento y comprensión de las necesidades del enfermo, o (2) el desarrollo prioritario de tareas técnicas protocolizadas, dejando estas actividades de relación integral con el paciente, en un segundo plano, para cuando hay más tiempo (MacIntosh, 2003). Algunos otros autores, han destacado también la idea de que la identidad de la enfermera puede estar basada en la consideración de lo femenino como rasgo nuclear (Muldoon y Reilly, 2002; Dombeck, 2003) y los valores asociados a la feminidad (Nicolson, Burr y Powell, 2003; Parker, 2005), como si ser enfermera constituyese algo así como una evolución cultural institucionalizada de una propensión natural de la mujer a ser afectiva, simpática, cariñosa, sensible y acogedora. Esta escisión cultural e identitaria de la enfermería se expresa muy claramente, una vez más, en nuestros propios datos, que mostraremos más adelante.

Por otra parte, la identidad enfermera ha sido también estudiada a partir de las conductas observables de las enfermeras, de la imagen que proyectan y de los tipos de interacción con otros grupos dentro del equipo de salud o de su propio equipo de enfermería (Ewens, 2003). En un trabajo con estudiantes de enfermería, Du Toit (1995) hace ver que los estudiantes tienen la conciencia de que en el ejercicio profesional las enfermeras deberían mostrar con claridad conductas, actitudes o roles asociados con la independencia, el liderazgo, las cualidades de pensamiento crítico y el compromiso con la profesión. El autoconcepto, autoimagen y autoestima como grupo (Melia, 1987; Randle, 2002) es también una forma habitual de estudiar la identidad en los trabajos que sobre el particular se han llevado a cabo desde el ámbito de la enfermería. En general, y como era previsible, estos estudios encuentran que la enfermeras tienen una representación escasamente adaptativa o débil de sí mismas. Numerosos trabajos han puesto, en efecto, de manifiesto el lado oscuro de este proceso de búsqueda identitaria. Las enfermeras, por ejemplo, se sienten habitualmente oprimidas por la organización, en general, o por los médicos (Hughes, 1988) y consideran que no se las tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones relacionadas, por ejemplo, con el alta de los pacientes, la terapéutica farmacológica, las pruebas diagnósticas o los posibles cambios organizativos en las unidades.

A esta situación se suma, el hecho de que en muchos casos no se sienten reconocidas por sus superiores inmediatos (dirección de enfermería), y, cuando surgen conflictos con los médicos, en raras ocasiones piensan que su supervisor de unidad o supervisor de área hacen todo lo posible por resolverlos. Las plantillas son insuficientes si se desea trabajar con los pacientes y familias, ya que existe un doble discurso: oficialmente se trabaja “por pacientes” (considerados globalmente, se entiende), pero en realidad la enfermera hace tareas adjudicadas por el sistema y sabe que no suele llegar a conocer en profundidad las necesidades de las personas con las que trabaja (Öhlén y Segesten, 1998; Fagerberg, 2003). El ritmo de trabajo es muy acelerado, todo se hace de prisa y las enfermeras sienten que no controlan totalmente su desempeño (Fagerberg y Kihlgren, 2000). Experimentan conflictos de rol y tensiones derivadas de su desempeño (Apker, Propp y Zabava, 2005). Sienten, además, que otros colectivos tienen tiempo para llevar a cabo otras actividades en su horario laboral, mientras que en el caso de la enfermería en cualquiera de sus niveles, solamente existe el tiempo asistencial. Por tanto, las sesiones de enfermería y otras actividades de formación continuada deben realizarlas, en general, en su tiempo libre fuera de la jornada laboral. Todas estas cuestiones hacen que se experimente un cierto resentimiento estructural.

Saben que deben formarse, pero a la vez no ven que esto, en principio, sirva para lograr una mejor consideración. Digamos que el sentimiento de unión, derivado en parte del sentido de pertenencia, está fundamentalmente construido sobre un sentimiento de inferioridad, de desventaja, que conduce a una baja autoestima (Fagerberg, 2003) en relación con lo que creen ser y, a la vez, con lo que creen que la organización les considera. Son conscientes de que sin ellas el sistema sanitario no puede funcionar, pero a la vez no creen en los cauces formales para salir de la situación en la que viven. De esta forma, son pocos los incentivos que la organización pone en juego. La motivación es un elemento importante, para no experimentar disonancia. La evaluación del desempeño de los jóvenes no siempre es adecuada, si tenemos en cuenta que las cargas de trabajo son las mismas que para las enfermeras expertas.

Como ya hemos señalado, el proceso de socialización de las futuras enfermeras está estrechamente ligado a dos situaciones de aprendizaje, la que viven en la escuela y la que

desarrollan en las prácticas clínicas. La dicotomía y fragmentación de estos dos escenarios trae como consecuencia que los estudiantes, ante el conflicto de intereses traten de solventar su disonancia desarrollando estrategias de adaptación a veces estrictamente formales a estas situaciones (Melia, 1984).

Digamos que el desarrollo de la identidad se lleva a cabo sobre el fondo del funcionamiento de la organización y los objetivos del colectivo médico, y bajo el supuesto de un trabajo en equipo. Pero la vivencia de las enfermeras es que el médico sigue tomando las decisiones (Halford y Leonard, 2002; Nelson y Gordon, 2004).

La preocupación por la feminización y sus consecuencias en la profesión ha sido extensamente estudiada desde la enfermería española (ver, entre otros, Alberdi, 1987b; Medina, 1999), y existe una clara conciencia dentro del colectivo del hecho de que la cultura enfermera está configurada por una ideología de género, en el seno de la cual la mujer ha salido casi siempre perdiendo. El argumento ya lo hemos señalado un poco más arriba, es que la enfermera mujer posee cualidades naturales de paciencia, sumisión, sacrificio y renuncia que la coloca en una posición idónea para cuidar.

1.4.3. Una historia de urgencia de la enfermería española

El ejercicio profesional de las enfermeras está inmerso en estas lógicas y también se ve atrapado en un malestar estructural, secular, en cuyo fondo palpita una demanda casi urgente de reconocimiento social, como ya hemos señalado anteriormente. Las enfermeras experimentan la tensión entre lo que de hecho se les exige en el servicio y la naturaleza hipotética de su profesión. Podríamos decir que el ejercicio profesional de las enfermeras, en estos momentos, no tiene un núcleo bien definido, ya que en las modernas instituciones, fundamentalmente en el hospital, se debaten entre la dependencia de la praxis médica, supuestamente científica, la colaboración en la atención a la salud y la atención a las personas o grupos desde su autonomía profesional. El médico varón y la enfermera religiosa representan los cimientos sobre los que se articula en nuestra cultura la jerarquía en los hospitales modernos. A partir de un proceso de división del trabajo con profundas raíces históricas, los médicos fueron hombres-intelectuales y las enfermeras mujeres de intachable moral, abnegadas y sacrificadas, bien fueran religiosas o laicas. Ambos modelos tienen sus

fondos normativos, y por eso el concepto de enfermo nunca fue del todo compartido por ambos colectivos. No cabe duda de que la transformación de los hospitales en auténticas organizaciones, al uso de cualquier otra empresa de servicios, ha ido consiguiendo que se vayan acercando estas dos visiones, en parte como consecuencia de la apertura del hospital a toda clase de personas y enfermedades.

Al menos en la medida en que el estado asume económicamente el peso de la salud, la organización sanitaria aumenta el número de servicios médicos, el poder administrativo se va implantando y, aunque la salud no tiene precio, es evidente que sí tiene un costo.

Existen magníficos trabajos historiográficos en el ámbito de la enfermería (Collière, 1993; Donahue, 1993; Siles 1999; Hernández Conesa, 2001; González, 2005; Sellán 2007, 2010) que dan cuenta del discurrir de esta profesión, su evolución y las influencias de muy diversa índole: históricas, socioculturales y científico-técnicas, las concepciones sobre la enfermedad y la salud, las instituciones dónde se han formado y han trabajado, que han intervenido en su construcción profesional y disciplinar. Ya que no debemos olvidarnos que la consideración de la salud y la enfermedad ha ido evolucionando con el correr del tiempo, condicionada por valores, creencias, cultura, economía, entre otros valores sociales. El concepto de atención de enfermería y la evolución de la propia actividad hacia la profesionalización han ido parejos a estos cambios. Los orígenes de la enfermería son muy remotos, pero su proceso de profesionalización es reciente y aún inconcluso.

Como ya hemos indicado, desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano es la mujer, en cada hogar, la encargada de llevar a cabo los cuidados. Apreciamos desde orígenes tan remotos una clara división sexual del trabajo. Su objetivo prioritario era el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, a través de la higiene, una alimentación adecuada, el vestido, todo lo que hiciera la vida más agradable. Los hombres se encargarían de cuidados fuera del ámbito doméstico durante la caza o tareas defensivas. En nuestros días dichas actividades relacionadas con la preservación de la vida reciben el nombre de cuidados básicos. Señalar que se aprendían por imitación, fijándose en cómo cuidaban los otros miembros del grupo.

De la contemplación y la observación de la naturaleza se aprendieron a utilizar plantas para curar ciertas dolencias; se elaboraron objetos, herramientas y sustancias. También se buscaban explicaciones sobre el origen de las enfermedades (espíritus sobrenaturales, demonios, etc.) y se hacía uso de conjuros, encantamientos y ceremonias religiosas.

El arte de curar fue muy cultivado en la Antigua Grecia (Homero, Esculapio, Hipócrates) y posteriormente con los romanos. Daban mucha importancia a la alimentación y a la higiene. En aquel tiempo ya existían personas que se dedicaban a cuidados específicos como el *obstetrix*, la nodriza y el auxiliar del médico.

En el siglo IV, tras el Edicto de Milán, el emperador Constantino legaliza y proclama la libertad de pensamiento y acción de la doctrina cristiana, consolidándose la organización de la Iglesia católica y con ello la posibilidad de fundar hospicios y hospitales públicos.

Con la aparición del Cristianismo, se produce un cambio en la forma de ver y entender al hombre y también, en la interpretación de la salud y la enfermedad. Ahora se le añade un valor religioso. Se pensaban la salud y la enfermedad como designios divinos; el que sufre es un elegido de Dios. A la persona enferma ya no se le cuida por lo que tiene, sino por lo que es, como persona y como hijo de Dios, pues fue creado a su imagen y semejanza. Estas concepciones son fundamentales para entender los cuidados practicados y la institucionalización de los mismos a partir de ese momento.

En este sentido y, con un fin puramente caritativo, la mujer adquirirá un papel muy importante en el desarrollo de las actividades sociales y en la práctica del cuidado. Las primeras cuidadoras se constituyeron en grupos integrados dentro de la Iglesia cristiana primitiva, que dispensaban los cuidados en los centros sociales que cada obispo debía construir en su diócesis. Se prestaban cuidados básicos: alimentación, higiene, eliminación, curas, vendajes así como apoyo espiritual y físico.

Como consecuencia de esta filosofía, lo que importaba en las personas que se dedicaban al cuidado eran sus actitudes, consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios y utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia.

Por lo cual aparece la figura que Collière (1993) denomina “mujer consagrada”. Como las normas cristianas rechazaban cualquier tipo de contacto físico, estas mujeres centraban la atención en la palabra en forma de oración y en los consejos morales. Los monjes y monjas fueron los primeros en organizar la asistencia, en la actualidad llamada sanitaria pública, a los enfermos.

Los conocimientos teóricos requeridos para la prestación de este tipo de cuidados eran nulos y los procedimientos realizados muy simples. Así, a las personas que desempeñaban esas funciones, se las describía más por su gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia que por conocimientos o habilidades. Los ámbitos de trabajo continuaban siendo básicamente la atención en los domicilios y a las zonas destinadas para ello en los conventos. Cuando fueron construyéndose los primeros hospitales bajo el auspicio de la Iglesia, también se trasladó allí ese tipo de cuidados.

Para entender un poco mejor la evolución de las prácticas de cuidado, creemos necesario comentar un hecho que a todas luces, pensamos, significó un punto de inflexión en dicha evolución. Primero de todo mencionar, que los cuidados a los que acabamos de aludir no eran los únicos que se dispensaban. Existían otras figuras que también proporcionaban cuidados; nos referimos a barberos, sangradores, cirujanos prácticos, nodrizas, comadronas y mujeres sanadoras (ver entre otros, Donahue, 1993; Ventosa, 1984; Sellán, 2007). Señalar que los barberos y cirujanos prácticos realizaban las actividades que los médicos, formados en la universidad a partir del siglo XIII, no llevaban a cabo. Más avanzada la Edad Media, éstos últimos, fueron de las escasas actividades cuidadoras que se agruparon en gremios, cofradías y hermandades.

Entre los argumentos que algunos estudiosos esgrimen, se encuentran los que apuntan al hecho de entender dicha actividad de cuidados básicos, como una labor de tipo espiritual, caritativa, no tanto curativa, sin una relevancia social como para concebir ideas de una organización corporativa.

Durante los siglos XVI, XVII y XVIII se produjeron cambios fundamentales en la historia de la medicina que dejaron al margen de su ejercicio como médicas a las mujeres, aunque ellas siguieran teniendo a su cargo el cuidado de los niños, ancianos y enfermos en

el ámbito doméstico y en los hospitales, aunque los partos siguieran siendo atendidos casi exclusivamente por comadronas. A partir del siglo XV en diversos países europeos comenzará a regularse la actividad profesional vinculada con el cuidado. El modelo médico desarrollado en las universidades a partir del siglo XIII configuró un poder hegemónico para los médicos universitarios. Este poder les otorgó la capacidad de sancionar los saberes de otros colectivos, la de transmitir esos saberes y considerar como incapaces de manejar esos saberes a las mujeres, los cirujanos, los barberos, diversos trabajos ponen de manifiesto que los colegios de médicos iniciaron por Europa una campaña con la finalidad de controlar el ejercicio de todas las actividades cuidadoras y curativas (Sellán, 2007; 2010).

También la Reforma Protestante influyó de manera significativa en el modo de entender las prácticas del cuidado y en las personas que se dedicaban a ello. Allí donde su influencia fue mayoritaria, los cuidados pasaron a manos de mujeres seculares que necesitaban un sustento, o bien a los diferentes grupos religiosos protestantes que comenzaron a acometer dicha labor debido a la escasez de personal.

A partir del Renacimiento comenzó un incipiente desarrollo científico y tecnológico, pero no será hasta el siglo XIX, cuando se producirán grandes aportaciones al campo de la medicina. Esta complejización tecnológica hace necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que hasta el momento realizaban los médicos en los hospitales, haciéndose necesaria una mejora en su formación. Esta tarea de formación fue llevada a cabo por las facultades de medicina y los Reales Colegios de Cirugía de la época.

El desarrollo científico-técnico, junto con la separación de los poderes político y religioso, permitieron que tuviera lugar el inicio de la profesionalización de la enfermería. Recordemos que en España la primera escuela de Enfermería data del año 1896. Fue fundada por el Dr. Rubio y Galí y conocida como la Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría. Pero no será hasta 1915 cuando se establezca el plan de estudios para enfermeras (Real Orden de 7 de mayo) y por tanto se legalice la profesión en nuestro país, uniéndose así, a los títulos de practicantes y matronas reconocidos y regulados a partir del Real Decreto de 12 de enero de 1904, de Instrucción General de la Sanidad Pública (Sellán, 2006; 2007).

Sin embargo, que no será hasta los años cincuenta del siglo XX cuando la red hospitalaria española se extienda y se considere el trabajo de enfermería como una actividad eminentemente técnica. A todo esto hay que añadir la emergencia del puesto social y profesional de la mujer, aunque el acceso a los estudios medios y superiores, así como la integración en el sistema laboral, fueron lentos y no exentos de dificultades.

Como hemos visto hasta el momento, la enfermería tiene un complejo origen histórico y han sido muchas y muy diferentes las personas encargadas de cuidar (enfermera, nodriza, sangrador, barbero, cirujano menor, ministrante, practicante, etc.). Haciendo referencia a nuestro país, y a modo de ejemplo, cabe mencionar que no será hasta 1952 cuando se unifiquen los estudios de practicantes, enfermeras y matronas y surjan los estudios y la figura de A.T.S. (Ayudante Técnico Sanitario) que da origen a la enfermera actual, tal y como la conocemos. También conviene recordar que en la actualidad un porcentaje muy elevado de las enfermeras que trabajan fueron socializadas académica y laboralmente bajo las concepciones que esta figura sustentaba.

Como hemos señalado cuando revisábamos nuestra concepción teórica de la identidad, muy a menudo, las identidades se desarrollan a través de dinámicas de poder, en las que una hipótesis identitaria trata de apropiarse del poder que regula la acción en un campo determinado, pongamos, en este caso, en el campo de la salud. La creación de la figura del A.T.S. es la consecuencia de una estrategia de poder protagonizada por los médicos en un contexto que parecía hacer necesaria semejante medida. De hecho, la medida pretende acabar con el conflicto entre las tres identidades que la nueva titulación intenta homologar. Pero, de hecho, la medida es sólo formal y no consigue resolver el conflicto, si no sólo aplazarlo. Recordemos que se prohíbe, por ejemplo, la coeducación, lo que en la práctica llevaba a trazar culturas de socialización distintas para practicantes y enfermeras/matronas.

En todo caso, lo que nos importa señala ahora sobre este proceso histórico en relación con nuestra concepción de la identidad es que se trata de un proceso unilateral y basado, literalmente, en el poder de designación, en el poder *realizativo* del lenguaje.

Para Bajtin (Voloshinov, 1992) cada palabra, cada signo, cada categoría lingüística, se constituye como el espacio, la arena, decía este autor, en la que se debaten, no siempre en igualdad de condiciones, los intereses de las distintas instancias sociales (agentes de salud – enfermeras, practicantes, matronas, médicos-, políticos, farmacéuticas) que pugnan por [poseer el derecho a] usar el signo, la categoría. El mismo Nietzsche (1981) lo expresó con una claridad meridiana:

“El derecho del señor a dar nombres llega tan lejos que deberíamos permitirnos el concebir también el origen del lenguaje como una exteriorización del poder de los que dominan: dicen ‘esto es esto y aquello’, imprimen a cada cosa y a cada acontecimiento el sello de un sonido y con esto se lo apropian, por así decirlo” (p. 32; citado en Blanco, 2002; p. 36).

Si nuestro argumento se entiende, debe quedar, entonces, claro que en este contexto, y para que la enfermería evolucione, serán necesarios cambios en el sistema sanitario, como totalidad, para adaptarse a las demandas de una sociedad, que empieza a percibir los cuidados de salud como un derecho que debe cubrir el Estado.

A partir de los años setenta diferentes grupos empiezan a cuestionarse el concepto de salud vigente hasta el momento. Se pasa de un concepto de salud considerado como ausencia de enfermedad a otro que la define como un proceso integral y no como un estado. La salud se entiende como el equilibrio entre los individuos y su ambiente, por lo que el cuidado enfermero cambia de orientación, pasando a integrar un conjunto de actividades encaminadas a propiciar un mayor bienestar físico y psicológico, así como, una mejor adaptación de las personas con su entorno.

En este período las enfermeras empiezan a preguntarse por su razón de ser, describen la actuación diferenciada de la profesión, se plantean métodos de trabajo científicos que sustituyen por los empíricos y, las enseñanzas se incorporan a la universidad, profesionalizándose de forma paulatina esta actividad cuidadora.

A pesar de la brevedad de lo expuesto anteriormente, podemos concluir que, en nuestro contexto, a lo largo de la historia de los cuidados dedicados, en palabras de Collière

(1993), al mantenimiento y preservación de la vida y llevados a cabo por mujeres, éstos se mantuvieron fundamentalmente en el ámbito doméstico. Más tarde en manos de órdenes religiosas fueron abriéndose camino en el ámbito público ya que se dispensaban cuidados también en hospicios y hospitales, siempre, claro está, bajo organización y jerarquía eclesiástica y, por lo tanto, también sin esperar remuneración alguna.

El desarrollo del poder hegemónico de la medicina en las universidades y su paso progresivo a los hospitales hizo de ésta profesión, la única capaz de transmitir los conocimientos relacionados con el cuidado de la salud y, por tanto, controlar todas las actividades que se consideraban auxiliares, entre ellas los cuidados que en la actualidad llamamos de enfermería. Estas actividades eran consideradas oficios u ocupaciones en contraposición a las profesiones clásicas.

El avance científico y técnico hizo que surgiera la necesidad de que las personas que proporcionaban cuidados en los hospitales adquirieran nuevas habilidades, fundamentalmente técnicas, pero sin que vieses la necesidad de que sus conocimientos teóricos se ampliaran. Progresivamente y gracias además a nuevas demandas sociales influenciadas por los cambios en los conceptos de salud y enfermedad, a la necesidad de nuevos conocimientos, a los cambios en la consideración de la mujer a nivel social y también laboral, y a la configuración de la enfermería como disciplina, ésta se abre camino aunque de forma lenta y paulatina hacia un cambio en su consideración profesional, es decir, el paso de oficio auxiliar a profesión autónoma.

Aunque no hay diferencias sustantivas entre los problemas identitarios de las enfermeras españolas y los que tienen que solventar las enfermeras de otros países, podemos afirmar que las enfermeras españolas tienden a enfatizar más frecuentemente su condición de víctimas. Este victimismo identitario puede haberse originado en un diseño curricular profundamente condicionado por el criterio médico y pensado para servir a los intereses de este colectivo. No debe extrañarnos que en un momento determinado de nuestra historia reciente las actividades de cuidado propias de la enfermería fueran desempeñadas bajo la cobertura formal del título de Ayudante Técnico Sanitario.

Anticiparemos que esta denominación no ha existido nada más que en España (Sellán, 2010).

En numerosos trabajos de enfermeros españoles sobre tópicos relacionados con la identidad enfermera (ver entre otros, Alberdi, 1987b; Martínez Riera, 2004) se refleja esta situación. La idea es que la cultura enfermera española contiene un elemento clave o fundamental para comprender la actual situación identitaria. Las enfermeras han tenido que asumir ser denominadas A.T.S., una denominación carente de significado y sin parangón en ningún otro lugar, que ha estado vigente durante casi un cuarto de siglo (entre 1953 y 1977), tal vez como una forma de subrayar abiertamente la supeditación del cuidado a la curación, de la actitud enfermera a la actitud médica. Además, la formación tanto teórica como práctica, así como las instituciones destinadas a la formación, durante este período fueron diferentes para las mujeres y para los hombres que decidían estudiar A.T.S., una estrategia, tal vez, para profundizar aún más en el proceso de elaboración institucional del poder de los médicos (varones) en nuestro país. En efecto, la coeducación estaba prohibida, ofreciéndose una formación desigual y poco favorable para las mujeres.

En general, y como propone en su tesis doctoral Margarida Bonet (2008), los discursos y las relaciones de poder que se fueron desarrollan desde los años setenta en nuestro país tuvieron una influencia decisiva en la cultura enfermera española. Estas influencias explican razonablemente la reproducción insistente, como organizadores discursivos de la identidad enfermera, de prácticas profesionales, políticas y sociales sobre la profesión, como el discurso humanista, que se ofrece como alternativa o resistencia al dominio médico, las diferencias de género, la dependencia social y profesional o el anonimato profesional.

Cuando comienza la etapa universitaria, las expectativas de cambio y desarrollo profesional, quizás de manera ingenua, se centraron en la nueva formación. Sin embargo, los cambios formativos bajo los nuevos planteamientos y la elaboración de un nuevo *currículum* orientado a profundizar en la autonomía disciplinar de la enfermería, ya que contiene materias formalmente específicas del área de conocimientos de enfermería, no podrán superar por sí solos la tradición cultural imperante en la praxis sanitaria. No

obstante, a partir de los años 80 se pone de manifiesto la necesidad de construir o restablecer la auténtica identidad enfermera, alejando o distanciando los esquemas de profesión auxiliar e invisible (Alberdi, 1987a; García y Buendía, 2001; Martínez Riera, 2004; 2005).

El conflicto de intereses entre los A.T.S. y los enfermeros noveles provocó que estos nuevos profesionales quedasen atrapados, casi siempre, en las redes de la cultura sanitaria tradicional, ya que el sistema organizacional era más fuerte que las nuevas formas de socialización propuestas en la escuela. Por esta razón, los nuevos profesionales a menudo se muestran a sí mismos como atrapados indentitariamente por esta tensión entre lo que la escuela espera de una enfermera y lo que espera el sistema sanitario (Martínez Riera, 2005). Como consecuencia, en parte, de todo lo que acabamos de decir, podríamos afirmar que coexisten tres tipos de identidades en nuestro país, si observamos y escuchamos como se presentan los actuales enfermeros: algunos enfermeros se denominan A.T.S., otros A.T.S. y enfermeros, y, por último, algunos se identifican abiertamente como enfermeros (Alberdi, 1987b; García y Buendía, 2001).

Son pocos los trabajos sobre la identidad de las enfermeras españolas realizados por enfermeros españoles (Alberdi, 1987a; García y Morales, 2001; Salas, 2003; Martínez Riera, 2004; 2005; Siles, 2005) y, en general, cuando se habla de identidad, se suele traer a colación de forma colateral y, en nuestra opinión, sin profundizar en el tema, es decir, no se parte de ningún modelo, teoría o posición epistemológica para situar el constructo identidad. Excepto, tal vez, en un trabajo de Siles (2005), que propone un modelo para el estudio de la identidad desde un enfoque dialéctico y deconstruccionista. Su propuesta, si bien voluntariosa, nos parece algo ambigua y no aporta ninguna idea sustantiva a lo que hemos dicho hasta ahora. Por otra parte, conviene recordar también el estudio exploratorio de carácter antropológico de Cánovas (2004), que se centra en el análisis de la cultura de trabajo y sus relaciones con el género, para mostrarnos que la identidad socioprofesional interiorizada (actitudes, valores) tiene diferentes grados o niveles de implicación para las enfermeras y, por tanto, no existe una identidad enfermera común y única.

Como ya hemos comentado con anterioridad, nuestro proyecto pretende abrir el análisis del problema a la consideración del proceso integral de construcción de la identidad enfermera, empezando, como es lógico, por las condiciones que definen su proceso de formación académica. Resulta, en este sentido, pertinente describir de manera sucinta la forma en que se desarrolla en la actualidad la formación enfermera en España, para que se acabe de entender por qué defendemos la especificidad del proceso de socialización enfermera y sus posibles efectos sobre la configuración crítica de la identidad en este colectivo.

1.4.4. La formación académica de las enfermeras españolas

Como hemos mostrado con anterioridad, la carrera de Enfermería comienza su andadura en la Universidad española en el año 1977, como estudios de primer ciclo con titulación final de Diplomado en Enfermería. El plan de estudios se estructura en créditos obligatorios, optativos y de libre configuración, siendo la carga lectiva global de 236 créditos. En el itinerario curricular las materias se estructuran en diversas áreas formativas (Ciencias Básicas, Fundamentos de Enfermería, Ciencias Psicosociales, Materias Instrumentales, Enfermería Clínica y Salud Comunitaria). Asimismo, el aprendizaje se organiza en enseñanzas teóricas, clínicas y prácticas, impartándose a través de un sistema modular: (1) se imparten los contenidos teóricos de las materias que configuran el plan de estudios, (2) se realiza el aprendizaje práctico en las salas de demostración, y (3) se realizan las prácticas clínicas rotando en distintas unidades de hospitalización de Centros de Atención Especializada y en Centros de Atención Primaria. A lo largo de los tres cursos académicos el 50% de la enseñanza corresponde al *aprendizaje clínico*, es decir, aproximadamente unas 1.700 horas reales, lo cual indica la relevancia de este tipo de aprendizaje en el currículum universitario de Enfermería.

Estos datos ponen de manifiesto que el estudiante de Enfermería, a diferencia de otros estudiantes universitarios, conoce la realidad del ámbito profesional sanitario (condiciones de trabajo, valores, características de las tareas, clima laboral, etc.) y se expone a los *estresores* característicos de los profesionales de la salud (interacciones conflictivas, sobrecarga de trabajo, etc.). Por tanto, la socialización organizacional y profesional se lleva a

cabo desde el inicio de la formación y no en el momento de acceso a un puesto laboral, lo cual, es otra diferencia importante a considerar. Esta forma particular de organizar los contenidos curriculares define la especificidad del proceso de formación de las enfermeras, en el sentido en que venimos anticipando desde las primeras líneas de este proyecto. Aunque en el curso académico 2008-2009, se han iniciado los estudios de Grado en Enfermería (en las Universidades de Zaragoza, San Antonio de Murcia y la Europea de Madrid), en el curso 2009-2010 se iniciaron estos estudios en la mayoría de las universidades y en nuestra universidad (UAM) lo hizo en el curso 2010-2011. La relación teoría-práctica se mantiene como en la Diplomatura, no debemos olvidar que la Enfermería es una profesión regulada, es decir, en los Estados de la Unión Europea existen profesiones cuyo acceso y ejercicio está reservado a los que poseen determinadas cualificaciones profesionales. Para evitar que dicha regulación pueda suponer un obstáculo a la libertad de circulación de profesionales, la directiva europea 89/48/CEE estableció un sistema general de reconocimiento mutuo de los títulos de enseñanza superior. Dicha directiva, que se incorporó al ordenamiento español mediante el RD 1665/1991 de 25 de octubre, en su Anexo I recoge una relación de las profesiones reguladas en España, entendiéndose por ello *“la actividad o conjunto de actividades profesionales para cuyo acceso, ejercicio o alguna de sus modalidades de ejercicio se exija directa o indirectamente un título y constituyan una profesión en un estado miembro”*. Más recientemente la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo de cualificaciones profesionales integra en una única disposición los distintos sistemas de reconocimiento.

En España la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, *por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero*, propone los mínimos para garantizar el porcentaje de aprendizaje clínico que permita a los estudiantes españoles, no debemos olvidar que todos los títulos vinculados a profesiones reguladas tienen definido su contenido formativo en los decretos de directrices propias, en los que se determinan diferentes aspectos de cada título. El mínimo que establece esta orden para los créditos clínicos es de 90 ECTS en el estado español.

La misma idea aparece formulada en la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones, que dice:

“Los estados miembros asegurarán que el conjunto del programa de enseñanza se encuentra bajo la responsabilidad y dirección del personal de enfermería de la escuelas o de la institución de enseñanza reconocida por la autoridad competente y según la legislación vigente...”

“... La enseñanza clínica” es el aspecto de la formación de los cuidados de enfermería mediante el cual el estudiante de enfermería aprende, dentro de un equipo y en contacto directo con un individuo sano o enfermo y/o colectividad, a planificar, prestar y evaluar los cuidados de enfermería globales requeridos a partir de los conocimientos y aptitudes adquiridos. El estudiante no sólo aprende a ser un miembro del equipo, sino también a ser un jefe de equipo que organiza los cuidados de enfermería globales, entre los que se incluyen la educación para la salud de los individuos y grupos en el seno de la institución sanitaria, hospitales e instituciones de salud, así como en la comunidad, bajo la responsabilidad de los docentes”.

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares (Kèrouac at col, 1996). A menudo, el cuidado es invisible (Collière, 1993). Cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle cobrar la esperanza, acompañarle en su camino estando presente son acciones invisibles. Para cuidar, es decir, para conocer a la persona y su entorno y apoyarla hacia el logro de los objetivos, la enfermera necesita algo que es escaso, el tiempo. Un tiempo demasiado corto significa un cuidado enfermero incompleto. Se cumplirán las tareas rutinarias, pero habrá que sacrificar una parte importante del cuidado, el que exige reflexión, el que apoya y refuerza.

Reconstruir el proceso por el cual la enfermera es configurada al tiempo como profesional y como persona nos permitirá, sin duda, tomar conciencia de lo que estamos

haciendo sin saberlo y disponer, en tal medida, de más criterios y más rigurosos para recuperar, si es que lo hubiéramos perdido de vista, a la persona cuidada.

CAPÍTULO 2.

METODOLOGÍA

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

2.1.2. Objetivos específicos

2.2. Metodología

2.2.1. Estrategia metodológica para analizar el proceso de construcción social de la identidad enfermera en contextos formativos y profesionales

2.2.1.1. Diseño

2.2.1.2. Muestra

2.2.1.3. Procedimiento

2.2.1.4. Materiales

A lo largo de este capítulo iremos explicando nuestra estrategia metodológica, comenzando con la especificación de nuestros objetivos, tanto el general como los específicos. Como veremos, hemos empleado una estrategia abierta que combina análisis cuantitativos y cualitativos. Además, presentaremos los distintos cuestionarios administrados a los sujetos de nuestra muestra y describiremos en profundidad la muestra compuesta por estudiantes de enfermería de dos escuelas diferente y por enfermeras profesionales de distintos ámbitos, tanto asistenciales como docentes.

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

Como ya hemos puesto de manifiesto en varias ocasiones, el objetivo general de este trabajo es *evaluar el papel que el conocimiento de la historia disciplinar juega en el proceso de construcción de la identidad enfermera*. Este objetivo general presupone, en efecto, la idea de que una de las funciones básicas de la identidad es conectar la biografía, entendida en este caso como biografía profesional, con la historia colectiva. La biografía profesional vendría a ser, bajo este argumento, la conciencia formal, imaginada, “dibujada”, dicha o escrita, del proceso de socialización individual concreto al que viene a parar una historia disciplinar. La biografía cobra, así, sentido en el seno de la historia. Las representaciones que cada enfermera individual construye sobre la historia de su disciplina son elementos cruciales de su manera de entenderse a sí misma (su identidad personal) y de su manera de actuar como agente de cuidado (identidad profesional).

2.1.2. Objetivos específicos:

2.1.2.1. Construir un cuestionario para estudiar las representaciones históricas sobre la historia de la Enfermería, adaptando el cuestionario de Rosa, Blanco y Huertas (1998) sobre Historia de la Psicología. Este objetivo particular arroja una serie de tareas que conviene precisar a estas alturas de nuestro argumento

- Establecer las propiedades psicométricas, fundamentalmente, fiabilidad y validez, del cuestionario de representaciones históricas.
- Estudiar la estructura factorial del cuestionario, tomándola como una representación psicométrica de las posiciones o hipótesis identitarias en juego en el ámbito de la cultura enfermera española.
- Analizar las relaciones entre las distintas variables agrupadoras consideradas (género, posición laboral, centro de formación de procedencia, etc.) y dichas hipótesis identitarias.

2.1.2.1. Evaluar tanto el nivel de conocimiento de los modelos teóricos formales enfermeros como las preferencias a este respecto de los participantes en la consideración de dichos modelos como marcos para la regulación de sus actividades profesionales o académicas. Nuestra hipótesis es que el conocimiento y la conciencia formal de las teorías más importantes en el desarrollo disciplinar y profesional de la enfermería debería indicar una conciencia identitaria más elaborada y crítica. Por otro lado, y esto parece obvio, la conciencia formal de la importancia de la dimensión teórica en el desarrollo de la enfermería sería un indicador de la sutil transición entre una identidad profesional y una identidad disciplinar o epistémica.

2.1.2.3. Estudiar el modo en que nuestros participantes se representan el papel de los distintos actores o personajes que han protagonizado el desarrollo histórico de la enfermería. Si la identidad enfermera es la consecuencia provisional de las resoluciones de los conflictos sucesivos que se han ido dando en el ámbito del cuidado entre distintos colectivos, entonces el tipo de personajes (médicos, matronas, practicantes, religiosos) que elijan nuestros participante y el valor que les concedan podrán ser tomados como un indicio de la hipótesis identitaria que defienden, de la idea que manejan sobre sí mismos en tanto enfermeras/os.

2.1.2.4. Estudiar las relaciones entre los motivos y preferencias atribuidos para la elección de la enfermería como profesión y las hipótesis identitarias en juego. La hipótesis que subyace a este objetivo es que los motivos aducidos no son necesariamente la “causa” de la conducta que tratamos de entender. Los motivos

aducidos, o verbalizados, son un elemento crucial del relato que organizamos para intentar otorgar, continuidad, coherencia o incluso sentido a nuestras trayectorias vitales. Estas son, como hemos visto ya, las operaciones básicas a través de las cuales elaboramos nuestra identidad, lo que creemos que esencialmente somos. En este sentido, afirmar que mi elección de la carrera de enfermería estuvo motivada por mi vocación de ayudar a los demás implica manejar una idea de la identidad enfermera, distinta a la implicada en una afirmación como “elegí enfermería porque me gusta curar a la gente, pero no quería invertir demasiado tiempo en mi formación”.

2.1.2.5. Integrar la información derivada de la prosecución de los objetivos anteriores para intentar reconstruir los “tipos identitarios ideales” a través de los cuales se organiza la cultura enfermera contemporánea.

2.2. Metodología

Como ya hemos señalado, el análisis procesual o genético resulta crucial para especificar las condiciones que afectan de manera específica al sujeto. Asumir, *a priori*, que las condiciones personales, culturales o socio-institucionales que contribuyen a la emergencia de un patrón de conflictos de rol e insatisfacción laboral pueden ser generalizables es un prejuicio que, hasta el momento, resulta muy difícil justificar a partir de la literatura disponible. En este mismo sentido, entendemos que es necesario utilizar una estrategia metodológica más abierta y más sensible a la forma en que estas condiciones se especifican en cada sujeto, en cada institución, en cada servicio o en cada unidad.

Hemos diseñado un estudio longitudinal-transversal que nos permitirá analizar este proceso desde el momento en que el estudiante se incorpora a la escuela de Enfermería hasta su desempeño profesional. Nuestra idea es que, en último término, cuestiones como el nivel de satisfacción laboral y la posible mayor incidencia del *burnout* en el colectivo enfermero cobran sentido en el seno de un proceso más general de construcción social de una identidad profesional problemática; un proceso, que en el caso de la Enfermería, comienza prácticamente, como ya hemos visto, en el mismo momento en el que el estudiante se matricula. Recordemos que una diferencia muy destacable en el estudiante de enfermería respecto a los estudiantes de otras disciplinas del ámbito sanitario es que el acceso a un plan de estudios en el que las prácticas clínicas en el contexto real de trabajo están presentes desde el primer curso, el proceso de construcción de una identidad profesional se acelera y se hace más complejo en comparación con otras disciplinas. En el contexto de las prácticas clínicas, aunque no sólo en este contexto, el estudiante va incorporando activa o pasivamente valores, fines, imágenes, representaciones del quehacer enfermero que, sin duda, condicionarán su proceso de construcción de una identidad profesional y su actitud futura en relación con su trabajo.

Como ya hemos indicado, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo concreto evaluar la incidencia de la historia en el proceso de construcción de la identidad enfermera, para lo cual fueron administrados los siguientes cuestionarios:

a) Cuestionario de identificación.

Los datos académicos, demográficos y profesionales se recogieron mediante un cuestionario inicial, de elaboración propia, que en la revisión de la literatura sobre el tema aparecen como relevantes. Fue necesario diseñar tres formatos diferentes: uno para el grupo de estudiantes y dos para los profesionales de Enfermería. Anexo I.

b) Cuestionario sobre identidad percibida.

Se basa en la pentada dramática de K. Burke (1969) y ha sido utilizado ya en nuestro grupo para el análisis de la identidad de los psicólogos (Sánchez, 2005). Se pregunta qué es un/a enfermera (agente), qué hace (acto), dónde y cuándo lo hace (escenario), cómo lo hace (instrumento) y para qué lo hace (meta). Anexo II.

c) Cuestionario sobre Teorías de Enfermería.

Los sujetos deben enumerar en quince espacios dados los nombres de teorías o ideas enfermeras que consideren más relevantes, indicando en una escala tipo Likert de seis opciones su nivel de afinidad a dichas teorías o ideas. Anexo III.

d) Cuestionario sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería.

Los sujetos deben escribir el nombre de enfermeras o personas relacionadas con la Enfermería que les resulten relevantes; se dan quince espacios; además, deben puntuar en orden de 1 a 15 su importancia. Anexo IV.

e) Cuestionario sobre ventajas e inconvenientes de la Enfermería de cara al bienestar individual y social.

Los sujetos deben señalar las ventajas e inconvenientes que tiene la Enfermería desde el punto de vista del bienestar tanto a nivel individual como social. Anexo V.

f) Cuestionario sobre las Características de las Teorías Enfermeras.

Los sujetos deben enumerar en quince espacios dados, las características que más le agradarían que tuviesen las teorías enfermeras. Además, deben puntuar en orden de 1 a 15 su importancia. Anexo VI.

g) Cuestionario sobre motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión. Anexo VII.

h) Cuestionario sobre identidades disciplinares afines.

Incluye preguntas sobre diferencias y semejanzas entre el trabajo de un enfermero/a y un/a: psicólogo/a, trabajador social, psicopedagogo, sociólogo, antropólogo, filósofo, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, biólogo. Anexo VIII.

i) Cuestionario sobre Historia de la Enfermería.

Adaptado de Rosa, Blanco y Huertas, (1998) y Gergen y Gergen (1984). Consta de veintiséis preguntas que se responden en una escala tipo Likert de seis opciones. Anexo IX.

Para los objetivos de la presente investigación, vamos a emplear los datos obtenidos a partir de los cuestionarios sobre historia de la enfermería, sobre teorías enfermeras, sobre personajes relacionados con la enfermería y sobre motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión.

2.2.1. Estrategia metodológica

2.2.1.1. Diseño

Para analizar la influencia del conocimiento histórico disciplinar en el proceso de elaboración de la identidad enfermera desde el ingreso en la titulación hasta el ejercicio profesional en sus distintos ámbitos, hemos empleado los siguientes cuestionarios:

(1) el Cuestionario sobre Historia de la Enfermería,

(2) el Cuestionario sobre Teorías de Enfermería,

(3) el Cuestionario sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería, y

(4) el Cuestionario sobre Motivación y Preferencias en la Elección y Ejercicio de la Profesión a estudiantes de primer y tercer curso, de dos Escuelas de Enfermería distintas, y a profesionales de distintos ámbitos, tanto asistenciales como docentes.

Como hemos señalado con anterioridad, hemos empleado una metodología abierta, utilizando distintos cuestionarios que nos permiten realizar un análisis de corte cuantitativo y también cualitativo, que nos permita ser sensibles a las condiciones específicas en las que se va conformando la identidad enfermera. Con objeto de clarificar los objetivos anteriormente reseñados hemos decidido mostrar el análisis de las pruebas en un primer momento por separado, para posteriormente mostrar el resultado conjunto de las mismas, donde se podrá observar la profunda relación que mantienen.

Respecto al cuestionario de historia de la enfermería, por un lado, hemos llevado a cabo un análisis de las propiedades psicométricas de dicho cuestionario, y, por otro, a partir de sus puntuaciones transformadas (factorializadas), hemos intentado analizar y comparar entre sí las representaciones históricas de los distintos grupos que componen nuestra muestra. Además hemos incluido, como se verá, un estudio descriptivo *sui generis* de los valores perdidos que arrojó la administración del cuestionario de representaciones históricas.

En los cuestionarios sobre teorías enfermeras y personajes relevantes se empleó un análisis de las relaciones entre los distintos grupos de la muestra y los modelos teóricos disciplinares formales y personajes que los estudiantes y las enfermeras profesionales señalaron como relevantes.

Finalmente, el cuestionario sobre la elección de la carrera nos permite realizar un análisis del discurso de los miembros de los distintos grupos de nuestra muestra, lo que nos permitirá tipificar un gradiente de complejidad identitaria que mostraremos más adelante.

Consideramos, en este sentido, que no es necesario formular formalmente nuestras hipótesis. Algunos metodólogos recomiendan incluir lo que se ha dado en llamar “preguntas de investigación”, pero éstas no serían probablemente más que paráfrasis de la justificación de los objetivos que ya hemos formulado más arriba.

2.2.1.2. Muestra

Muestra de estudiantes

En nuestro estudio han participado 320 estudiantes, de los cursos primero y tercero de dos Escuelas Universitarias de Enfermería adscritas a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), concretamente las Escuelas Universitarias de Enfermería de La Paz y de la Fundación Jiménez Díaz, que representan dos tipos diferentes de instituciones educativas, la primera de carácter público y la segunda privado. En la selección de las muestras se tuvieron en cuenta los momentos concretos de cumplimentación de las pruebas y su relación con el aprendizaje clínico. Estaríamos hablando de tres grupos diferentes en la Escuela de la Paz y dos grupos en la Escuela Fundación Jiménez Díaz.

El primer grupo de La Paz, compuesto por 74 estudiantes, incluye estudiantes que inician los estudios: las pruebas se administraron el primer día de clase en el centro. El segundo grupo lo constituyeron 66 alumnos que fueron evaluados a los cinco meses de su ingreso en la Escuela e inmediatamente antes del inicio de las prácticas clínicas. El tercer grupo representado por 62 estudiantes del último año de la carrera y con experiencia clínica en el contexto laboral.

En cuanto a los estudiantes del primer grupo de la Fundación Jiménez Díaz con un total de 66 alumnos, las pruebas se realizaron a los estudiantes de primer curso al mes de su ingreso en el centro y antes de iniciar las rotaciones en el hospital, y a los alumnos de tercer curso en fechas similares a los estudiantes de La Paz. Este grupo estaba compuesto por 52 estudiantes.

Se trata de conocer, en primer lugar, cómo llegan los estudiantes a la Escuela, sin efectos de socialización formal, y cómo a medida que transcurre el tiempo en el aula se

hacen visibles los valores transmitidos como consecuencia de la socialización en el aula. En segundo lugar, valorar la incorporación de nuevos valores a través del aprendizaje clínico en el contexto profesional.

Dadas las importantes diferencias encontradas entre las distintas pruebas administradas a los estudiantes de las escuelas de La Paz y Fundación Jiménez Díaz y que mostraremos con detalle en el capítulo de resultados, se hace necesario, al menos en nuestra opinión, realizar un somero repaso al proceso de constitución de ambos centros educativos, que nos permita ir comprendiendo, al menos en parte, el origen de estas diferencias. Al tratarse de escuelas adscritas a la misma universidad, en este caso a la Universidad Autónoma de Madrid, comparten plan de estudios por lo que las principales diferencias aparecidas no se deben a un distinto programa formativo.

Comenzaremos por el proceso de constitución de ambas escuelas, que, como veremos, se produce en la etapa de Ayudante Técnico Sanitario; continuaremos con las particularidades de cada uno de estos centros y finalizaremos mostrando cuáles son las asignaturas en las que difieren. Anticipamos ya que sólo se trata de la oferta de asignaturas optativas de cada centro.

La creación de las Escuelas de Enfermería Fundación Jiménez Díaz y La Paz acontece en la época de la formación de enfermeras con una denominación de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.). Ambos centros formarán enfermeras femeninas en régimen de internado en sus primeros años.

Como señala Sellán (2007) la etapa de A.T.S. *“será una etapa de asimetrías entre los estudiantes varones y las alumnas mujeres”*. Podemos fundamentar esta afirmación en el hecho de la prohibición de la coeducación. Así, el Decreto de 6 de julio de 1955 estableció la expresa prohibición de la coeducación en los estudios de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, un hecho que tiene, en nuestra opinión, una enorme trascendencia. Por tanto, para asegurar el cumplimiento de esta normativa se crearon escuelas de A.T.S. masculinas y escuelas de A.T.S. femeninas.

La expansión hospitalaria, por una parte, y la Ley de Hospitales, de 1962, por otra, hicieron posible la transformación de las instituciones sanitarias, en influyeron decisivamente en la creación del título de Ayudante Técnico Sanitario. Recordemos que en esta época comienzan a crearse hospitales por todo el territorio nacional. Así, en cada capital de provincia se crea un hospital de la Seguridad Social. La demanda de personal titulado fue creciendo. Es por ello que comienzan a inaugurarse a lo largo de las décadas de los 60 y 70 escuelas de A.T.S. femeninas del Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.). En la década de los 70 había alrededor de 40 escuelas dependientes de esta institución. Por tanto, el peso específico de este organismo en la formación de los Ayudantes Técnicos Sanitarios ha sido fundamental para el desarrollo profesional de este colectivo en España (Sellán, loc. cit.).

Veamos cómo fue concretamente el proceso de génesis o creación de las escuelas de La Paz y Fundación Jiménez Díaz, ambas femeninas y laicas. Consideramos, como ya hemos anticipado al comienzo de este apartado, que este proceso resulta crucial para entender los resultados que hemos obtenido de los distintos cuestionarios administrados a los estudiantes de estas escuelas.

Comenzaremos por la Escuela de Enfermería Fundación Jiménez Díaz. Este centro educativo fue creado por el Doctor Carlos Jiménez Díaz. En primer lugar, presentaremos una reseña biográfica de este ilustre personaje.

El Doctor D. Carlos Jiménez Díaz llevaba desde el año 1927 en Madrid, como Catedrático de Patología Médica en la Facultad de Medicina de Atocha. Su idea de unir la investigación con la clínica pudo llegar a plasmarse en realidad al crearse, con la ayuda de un grupo de financieros filantrópicos, el Instituto de Investigaciones Médicas, situado en el Pabellón nº 1 de la Facultad de Medicina en la Ciudad Universitaria, adscrito a la Cátedra del Profesor Jiménez Díaz. Fue inaugurado el martes 13 febrero de 1935, de ahí la fiesta de la Clínica. Coincide esta creación con la Guerra Civil en España, que trastoca todos los proyectos y retrasa el de Jiménez Díaz. Tiene que terminar la guerra para que las ideas de D. Carlos vuelvan poco a poco a su cauce, y a finales de 1939, de nuevo, se reanuda el trabajo

de investigación en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas en un hotel que un grupo de médicos, con Don Carlos, alquila en la calle Granada de Madrid.

Después se trasladó al Pabellón nº 2 de la Facultad de Medicina a la Ciudad Universitaria. Son los años 40, y todo este trabajo ilusionado de Jiménez Díaz y su grupo van a ir dando importantes frutos; se describe el latirismo; se utilizan las mostazas nitrogenadas en el tratamiento reumatoide; se define la enfermedad autoinmune, etc. Pasan los años y comienza la década de los 50 en la que la ilusión de Jiménez Díaz sigue adelante, buscando encontrar un sitio donde pueda simultanearse la asistencia, la docencia y la investigación.

El Ministro de la Gobernación, de quién dependía la Dirección General de Sanidad D. Blas Pérez, sugirió al Jefe del Estado Francisco Franco que el antiguo Instituto Rubio se uniera al Instituto de Investigaciones Médicas y con una pequeña dotación económica, se creara la Clínica de la Concepción. El Sector Quirúrgico llevará desde entonces el nombre de Federico Rubio.

Es lo que Jiménez Díaz había soñado: una medicina integrada donde se atienda tanto enfermos privados, como de la Seguridad Social; un sitio donde se pueda trabajar en dedicación exclusiva; un lugar donde los laboratorios de Investigación clínica y médica sean receptores de los problemas que se plantean a la cabecera del enfermo para trasladándolos a esos laboratorios, poder tratar de esclarecer etiologías, causas, terapéuticas, etc.

Tras muchas dificultades, el 1 de Junio de 1955, se inaugura la Clínica de la Concepción con 120 camas y un grupo de médicos y personal sanitario ilusionados por un futuro esperanzador. Desde ese primer momento se establece, con el entonces Instituto Nacional de Previsión, un Concierto para atender enfermos de la Seguridad Social.

Tras la inauguración de la Clínica, Jiménez Díaz trata de cumplir su segundo sueño: que los estudiantes de Medicina pudieran estudiar en la Clínica, y así, durante cuatro cursos, de 1956 a 1960, un grupo pequeño de estudiantes pertenecientes a la Universidad Complutense, son formados en la Fundación Jiménez Díaz. Pero problemas de competencias con el Claustro Complutense hacen que Don Carlos decida, al cabo de cuatro años, interrumpir la enseñanza directa de los estudiantes en la Clínica de la Concepción. Se dedica

entonces, en los sesenta, a realizar los primeros programas de enseñanza para Médicos Internos Residentes. Se configura así la enseñanza de postgraduados en casi todas las especialidades de la Clínica de la Concepción. Será ese mismo sistema el que se implante en a nivel nacional para todos los hospitales docentes, a partir del año 1970.

En el año 1963, a instancias de los médicos de la Fundación, se solicita la unificación del Instituto de Investigaciones Médicas, la Clínica de la Concepción y la Asociación Protectora de la Cátedra del Profesor Jiménez Díaz, con un único organismo que se pide sea constituido como Fundación Jiménez Díaz, lo que por Decreto del 27 de junio de 1963 queda establecido.

En 1967 muere Don Carlos Jiménez Díaz, viendo ya consolidada su Fundación. Le sucede en la Dirección de la Fundación el Dr. Eloy López García. Tres años más tarde de la muerte de Jiménez Díaz y sin que él llegara a verlo, la Fundación se integra en la nueva Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, convirtiéndose por tanto, en Hospital Universitario con enseñanza teórica y práctica. El sueño de Jiménez Díaz quedaba así cumplido.

La escuela es fundada por D. Carlos Jiménez Díaz, de ahí que lleve su nombre. Sus comienzos fueron, como antes hemos señalado, con los Estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) en el Curso Académico 1962/1963 y fue reconocida oficialmente el 27 de marzo de 1963 como Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios del entonces Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas "Clínica de la Concepción".

En este primer período, el de la época de ATS, funciona en régimen de internado femenino hasta que en 1979, tras el reconocimiento de los estudios de Enfermería como Diplomatura Universitaria, se realiza la última matrícula con este formato; hasta este periodo, se formaron en la Escuela 967 enfermeras.

Por Real Decreto, 2667/1979, de 21 de septiembre (publicado en el BOE el 23 de septiembre de 1979), se aprueba su conversión en Escuela Universitaria de Diplomados en Enfermería, adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid. Su Plan de Estudios se publica en el BOE el 19 de octubre de 1978, según (O.M. 7 de septiembre 1978).

Actualmente es un Centro Adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) ratificado en el último Convenio de adscripción, suscrito el 13 de diciembre de 1999, sujeto a las normas académicas de dicha Universidad, teniendo marcados unos Objetivos Académicos, tanto en los créditos teóricos como en los créditos prácticos-clínicos de acuerdo con el vigente Plan de Estudios, publicado en el Boletín Oficial del Estado, con fecha de 18 de junio de 1999 (BOE 18/06/99).

Depende económica y administrativamente de la Fundación Jiménez Díaz- Capiro, de las mensualidades de los alumnos y de las tasas académicas autorizadas por el Real Decreto de las Escuelas Adscritas (Decreto 2293/1973, de 17 de agosto).

Veamos a continuación como ha sido la organización en este centro. Como todos sabemos, la importancia de la iglesia católica durante la dictadura franquista en la asistencia sanitaria está fuera de toda duda. Concretamente las Hermanas de la Caridad han estado presentes en este centro educativo hasta los años 2000, cuando se jubila la última Directora Técnica perteneciente a esta congregación.

Como podemos observar, este centro privado, cuya titularidad ha ido cambiando a lo largo del tiempo desde sus comienzos, se adscribe a una universidad pública, siguiendo la dinámica establecida en el propio hospital, primero a la Universidad Complutense y, posteriormente, a la Universidad Autónoma de Madrid. La plantilla dedicada a la organización de la escuela estuvo fundamentalmente configurada por religiosas. En cuanto al profesorado seglar, han sido principalmente médicos y enfermeras cuyo ejercicio profesional estuvo ligado a la Clínica de la Concepción. De este modo, la influencia que ha tenido en la formación de las enfermeras la congregación religiosa ha sido notable.

Por otra parte, la Escuela de La Paz, comienza su andadura como centro de formación en 1972. Con un edificio dentro de la Ciudad Sanitaria La Paz, una institución pública perteneciente al Instituto Nacional de Previsión, que más tarde se denominará Instituto Nacional de la Salud. Este hospital, que actualmente se denomina Hospital Universitario La Paz, es un centro hospitalario público, dependiente del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) de la Comunidad de Madrid, situado en la zona norte de Madrid. Desde la inauguración del Hospital General en julio de 1964, su fisonomía ha ido cambiando y

creciendo hasta convertirse en el gran complejo hospitalario que hoy conocemos, compuesto por un entramado de 17 edificios y cuatro grandes hospitales: el Hospital General, el Hospital Maternal, el Hospital Infantil y el Hospital de Traumatología y Rehabilitación-. En enero de 1962 comienza la construcción de la "Ciudad Sanitaria La Paz", enmarcada en el concepto predominante en la época de construcción de grandes superficies hospitalarias.

El Hospital Universitario La Paz nace como un centro de referencia nacional en varias especialidades médicas y quirúrgicas. En julio de 1964 se inaugura el Hospital General, edificio que ocupa una superficie de 30.000 metros cuadrados en el que se invirtieron 1.08 millones de euros.

Al año siguiente se inauguran el Hospital Maternal y el Hospital Infantil. El Hospital Maternal con 409 camas y 256 cunas y una inversión que alcanzó 961.619 euros. Por su parte, el Hospital Infantil contó inicialmente con 337 camas y cunas, 42 camas para niños mayores y 32 para las madres de los niños ingresados, y la inversión inicial ascendió a 721.214 euros.

En 1966 abre sus puertas el Hospital de Traumatología y Rehabilitación, que cuenta con 300 camas y una Unidad de Quemados convertida en una de las más prestigiosas de su especialidad y centro de referencia nacional e internacional.

Uno de esos edificios ha sido el denominado Escuela de Enfermeras, cuyo rótulo todavía está presente, pese a los más de 30 años de formación universitaria y mixta. La creación de esta escuela y, como ya hemos señalado más arriba, todas las pertenecientes al Instituto Nacional de Previsión, formó parte de la política expansiva de la creación de hospitales por todo el estado y la necesidad de mano de obra barata para poder dar respuesta a las demandas sanitarias (Sellán, 2007).

La Escuela de La Paz inicia su andadura con los estudios de A.T.S. y, al igual que la Escuela de la Fundación Jiménez Díaz, en régimen de internado, pero también externado. Veamos cómo se produjo su inicio y evolución en la formación de profesionales enfermeros.

En España los estudios en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos se cursaban de forma obligatoria en régimen de internado hasta el año 1976, con dos situaciones excepcionales con la normativa: en 1962, la Orden de 26 de noviembre concede a las alumnas casadas la no obligatoriedad de permanecer internas. En 1972, a petición del Instituto Nacional de Previsión, la Orden de 23 de octubre autoriza a todas las Escuelas Femeninas de Ayudantes Técnicos Sanitarios del Instituto Nacional de Previsión para que admitan a alumnas en régimen de externado. De este modo desde sus inicios esta escuela tiene alumnas internas y externas. Asimismo, las Hermanas de la Caridad, no formaron nunca parte de la plantilla de la escuela. Todas las monitoras primero y profesoras enfermeras más tarde, así como las Directoras Técnicas, en un principio, y las Directoras, con este nombramiento de la Universidad Autónoma, posteriores han sido siempre enfermeras laicas. Esta diferencia con las escuelas de las Diputaciones Provinciales, las pertenecientes a la Iglesia, Cruz Roja y Valdecilla y, también con la escuela de la Fundación Jiménez Díaz influirá, en nuestra opinión, a la hora de implementar los programas formativos.

Como hemos podido observar, los dos centros educativos tienen algunas diferencias, en nuestra opinión, relevantes: la Escuela de la FJD fue creada por un médico, en su visión personal de la docencia, asistencia e investigación. La Escuela de la Paz fue parte de la apuesta en la formación, para una posterior contratación, del propio Sistema Sanitario de carácter nacional. La organización interna del centro, en el caso de la Fundación Jiménez Díaz, fue realizada por enfermeras religiosas y en La Paz por enfermeras laicas.

Debemos señalar que los planes de estudio de A.T.S. fueron idénticos en todas las Escuelas femeninas del país (ver Sellán, 2007), si bien los estudiantes masculinos y femeninos no estudiaban las mismas asignaturas. En las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninas se cursaba, “Enseñanza del Hogar” en los tres cursos, con una carga lectiva de una hora semanal en cada uno de ellos. Por su parte, en las de Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos se cursaba “Autopsia médico-legal”. Los contenidos de la asignatura eran: (1) Elementos necesarios para realizar una autopsia; (2) Técnica de obtención y conservación de piezas para su envío al laboratorio; (3) Embalsamamiento. Diversos medios y material necesarios para realizarlo.

Por el contrario, el plan de estudios del Diplomado en Enfermería, que en este trabajo nos interesa desarrollar, sí tiene diferentes asignaturas, en relación con las asignaturas obligatorias de universidad, optativas y de libre elección, según la universidad donde se curse. De este modo, las asignaturas son distintas según se estudie en la UAM en la Universidad Rey Juan Carlos, en la Universidad de Ferrol o en la Universidad de Jaén, como podemos apreciar en el Anexo X.

Sin embargo, en el caso de las dos escuelas que estamos describiendo, las asignaturas del programa formativo del Diplomado en Enfermería han sido las mismas. Es decir, las asignaturas troncales y obligatorias de universidad, de las escuelas adscritas a la UAM han sido las mismas. Solamente hay diferencias en los créditos correspondientes a las asignaturas optativas y de libre elección, que representan un máximo de 30 créditos, que además, en el caso de los estudiantes de cada una de las escuelas entre sus mismos alumnos pueden diferir en 25 créditos. Ya que cada alumno puede elegir las asignaturas de la libre elección, tanto dentro, como fuera de su plan de estudios.

Veamos con detenimiento el Plan de Estudios actual que se cursa en la Universidad Autónoma de Madrid, concretamente el de la Escuela Universitaria de Enfermería La Paz, que nos puede servir como ejemplo y que mostramos en las Tabla 1 a 5.

Tabla 1. Carga Lectiva Global Plan de Estudios E.U.E. La Paz.

CRÉDITOS TOTALES	OBLIGATORIOS	OPTATIVOS	LIBRE CONFIGURACIÓN	TOTAL
Primer Ciclo	206	5	25	236
Totales	206	5	25	236
Primer Curso	Créditos Obligatorios	Créditos Optativos	Créditos libre configuración	
	65	-	10*	
Segundo Curso	Créditos Obligatorios	Créditos Optativos	Créditos libre configuración	
	73	-	10*	
Tercer Curso	Créditos Obligatorios	Créditos Optativos	Créditos libre configuración	
	68	5	5*	

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

Tabla 2. Primer Curso E.U.E. La Paz.

CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13647	Cuidados de Enfermería	(Tr)	16	Anual
13648	Ecología Humana y Salud Comunitaria	(Tr)	10	Anual
13649	Historia y Fundamentos del Cuidado	(Tr)	10	1
13650	Anatomía Descriptiva	(Tr)	5	1
13651	Bioestadística	(Tr)	5	1
13652	Enfermería Psicosocial	(Tr)	6	1
13653	Fisiología Humana	(Tr)	8	2
13654	Legislación y Ética Profesional	(Tr)	5	2

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

Tabla 3. Segundo Curso E.U.E. La Paz.

CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13655	Enfermería Médico Quirúrgica I	(Tr)	43	Anual
13656	Enfermería Comunitaria I	(Tr)	8	Anual
13657	Farmacología Clínica	(Tr)	6	1
13658	Psicosociología del Cuidado	(Tr)	6	1
13659	Nutrición y Dietética	(Tr)	5	2
13660	Teoría del Conocimiento	(Ob)	5	2

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

Tabla 4. Tercer Curso E.U.E. La Paz.

CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13661	Enfermería Médico Quirúrgica II	(Tr)	13	Anual
13662	Enfermería Comunitaria II	(Tr)	10	Anual
13663	Enfermería Infantil	(Tr)	10	Anual
13664	Enfermería Geriátrica	(Tr)	7	1
13665	Pensamiento Crítico y Razonamiento Diagnóstico	(Ob)	5	1
13666	Enfermería Maternal	(Tr)	9	Anual
13667	Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental	(Tr)	7	2
13668	Administración de los Servicios de Enfermería	(Tr)	7	2

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

Tabla 5. Asignaturas Optativas y de Libre Elección Plan de Estudios E.U.E. La Paz.

OFERTA DE OPTATIVAS				
CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13669	Relaciones Humanas en Enfermería	(Op)	5	2
13671	Sexualidad Humana	(Op)	5	1
13672	Cuidados Paliativos	(Op)	5	1
13673	Teorías en Enfermería	(Op)	5	2
13674	Documentación y Sistemas de Información Sanitaria	(Op)	5	2
13675	Terapias Complementarias	(Op)	5	1
13684	Higiene del Movimiento, Salud y Deporte	(Op)	5	2
13683	Expresión Creativa, Dramática y Narrativa para los Profesionales de la Salud	(Op)	5	2

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

La Tabla 6 nos muestra la relación de las asignaturas optativas de la Escuela Fundación Jiménez Díaz.

Tabla 6. Asignaturas Optativas Plan de Estudios E.U.E. Fundación Jiménez Díaz.

OFERTA DE OPTATIVAS				
CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13669	Relaciones Humanas en Enfermería	(Op)	5	2
13674	Documentación y Sistemas de Información Sanitaria	(Op)	5	2
13675	Terapias Complementarias	(Op)	5	2
13677	Bioética	(Op)	5	1
13678	Informática	(Op)	5	2
13679	Planes de Emergencia en Grandes Catástrofes	(Op)	5	2

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

Como se puede apreciar la oferta de la escuela de La Paz es mayor: 8 asignaturas frente a 6, en el caso de la escuela Fundación Jiménez Díaz. Coinciden en tres asignaturas: *Relaciones Humanas en Enfermería*, *Documentación y Sistemas de Información Sanitaria* y *Terapias Complementarias*. También podemos apreciar que en La Paz hay dos asignaturas, digámoslo así, de corte más conceptual tales como: *Teorías en Enfermería* y *Expresión Creativa, Dramática y Narrativa*. Por otra parte, en La Paz se compaginan asignaturas de

ayuda a la hora del final de la vida (*Cuidados Paliativos*) con otras donde se enfatiza la importancia de la prevención para una mejor salud y calidad de vida (*Higiene del movimiento, Salud y Deporte*) o *Sexualidad Humana*. Mientras que en la Escuela de la FJD, se orientan hacia la ayuda humanitaria (*Planes de Emergencias en Grandes Catástrofes*), *Bioética* o bien una asignatura instrumental como es la *Informática*.

Desde sus inicios la Escuela de La Paz se adscribió a la Universidad Autónoma de Madrid. Este centro ha desaparecido jurídicamente, después de casi cuarenta años, y desde el 1 de enero de 2011, junto con las antiguas Escuelas Adscritas de Puerta de Hierro y La Comunidad de Madrid, forman la titulación de Enfermería UAM, cuyo Centro es la Facultad de Medicina.

Muestra de profesionales

Las pruebas se aplicaron también a un grupo de 121 profesionales, que representan, los distintos niveles formativos (enfermeras generalistas y especialistas, diplomadas, licenciadas) y ámbitos de actividad en el ejercicio profesional de la Enfermería. La muestra, por tanto, incluye:

- (1) 15 docentes de universidades públicas,
- (2) 13 profesores de tres centros privados, dos de ellos adscritos a una universidad pública y el tercero pontificio,
- (3) 7 gestoras docentes,
- (4) 70 enfermeras asistenciales, 57 de atención especializada (de diferentes unidades y servicios hospitalarios) y 13 de atención primaria, y
- (5) 16 enfermeras gestoras asistenciales, 6 de atención especializada y 10 de atención primaria.

Los profesionales procedían de un total 9 Escuelas de Enfermería (6 públicas y 3 privadas); 3 grandes hospitales públicos universitarios y de ámbito nacional; un hospital

privado universitario con convenio con la UAM; tres áreas sanitarias de Atención Primaria de Salud, con diferentes características de población, tal y como se desglosa en la Tabla 7:

Centro	Número de Profesionales
E.U.E. La Paz (U.A.M.)	2
E.U.E. Fundación Jiménez Díaz (U.A.M.)	2
E.U.E. Cruz Roja (U.A.M.)	8
Universidad de Alcalá de Henares	8
Universidad de Murcia	2
Universidad de Almería	3
Universidad de Valladolid	2
Universidad Pontificia Comillas	3
Universidad Rey Juan Carlos	5
Hospital Universitario La Paz	49
Hospital Universitario Doce de Octubre	6
Hospital Universitario Gregorio Marañón	5
Hospital Fundación Jiménez Díaz	3
Alcobendas (Área 5)	6
Monovar (Área 5)	5
Área 3	3
Área 11	9

Tabla 7. Distribución de la muestra de profesionales por centro de trabajo.

La Tabla 8 nos muestra la distribución de estudiantes tanto por Escuelas como por cursos académicos, en forma de frecuencias absolutas y de porcentajes. En ella podemos comprobar que la muestra de estudiantes está compuesta en un porcentaje mayoritario por alumnos de primer curso de la Escuela de La Paz, esto es debido además de al mayor número de estudiantes matriculados en dicha Escuela, a que el cuestionario fue pasado a dos grupos de primero, frente a un único grupo para el resto.

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	TOTAL
C U R S O	1º	140 44%	66 20%	206 64%
	3º	62 20%	52 16%	114 36%
	TOTAL	202 64%	118 36%	320

Tabla 8. Distribución de los estudiantes por Escuelas Universitarias y cursos académicos.

La Tabla 9 nos muestra la distribución de los profesionales que componen la muestra según el tipo de trabajo que desarrollan, en forma de frecuencia y de porcentajes. Se puede observar que la proporción de profesionales en relación con los alumnos es cercana a un tercio.

PROFESIONALES		Frecuencia Porcentaje	Total
Asistencial	Asistencial	70 57.85%	86 71.85%
	Gestión Asistencial	16 13.20%	
Docente	Docente	28 23.10%	35 28.85%
	Gestión Docente	7 5.85%	
			121

Tabla 9. Distribución de los profesionales según tipo de trabajo.

Dada la estrategia metodológica que hemos empleado, donde realizamos análisis de corte cuantitativo y también cualitativo, la muestra analizada para cada una de las pruebas administradas va a ser diferente. A continuación vamos a mostrar someramente la composición de la muestra para las diferentes pruebas.

(a) Cuestionario sobre Historia de la Enfermería

Dado que el objetivo de este cuestionario es valorar la forma en la que los sujetos evalúan el devenir histórico de la disciplina enfermera, sólo se eliminaron aquellos sujetos que no respondieron a ninguna de las preguntas propuestas, quedando la muestra finalmente compuesta por 433 sujetos, de los cuales 313 son estudiantes (7 eliminados) y 120 profesionales (1 eliminado).

(b) Cuestionario sobre Teorías de Enfermería

Este cuestionario nos permitirá evaluar tanto el grado de conocimiento como la valoración que otorgan los sujetos a los modelos teóricos formales disciplinares, por lo que se eliminó de la muestra al grupo de alumnos de primer curso de enfermería de la escuela de La Paz en su primer día de clase, por carecer de cualquier tipo de formación teórica formal sobre la disciplina. Además se perdieron 2 docentes de la escuela de la Cruz Roja. Por lo que la muestra que se analizó estaba compuesta por 246 estudiantes y 119 profesionales cuya distribución podemos observar en las Tabla 10 y Tabla 11.

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	TOTAL
C U R S O	1º	66 26.83%	66 26.83%	132 53.66%
	3º	62 25.20%	52 21.14%	114 46.34%
	TOTAL	128 52.03%	118 47.97%	246

Tabla 10. Distribución de los estudiantes por Escuelas Universitarias y cursos académicos.

PROFESIONALES		Frecuencia		Total
		Porcentaje		
Asistencial	Asistencial	70	58.82%	86 72.27%
	Gestión Asistencial	16	13.45%	
Docente	Docente	26	21.85%	33 27.73%
	Gestión Docente	7	5.88%	
				119

Tabla 11. Distribución de los profesionales según tipo de trabajo.

(c) Cuestionario sobre personajes relevantes

Mediante este cuestionario podremos evaluar cuáles son los personajes que ejercen una mayor influencia en la construcción de la identidad enfermera. Este cuestionario está fuertemente relacionado con el anterior, por lo que la muestra es idéntica a la reseñada para el cuestionario de teorías enfermeras.

(d) Cuestionario sobre motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión

Este cuestionario nos permite acceder al relato identitario que conforman los sujetos de nuestra muestra por lo que, en este caso, el tamaño muestral es el total de nuestra muestra, recordemos 320 estudiantes de enfermería y 121 profesionales.

2.2.1.3. Procedimiento

Una vez obtenidos los permisos administrativos necesarios se inició la selección de la muestra. El contacto con los participantes se realizó personalmente, mediante entrevistas con los responsables de los centros de Atención Primaria y supervisores de las unidades hospitalarias. En el caso de los docentes en una de las escuelas el contacto se llevó a cabo a través de un profesor; en el resto de las escuelas a través del director. Se entregaron en un sobre carta de presentación, instrucciones y orden de realización de las pruebas de evaluación, ya que además del cuestionario de representaciones históricas, como ya hemos comentado con anterioridad, se administraron otros ocho cuestionarios, que serán analizadas en posteriores investigaciones. Los cuestionarios cumplimentados debían ser entregados en sobre cerrado a la supervisora de la unidad, responsable del centro de atención primaria o, en el caso de los profesores, a la persona de contacto. Los cuestionarios ya cumplimentados fueron recogidos personalmente por los investigadores, en el caso de los centros de la Comunidad de Madrid, y mediante correo para los de otras Comunidades Autónomas.

En el caso de los estudiantes se realizaron aplicaciones colectivas, una por cada uno de los grupos seleccionados.

2.2.1.4. Materiales

Cuestionario sobre historia de la enfermería

Como ya hemos indicado, para diseñar nuestro cuestionario hemos adaptado el cuestionario de Rosa, Blanco y Huertas (1998) sobre Historia de la Psicología (ver Anexo XI); dicho cuestionario considera fundamentalmente la forma en la que son evaluados los eventos por parte del narrador, el estudiante de Psicología en el caso del cuestionario de Rosa, Blanco y Huertas (loc. cit.) y el estudiante y profesional de Enfermería en nuestro caso, siguiendo el método sugerido por Gergen y Gergen (1984) para el análisis de las narrativas y que Valsiner (1994) adaptó y extendió para el estudio de las historia de la Psicología. Este método se centra tanto en la forma narrativa de la transición entre eventos históricos (progresiva, regresiva, neutra, de ruptura o dialéctica) como en el valor diferencial atribuido a los

eventos adyacentes dentro de la narrativa. Teniendo esto en cuenta puede crearse un perfil evaluativo de la narrativa, de tal forma que cada narrativa puede ser dibujada como una línea temporal que progresa, y que sube o baja en función del valor atribuido a los distintos eventos.

La Tabla 12 presenta el perfil gráfico esquemático de estas transiciones entre estados narrativos junto con su definición de algunos ejemplos de las transiciones narrativas. La lógica de la categorización ofrecida es la siguiente: por ejemplo, si en un ítem determinado proponemos una evaluación positiva para la afirmación principal y una negativa para la siguiente, consideraremos que se trata de una transición **regresiva**; por ejemplo, el ítem 1 del cuestionario sobre representaciones históricas de la psicología, implicaría una transición de este tipo: *“El conductismo eliminó la riqueza de la Psicología de la introspección de la misma forma que esta contribuyó a eliminar las ventajas de la especulación filosófica”*. Si, en cambio, aparece una evaluación negativa para la primera afirmación y una positiva para la segunda, hay una transición **progresiva**. Por ejemplo, el ítem 9 del cuestionario mencionado antes: *“La revolución cognitiva ha llevado a la Psicología a superar el conductismo de la misma manera que el conductismo había llevado a superar la Psicología mentalista wundtiana”*. Las formas de **ruptura** son consideradas cuando la progresión o la regresión entre dos estados narrativos dependen de la irrupción repentina de un evento concreto. Luego la diferencia principal de las formas de ruptura (tanto positivas como negativas) de las formas regresivas y progresivas es la asunción de un dramatismo de “un adelanto muy importante” (Valsiner loc. cit.), en el caso de las progresivas o un significativo retraso en el caso de las regresivas. Finalmente, las formas de **estabilidad** son aquellas con la misma evaluación (positiva o negativa) tanto para la primera afirmación como para la última.

	POSITIVA		NEGATIVA	
	REPRESENTACIÓN GRÁFICA	ITEMS	REPRESENTACIÓN GRÁFICA	ITEMS
Gradual		12 (EV-ET) 2 (ET-EP) 9 (ET-EP) 4 (EP-FUT)		1 (EV-ET) 26 (ET-EP) 6 (EP-FUT) 14 (EP-FUT)
Estable		8 (EV-ET) 11 (ET-EP) 17 (EP-FUT)		7 (EV-ET) 10 (ET-EP) 3 (EP-FUT)
Ruptura		15 (EV-ET) 5 (ET-EP) 16 (ET-EP) 18 (ET-EP) 13 (EP-FUT)		
Síntesis		20 (EV-ET) 19 (ET-EP) 21 (ET-EP) 22 (EP-FUT)		23 (EV-ET) 25 (ET-EP) 24 (EP-FUT)

Tabla 12. Representación gráfica de las transiciones entre dos estados narrativos.

Siguiendo con la propuesta de Gergen y Gergen (loc. cit.), la conexión de varios tipos de transiciones simples entre los estados narrativos en el flujo de una narrativa completa permite dar forma a varias narrativas complejas. Luego, por ejemplo, si en un perfil aparecen combinadas las transiciones progresivas y regresivas, entonces estamos enfrentándonos a una **saga**. Si una declaración final es evaluada positivamente y es vista como consecuencia de la confluencia entre los estados narrativos no evaluados positivamente hay una **forma dialéctica**, etc. La Tabla 13 ilustra gráficamente los géneros narrativos ideales que surgirían de esta operación. Obviamente hay muchas posibles narrativas complejas, y de hecho los datos que se derivaron del análisis de las narrativas creadas por los estudiantes y profesionales nos permitirán considerar algunas de ellas más adelante. Debe tenerse en cuenta que el cuestionario obliga al sujeto a adoptar una posición

evaluativa en relación a cada transición, esto es, no hay una forma de estabilidad neutral entre las opciones ofrecidas.

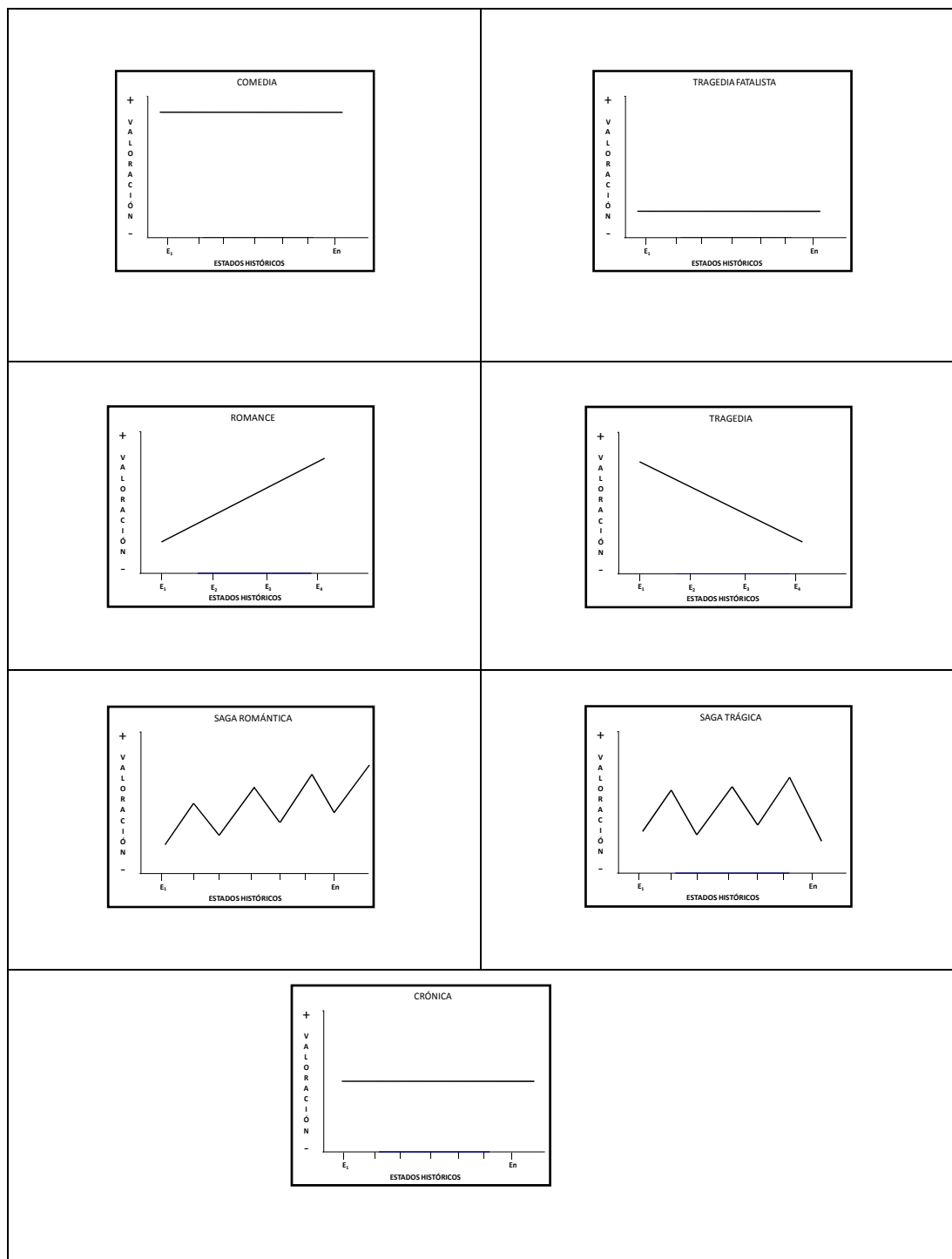


Tabla 13. Representación gráfica de los de los géneros narrativos ideales.

Para que se entienda el alcance de esta idea, veamos un ejemplo de romance compuesto a partir de ítems progresivos del cuestionario de Rosa, Blanco y Huertas (1998):

“El conductismo llevó a la Psicología a superar los problemas de la introspección, de la misma manera que la Psicología de la introspección había servido para superar la mera especulación filosófica. La revolución cognitiva ha llevado a la Psicología a superar el conductismo de la misma manera que el conductismo había llevado a superar la Psicología mentalista wundtiana. Aunque la Psicología cognitiva actual no parece tener respuesta para los problemas psicológicos serios, la aparición en pocos años de un enfoque teórico con una noción de sujeto psicológico más amplia nos pondrá en la disposición adecuada para poder resolverlos”.

Como estamos viendo, en el cuestionario de Rosa, Blanco y Huertas (1998) se evaluaron las distintas formas de transitar de un enfoque psicológico a otro, más específicamente las transiciones entre las escuelas de pensamiento psicológico: la psicología introspectiva, la psicología del comportamiento y la psicología cognitiva además de las diferentes visiones sobre el futuro de la disciplina (ver Tabla 14). El cuestionario se administró a dos grupos de estudiantes de Historia de la Psicología, antes de comenzar el curso y una vez terminado. El análisis factorial permitió identificar dos *master narratives* distintas que reflejaban las dos identidades sociales y teóricas dominantes en la Facultad de Psicología de la UAM y posiblemente en la cultura psicológica académica española: un “romance” conductista y una “saga” mentalista (cognitivista). Los alumnos veían la historia de su disciplina desde la retórica de estos dos grandes relatos y esta forma de ver las cosas no variaba sustancialmente como consecuencia del paso por la asignatura de historia: eran de algún modo relatos culturalmente implantados, consensuados y repetidos hasta la saciedad en las introducciones históricas de muchas asignaturas y, por lo tanto, muy difíciles de cambiar.

	Progresiva	Regresiva	Ruptural +	Ruptural -	Estable +	Estable -	Dialéctica +	Dialéctica -
Pasado- Conciencia							19	26
Conciencia- Conductismo	12	1	15	18	8	7	20	23
Conductismo- Cognitivismo	9	11	5	16	2	10	21	25
Cognitivismo/ Presente- Futuro	4	6	13	14	17	3	22	24

Tabla 14. Distribución de los ítems por transición histórica y perfil evaluativo del cuestionario de Rosa, Blanco y Huertas (1998).

Para la elaboración de nuestro cuestionario y ante la ausencia de modelos teóricos propiamente dichos, de referencia en el seno de la Enfermería, se optó por emplear las grandes etapas históricas, a saber, la etapa vocacional, la etapa técnica, la etapa profesional y el futuro de la disciplina. Dichas etapas fueron descritas por García y Martínez (2001), siguiendo las propuestas por Collière (1993); a continuación vamos a describirlas brevemente.

La **etapa vocacional** recibe este calificativo porque la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Con la aparición del Cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación; así, el valor religioso de la salud imperante en esta etapa, se determinó por la convicción de que la enfermedad era una gracia del Todopoderoso; el que sufre es un elegido de Dios. Los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples; lo realmente importante eran las actitudes y los valores que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos, menesterosos y necesitados. Naturalmente, la práctica enfermera, vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa. Las prácticas cuidadoras de esta época se describen como actividades ejercidas por personas con gran sentido de la religiosidad, caridad, sumisión y obediencia. La etapa vocacional que surge con el nacimiento del pensamiento cristiano se prolonga hasta finalizar la Edad Moderna.

La **etapa técnica** se desarrolla en la época en que la salud es entendida como ausencia de enfermedad. El desarrollo científico y tecnológico aplicado a la atención médica,

que se produjo lentamente desde el Renacimiento, y cuya eclosión podemos situar en el siglo XIX, condujo a la clase médica a un mayor conocimiento, que se centró en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento, por lo que el saber médico se enfocó hacia la persona como sujeto paciente de la enfermedad. Se desarrolló la tecnología y, alrededor de los enfermos, fueron apareciendo instrumentos y aparatajes cada vez más complejos. Esta complejidad tecnológica hizo necesaria la formación de un personal que asumiera algunas de las tareas realizadas por los médicos. De esta manera, a las personas dedicadas al cuidado del enfermo se las denominó personal paramédico o auxiliar, calificativo derivado de las tareas que estas personas realizaban, en su mayor parte delegadas por los médicos. El paso desde la etapa vocacional a la etapa técnica no ocurrió de forma repentina. Por el contrario, fue necesario un largo periodo de transición, conocido como la Etapa Oscura de la Enfermería por las circunstancias que dieron lugar a esta denominación.

La **etapa profesional** surge al hilo de las nuevas definiciones de salud propuestas por los denominados grupos revisionistas, que comienzan en los años setenta del siglo XX. Así, desde el enfoque de la salud como ausencia de enfermedad se ha pasado a un concepto más amplio, entendiendo la salud como un proceso integral y no como un estado. Esta concepción de la salud ha cambiado la orientación del cuidado enfermero, entendiéndose como un conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual y utilizando una metodología de trabajo propia de la disciplina. Desde esta perspectiva, la atención a la salud supone la intervención de diferentes profesionales que, integrados en un equipo multidisciplinar, atienden de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva. Paralelamente a este nuevo concepto de salud, las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, entienden que están hipotecando su identidad y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas. Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas se incluyen en la universidad (en 1978 en nuestro país). En definitiva, se inicia la etapa de la enfermería profesional.

De manera que nuestro cuestionario fue construido según las seis formas narrativas simples (regresiva, progresiva, estable positiva, estable negativa, ruptural positiva y ruptural negativa) y aplicándolas a la transición entre tres estados narrativos históricos (aquellos que

hacían referencia a la etapa vocacional (EV), la etapa técnica (ET), la etapa profesional (EP), es decir, la situación actual (ACT) y el futuro de la disciplina (FUT). Contenía, por tanto, 19 ítems que resultaron de la multiplicación de las seis formas narrativas de las tres transiciones que se mencionaron en los estados narrativos históricos anteriormente. A ellos se sumaron otros siete ítems dialécticos, para un total de 26 ítems en el cuestionario (ver Tabla 15). El sujeto tenía que poner de manifiesto su grado de acuerdo con los estados narrativos expresados por estas distintas formas de evaluar las transiciones a través de la respuesta a una escala tipo Lickert (de 1 a 6).

	Progresiva	Regresiva	Ruptural +	Ruptural -	Estable +	Estable -	Dialéctica +	Dialéctica -
EV- ET	12	1	15		8	7	20	23
ET- EP	2, 9	26	5, 16, 18		11	10	19, 21	25
ACT- FUT	4	6, 14	13		17	3	22	24

Tabla 15. Distribución de los ítems por transición histórica y perfil evaluativo.

Aunque se intentó que el cuestionario construido fuese equivalente al desarrollado por Rosa, Blanco y Huertas, un ulterior análisis de la construcción teórica del mismo nos muestra que éstos no son del todo isomórficos. Esta diferencia, al menos en parte, puede ser debida a que las transiciones entre etapas históricas tienen unos límites más difusos. No obstante, consideramos que, a pesar de las dificultades que hemos señalado, este cuestionario puede sernos útil para los objetivos del presente trabajo.

Cuestionario sobre teorías enfermeras

El cuestionario sobre teorías enfermeras, como ya hemos señalado con anterioridad, nos proporciona información sobre el grado de conocimiento que de las distintas teorías y modelos teóricos formales enfermeros tienen los sujetos de nuestra muestra, además se les solicitó a los sujetos que ponderasen la relevancia que para ellos tenían los distintos modelos teóricos que habían escrito. Esto nos proporciona datos sobre cuáles son los marcos teóricos disciplinares más relevantes para los sujetos de la muestra, aportándonos datos en función de la frecuencia de aparición así como en función de la relevancia

otorgada. Ante la posibilidad de tener dificultades para poder comparar las diferencias entre los distintos grupos, ya que un modelo teórico podía aparecer con una alta frecuencia y obtener una baja relevancia o viceversa, decidimos construir un indicador a partir de estos datos, para lo cual multiplicamos la frecuencia obtenida por la valoración alcanzada y dividimos entre cien. A este indicador lo hemos denominado Valoración y sus resultados oscilaban entre 0 y 6, a mayor valor obtenido mejor valoración del modelo teórico. A modo de ejemplo les mostramos los resultados obtenidos por la Teoría del Autocuidado de Orem para la muestra total (Tabla 16):

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO	
FRECUENCIA	265
FRECUENCIA (en porcentaje)	73%
PUNTUACIÓN (0-6)	3.63
VALORACIÓN (0-6)	2.64

Tabla 16. Resultados de la Teoría del Autocuidado de Orem.

Cuestionario sobre enfermeras o personas relacionadas con la enfermería

El tercer cuestionario empleado, cuestionario sobre personajes relacionados con la Enfermería, está fuertemente relacionado con el cuestionario anterior, ya que nos aporta datos sobre aquellos personajes que resultan relevantes para los sujetos de la muestra, un porcentaje significativo de los cuales son los mismos que los obtenidos en el cuestionario sobre teorías de la enfermería. Sin embargo, aparecen otros personajes que como mostraremos en el capítulo de resultados tienen una gran importancia en la conformación identitaria de los distintos grupos de nuestra muestra. De nuevo se les solicitó a los sujetos que valorasen la importancia que para ellos tenían las distintas enfermeras o personajes que habían señalado. A pesar de que se trató de construir para este cuestionario el indicador Valoración, un posterior análisis de los datos nos mostró que una parte importante de los sujetos no había ponderado correctamente a los personajes de esta prueba, así un porcentaje importante de sujetos de la muestra valoraban a los personajes de este cuestionario igual que en el cuestionario anterior, es decir a mayor número mejor valoración. Sin embargo, en este cuestionario la importancia que se le atribuía a un

determinado modelo o persona iba de 1 a 15, donde 1 era la máxima relevancia y 15 menor relevancia.

Cuestionario sobre motivación y preferencias

Finalmente, el cuestionario sobre motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión nos permite a través de una serie de preguntas abiertas acceder al relato que de las razones y motivos sobre la elección de la carrera de Enfermería realizan tanto los estudiantes como los profesionales. Esto que nos permitirá, en buena medida, tipificar el gradiente de complejidad identitaria que existe en el seno de la disciplina enfermera en nuestro país.

A lo largo de este capítulo hemos descrito los objetivos que se pretenden abordar a lo largo de esta tesis doctoral. También hemos realizado un pormenorizado análisis de la estrategia metodológica que vamos a emplear, en la que como hemos visto, se mezclan análisis cuantitativos y cualitativos.

Hemos realizado una descripción de los distintos cuestionarios que vamos a emplear para alcanzar los objetivos anteriormente reseñados. Además hemos descrito la muestra, haciendo especial hincapié en las dos escuelas universitarias, ya que como veremos a partir del próximo capítulo las diferencias entre los estudiantes de estas dos escuelas van a ser notables.

CAPÍTULO 3.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOBRE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

3.1. Análisis descriptivo

3.1.1. Descriptivos de los valores perdidos

3.1.1.1. Descriptivos de los valores perdidos para la muestra total

3.1.1.2. Descriptivos de los valores perdidos para la muestra de estudiantes

3.1.1.3. Descriptivos de los valores perdidos para la muestra de profesionales

3.1.2. Descriptivos de los ítems con menor variabilidad

3.2. Análisis Factorial

3.2.1. Propiedades psicométricas

3.2.2. Análisis factorial exploratorio (AFE)

3.2.2.1. AFE de la muestra total

3.2.2.2. AFE de la muestra de estudiantes

3.2.2.3. AFE de la muestra de estudiantes de primer curso

3.2.2.4. AFE de la muestra de estudiantes de tercer curso

3.2.2.5. AFE de la muestra de estudiantes de la Escuela de La Paz

3.2.2.6. AFE de la muestra de estudiantes de la Escuela de la Fundación Jiménez Díaz

3.2.2.7. AFE de la muestra de profesionales

3.2.2.8. AFE de la muestra de profesionales asistenciales

3.2.2.9. AFE de la muestra de profesionales docentes

3.3. Análisis de Varianza (ANOVA)

3.3.1. ANOVA por Estatus

3.3.2. ANOVA por Curso

3.3.3. ANOVA por Tipo de Trabajo

Como ya habíamos anticipado, vamos a mostrar por separado los resultados obtenidos a partir de la aplicación de las distintas pruebas para, más adelante, mostrar de qué forma se relacionan. La intención de este diseño es facilitar al lector la comprensión de las distintas pruebas.

En este capítulo presentaremos los resultados del *Cuestionario sobre Historia de la Enfermería*, lo que nos permitirá hacernos una idea del nivel de conocimientos que de la historia disciplinar tienen los sujetos de nuestra muestra, pero también de cómo es evaluado por estos mismos sujetos el devenir histórico disciplinar. Nos gustaría comenzar la presentación de los resultados obtenidos a partir de este cuestionario con un análisis descriptivo, para continuar con una estrategia metodológica más sofisticada.

3.1. Análisis descriptivo

En primer lugar, nos vamos a detener a describir someramente los ítems que han presentado un mayor número de valores perdidos, entendidos como aquellos ítems que no fueron contestados por los participantes. Aunque este tipo de análisis no es muy frecuente, consideramos que nos puede proporcionar una información útil sobre aquellos aspectos de la historia de la enfermería que son menos conocidos o más opacos para los sujetos de nuestra muestra, lo que, sin realizar ningún tipo de inferencia, nos puede ayudar a dirigir posteriores análisis. Tras este breve análisis, nos centraremos en aquellos ítems que han presentado un mayor grado de consenso entre nuestra muestra, para lo cual, seleccionaremos aquellos ítems que han obtenido mayor y menor puntuación, así como una menor dispersión de valores.

3.1.1. Descriptivos de los valores perdidos

La hipótesis que manejamos es que el número de ítems perdidos será superior en los alumnos de primero que en los de tercero; esta diferencia sería debida a que los alumnos de tercero poseen un mayor conocimiento de la historia de la enfermería. Por este mismo motivo, el número de ítems perdidos será similar entre los alumnos de tercero y los profesionales asistenciales y mucho menor en los docentes. Los resultados de las Tabla 17 Tabla 18 nos muestran unos resultados coherentes con la hipótesis que hemos planteado, ya que muestran como el número de ítems perdidos es menor entre los profesionales que entre los estudiantes, en este último grupo presentan menos valores perdidos los alumnos de tercero que los de primero.

ESTUDIANTES	VALORES PERDIDOS	
PRIMERO	401	1.96
TERCERO	211	1.85
TOTAL	622	1.91

Tabla 17. Total de ítems perdidos para la muestra de estudiantes.

PROFESIONALES	VALORES PERDIDOS	
ASISTENCIALES	106	1.19
DOCENTES	16	0.5
TOTAL	122	1.01

Tabla 18. Total de ítems perdidos para la muestra de profesionales.

Comenzaremos señalando que la distribución de los ítems que presentan un mayor número de valores perdidos no es equitativa entre las tres transiciones que hemos evaluado en el cuestionario; así, la mayor parte de ellos, en concreto 5 ítems, se localizan en la transición entre la ET-EP, algo que en principio puede deberse a que en esta transición se evalúan más ítems que en las otras dos, con un total de 11 ítems. No obstante, en la transición entre la EV-ET que cuenta con 7 ítems, tres de ellos aparezcan dentro del grupo de ítems con más valores perdidos; frente al único ítem que presenta la EP-FUT y que consta de 8 ítems.

El ítem 18, es el que presenta más valores perdidos para la muestra general, también para la de estudiantes, corresponde a la transición entre ET-EP, su contenido se centra en si el modelo de las necesidades básicas de Henderson produjo en un cambio de modelo de cuidados. Cabe reseñar que todos los ítems, en concreto cuatro (5, 15, 16 y 18), que mencionan la relevancia de un texto figuran entre aquellos que más valores perdidos generan, lo que puede ser un indicador de una escasa lectura y/o conocimiento de los textos historiográficos formales de la disciplina, la excepción a esta tendencia la constituiría el grupo de los docentes.

En cuanto a este último grupo sus ítems con más valores perdidos marcan una diferencia con respecto al resto de la muestra ya que estos, el 7 y el 22, parecen indicar una cierta indefinición con respecto tanto hacia el pasado como hacia el futuro; también nos ha

resultado llamativo que son el único grupo de nuestra muestra en el que dentro de los ítems con más valores perdidos aparezca uno situado en la transición entre la EP-FUT.

3.1.1.1. Descriptivos de los valores perdidos para la muestra total

Los ítems con más valores perdidos para la muestra en general son el 18, 7 y 23. Si ajustamos estos ítems por porcentaje, nos encontramos con que se corresponden con un 10.20% (18), un 9.10% (7) y un 8.40% (23) (ver Figura 1).

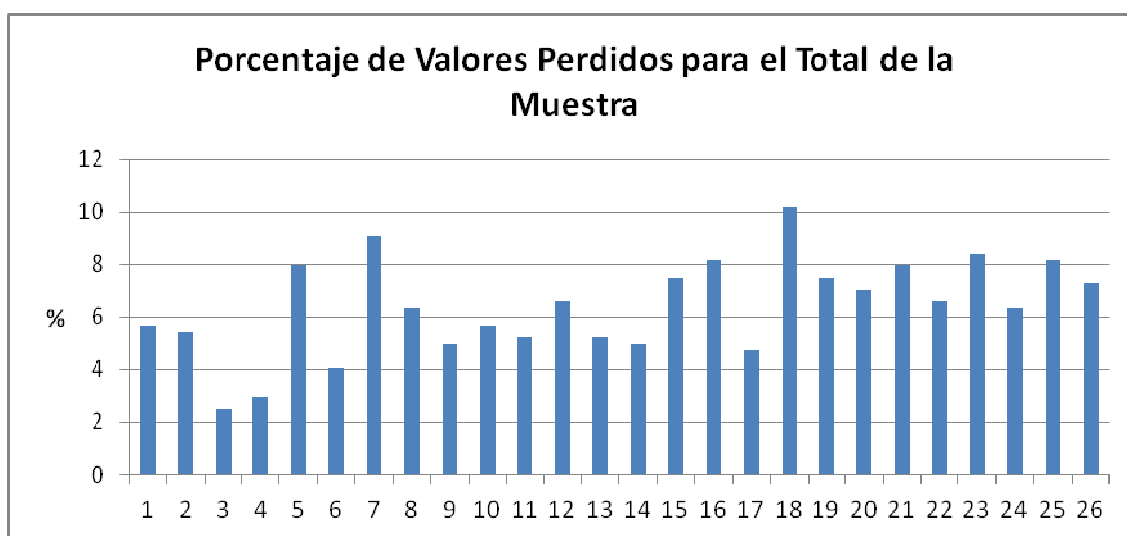


Figura 1. Distribución en porcentajes de los valores perdidos por ítems para la muestra total.

3.1.1.2. Descriptivos de los valores perdidos para la muestra de estudiantes

Desglosando para la muestra de estudiantes, los ítems con más valores perdidos son el 18, 16 y 7. Dada la distribución de la muestra que hemos mostrado anteriormente, era esperable que la muestra de los alumnos tuviera unos ítems con altos valores perdidos similares a los de la muestra general. Estos mismos datos, en porcentajes, se traducen en un 12.20% (18), un 10.30% (16) y un 10.0 (7), tal y como se puede apreciar en la Figura 2.

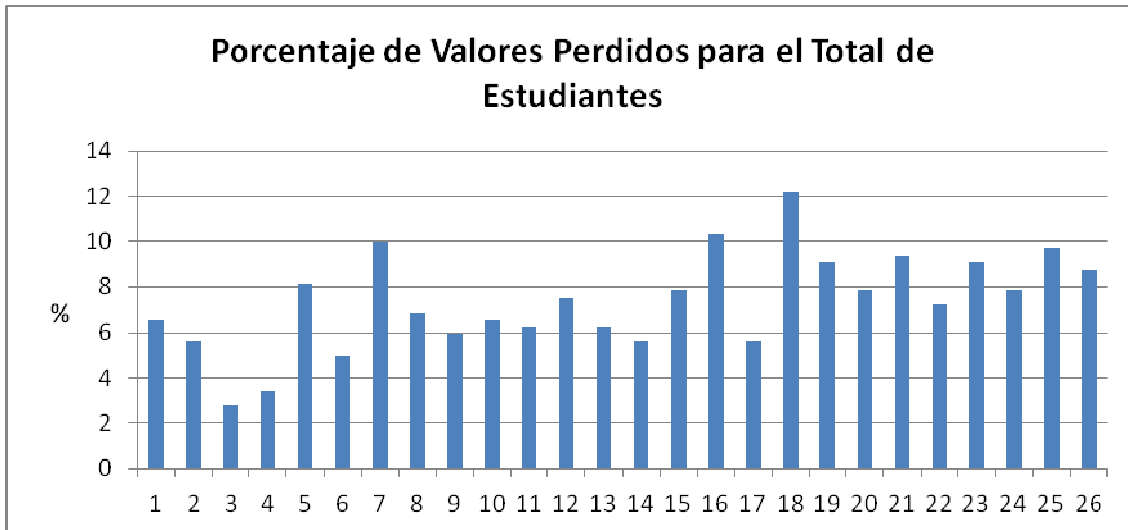


Figura 2. Distribución en porcentajes de los valores perdidos por ítems para la muestra de estudiantes.

Estudiantes: 18, 16 y 7

18 y 16: ET-EP

7: EV-ET

18. La publicación del modelo de las Necesidades Básicas Humanas de Henderson (1955) condujo inmediatamente al rechazo de los aspectos técnicos del cuidado y a su sustitución por el cuidado holístico.

Como ya hemos comentado con anterioridad, este es el ítem con mayor número de valores perdidos para el grupo de alumnos; se sitúa en la transición entre la ET-EP y se centra en la publicación del texto de Henderson (1955) y sus efectos en el modelo de cuidados; el perfil evaluativo de este ítem es ruptural positivo, por lo que su ausencia nos indica que los alumnos no consideran que la publicación de esta obra produjera un cambio positivo significativo en el seno de la disciplina enfermera, o bien que lo desconocen.

16. La publicación del modelo de las necesidades básicas humanas de Henderson (1955) llevó de forma inmediata a olvidar la importancia del cuidado técnico y a la Enfermería a proporcionar cuidados holísticos.

Ítem que se sitúa en el tránsito entre la ET-EP, donde se pregunta nuevamente sobre el modelo de Henderson y si este orientó a que la Enfermería realizara cuidados holísticos de una forma inmediata. Al igual que el ítem 18, su perfil evaluativo es ruptural positivo, por lo que esto refuerza la hipótesis de que los estudiantes desconocen la importancia de este modelo o no lo consideran especialmente valioso.

7. Con la emergencia de la etapa técnica, la dependencia de la toma de decisiones respecto al cuidado de los enfermos de la etapa oscura, cambia de nombre pero sigue sin ser resuelta.

Ítem en la transición entre la EV-ET que plantea que este cambio de etapa no condujo a un cambio en la dependencia en la toma de decisiones. La evaluación de este ítem es una transición estable negativa, por lo que su ausencia nos dificulta conocer el grado de autonomía que los alumnos consideran que tenían las enfermeras.

Cuando dividimos la muestra total de estudiantes por cursos académicos observamos que los ítems con más perdidos de los alumnos de primer curso coinciden con los de la muestra de estudiantes, algo que era esperable en gran medida por cuanto los alumnos de primero constituyen un 64% del total de estudiantes. Lo que sí se produce es una permuta en las posiciones de los ítems 7 y 16; por tanto, los ítems con más perdidos son para el curso de primero el 18, 7 y 16. Para los estudiantes de tercer curso además del ítem 18, que de nuevo es el que presenta mayor número de valores perdidos, aparecen los ítems 19 y 23.

Al ajustar porcentualmente observamos que los ítems más perdidos en primero representan el 12.60% (18), 11.70% (7) y 11.20% (16); para los estudiantes de tercero el 11.40% (18) y 10.50% (19 y 23). Como se puede apreciar en la Figura 3, la diferencia se sitúa ligeramente por encima para los estudiantes de primero.

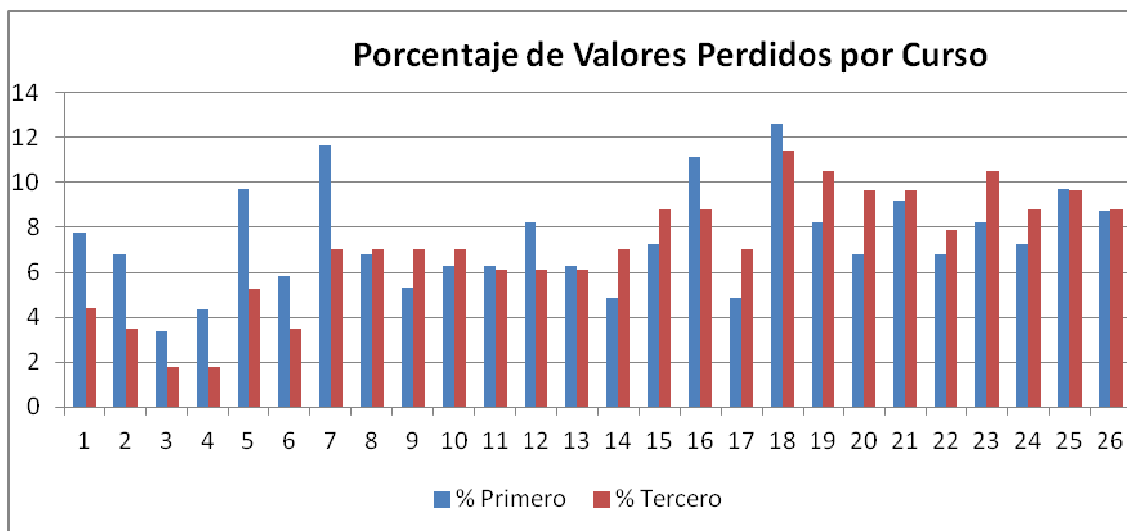


Figura 3. Distribución en porcentajes de los valores perdidos por ítems y curso académico.

Primero:

18 (12.60%): ET-EP

7 (11.70%): EV-ET

16 (11.20%): EV-ET

Tercero:

18 (11.40%): ET-EP

19 (10.50%): ET-EP

23 (10.50%): EV-ET

18. La publicación del modelo de las Necesidades Básicas Humanas de Henderson (1955) condujo inmediatamente al rechazo de los aspectos técnicos del cuidado y a su sustitución por el cuidado holístico.

Nuevamente este ítem se sitúa como el que más valores perdidos arroja, tanto para los alumnos de primero como para los de tercero, por lo que no se aprecian grandes diferencias en la valoración que recibe el modelo de Henderson a lo largo de la formación académica. Recordemos que este ítem evalúa la transición entre la ET-EP donde se pregunta si el modelo de Henderson consiguió de forma inmediata que la Enfermería realizara cuidados holísticos.

7. Con la emergencia de la etapa técnica, la dependencia de la toma de decisiones respecto al cuidado de los enfermos de la etapa oscura, cambian de nombre pero siguen sin ser resueltos.

Como ya hemos indicado con anterioridad, se trata de un ítem que evalúa la transición entre la EV-ET de forma estable negativa y que plantea que el cambio de etapa no condujo a una modificación en la dependencia para la toma de decisiones, por lo que su ausencia nos dificulta conocer el grado de autonomía que los alumnos consideran que tenían las enfermeras.

16. La publicación del modelo de las necesidades básicas humanas de Henderson (1955) llevó de forma inmediata a olvidar la importancia del cuidado técnico y a la Enfermería a proporcionar cuidados holísticos.

Tal y como hemos mostrado previamente, este ítem está situado en el tránsito entre la ET-EP, y considera que la publicación del modelo de Henderson en 1955 condujo a un cambio drástico en el seno de la disciplina enfermera; la falta de valoración de este ítem indica probablemente un desconocimiento de la importancia de este texto.

19. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente.

Este ítem que no había aparecido previamente, es introducido por los alumnos de tercero, y valora positivamente el tránsito de la ET-EP, gracias a la síntesis entre los cuidados técnicos y centrados en la persona; la falta de valoración de este ítem nos dificulta conocer si los alumnos de tercero consideran que esta transición se produjo una integración de los cuidados.

23. En la etapa técnica se integra el cuidado centrado en la enfermedad y en la persona.

Este ítem se sitúa en la transición entre la EV-ET, y, al igual que el ítem anterior, evalúa si este cambio de etapa se deriva de una integración entre el cuidado centrado en la enfermedad y en la persona, aunque en este caso, su perfil es negativo. Esto implica que los alumnos de tercero no valoran si en la etapa técnica se integran las concepciones del cuidado de etapas anteriores.

En un intento de sacar más partido al análisis descriptivo de los ítems que han arrojado más valores perdidos, también hemos dividido la muestra de alumnos a partir de las escuelas universitarias en las que cursan sus estudios. Los ítems con más valores perdidos son más o menos los mismos que hemos encontrado en la muestras anteriores. Aún así, en cada una de las escuelas aparece un ítem que no habíamos encontrado con anterioridad, el 25 en La Paz y el 5 en la Fundación Jiménez Díaz. Así, los ítems con más valores perdidos son el 18, 16 y 25 para los alumnos de La Paz, mientras que en la Fundación Jiménez Díaz son el 7, 5, 18 y 19.

La Figura 4 nos muestra como existen notables diferencias al ajustar las proporciones por Escuelas Universitarias, ya que los estudiantes de la Escuela Universitaria La Paz presentan unos porcentajes de ítems perdidos claramente superiores a los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, así para los alumnos de La Paz se situarían en un 14.90% (18), un 12.40% (16) y un 11.40% (25); mientras que para los de la Fundación Jiménez Díaz son un 9.30% (7) y un 7.60% (5, 18 y 19).

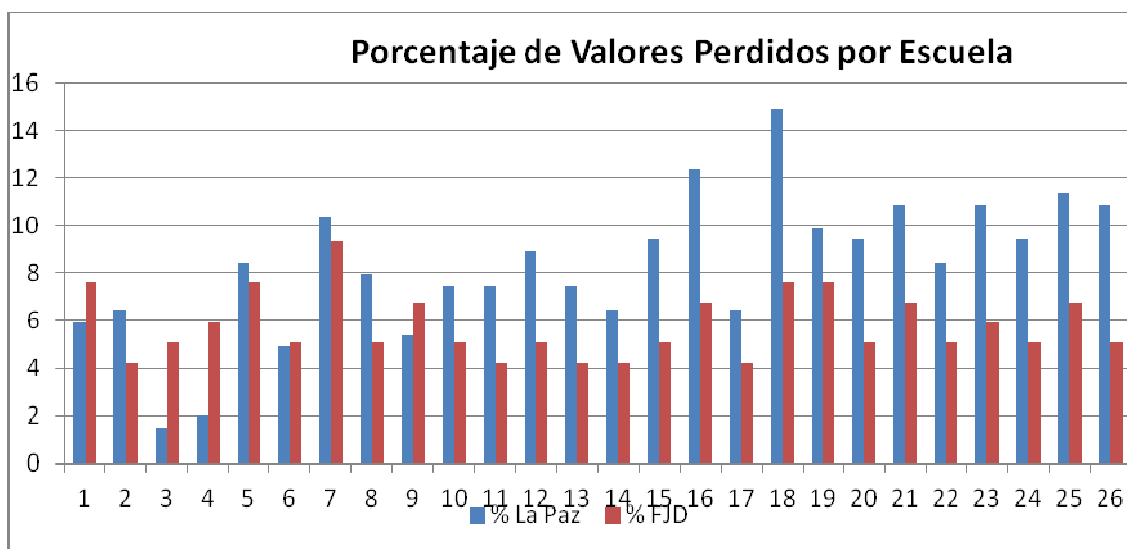


Figura 4. Distribución en porcentajes de los valores perdidos por ítems y Escuela Universitaria.

La Paz:

18 (14.90%): EP-EP

16 (12.40%): ET-EP

25 (11.40%): ET-EP

Fundación Jiménez Díaz:

7 (9.30%): EV-ET

5 (7.60%): ET-EP

18 (7.60%): ET-EP

19 (7.60%): ET-EP

18. La publicación del modelo de las Necesidades Básicas Humanas de Henderson (1955) condujo inmediatamente al rechazo de los aspectos técnicos del cuidado y a su sustitución por el cuidado holístico.

16. La publicación del modelo de las necesidades básicas humanas de Henderson (1955) llevó de forma inmediata a olvidar la importancia del cuidado técnico y a la Enfermería a proporcionar cuidados holísticos.

No nos vamos a detener en estos dos primeros ítems ya que consideramos que los hemos descrito suficientemente más arriba.

25. La Enfermería actual recoge a nivel teórico la ambigüedad conceptual de los cuidados técnicos y de los modelos de cuidados enfermeros.

Este ítem se sitúa en la transición entre la ET-EP y evalúa si la Enfermería actual presenta las ambigüedades conceptuales de los cuidados técnicos y de los modelos enfermeros, por lo que podemos asumir que los alumnos de La Paz desconocen en parte los problemas teóricos de la enfermería en la actualidad.

7. Con la emergencia de la etapa técnica, la dependencia de la toma de decisiones respecto al cuidado de los enfermos de la etapa oscura, cambian de nombre pero siguen sin ser resueltos.

Por primera vez no es el ítem 18 el que acumula un mayor número de perdidos; los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz sitúan en este lugar al ítem 7; recordemos que se trata de un ítem que evalúa la transición entre la EV-ET de forma estable negativa y que plantea que el cambio de etapa no condujo a una modificación en la dependencia para la toma de decisiones, por lo que implica que los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz desconocen el grado de autonomía que tenían las enfermeras en dicho periodo.

5. Durante la etapa técnica, la Enfermería permaneció insensible a los problemas realmente importantes la publicación en 1952 del modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegarda Peplau consiguió de forma inmediata que la Enfermería volviese a plantearse los.

Este ítem no había aparecido con anterioridad; evalúa la transición de la ET-EP de forma análoga a la de los ítems 16 y 18, sólo que en este caso pregunta sobre el modelo de Peplau, por lo que podemos asumir que los alumnos de la Fundación Jiménez Díaz desconocen el impacto de este texto de Peplau.

19. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente.

Como ya hemos señalado con anterioridad, este ítem evalúa positivamente el tránsito de la ET-EP, por la integración de los cuidados técnicos y de los cuidados centrados en la persona, la falta de valoración nos impide conocer si los alumnos de tercero consideran que esta transición se produjo gracias a esta síntesis de los cuidados.

3.1.1.3. Descriptivos de los valores perdidos para la muestra de profesionales

Los ítems que aglutinan un mayor número de valores perdidos para la muestra general de profesionales son el 5, 7, 15 y 23. Lo que significa que existe un claro cambio con respecto a estos mismos datos para los estudiantes, ya que no aparece el ítem número 18 que estaba presente en las distintas muestras de estudiantes, además aparecen un ítem que no estaba presente en dichas muestras como es el ítem 15.

Al ajustar por porcentaje, también podemos apreciar diferencias, ya que estos son claramente más bajos que en el caso de los alumnos (ver Figura 5). Concretamente se sitúan en un 7.40% (5) y un 6.60% (7, 15 y 23).

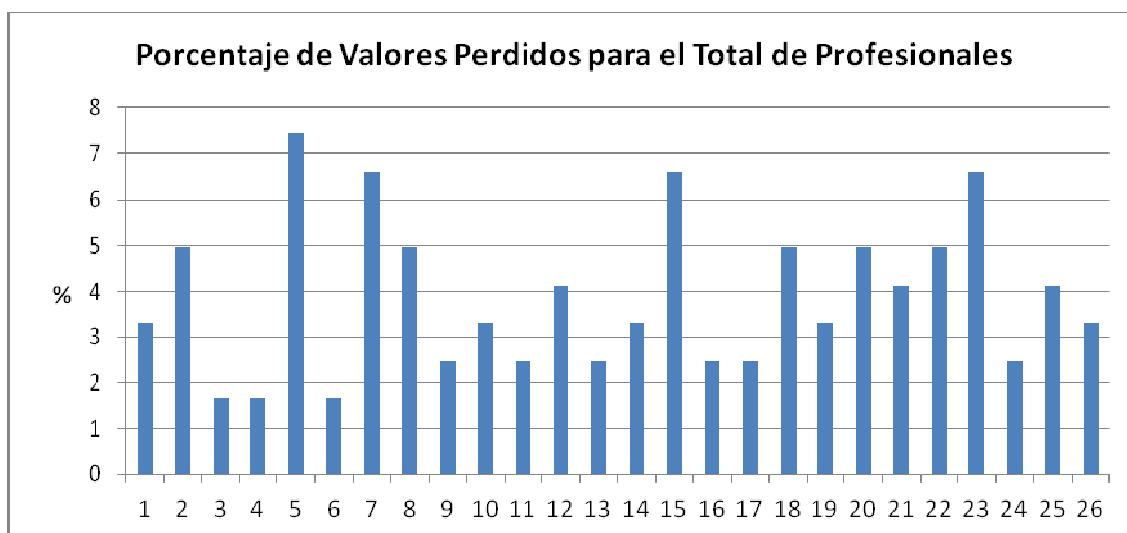


Figura 5. Distribución en porcentajes de los valores perdidos por ítems para la muestra de profesionales.

Profesionales: 5, 7, 15 y 23

5: ET-EP

7, 15 y 23: EV-ET

5. Durante la etapa técnica, la Enfermería permaneció insensible a los problemas realmente importantes la publicación en 1952 del modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegarda Peplau consiguió de forma inmediata que la Enfermería volviese a plantearse los.

Como ya hemos indicado previamente, este ítem es análogo a los ítems 16 y 18, pero en lugar de preguntar sobre el modelo de Henderson lo hace sobre el de Peplau, por lo que podemos asumir que el grupo de los profesionales desconoce el impacto de este texto de Peplau.

7. Con la emergencia de la etapa técnica, la dependencia de la toma de decisiones respecto al cuidado de los enfermos de la etapa oscura, cambian de nombre pero siguen sin ser resueltos.

Este ítem ya ha ido apareciendo con anterioridad; recordemos que se trata de un ítem que evalúa la transición entre la EV-ET de forma estable negativa y que plantea que el paso de etapa no condujo a un cambio en la dependencia para la toma de decisiones, lo que implica que los profesionales desconocen el grado de autonomía que tenían las enfermeras durante dicho periodo.

15. El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica.

Ítem entre la EV-ET, se centra en el que podríamos considerar como el *mito fundacional* de la enfermería, ya que pregunta si la publicación de la obra de Nightingale “*Notas de Enfermería. Qué es y qué no es*” consiguió el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica, esto es, si condujo de forma inmediata a una valoración más positiva de la Enfermería. En nuestra opinión, la aparición de este ítem entre los que presentan mayor número de valores perdidos implica nuevamente un desconocimiento respecto de los textos historiográficos formales de la disciplina, dado que la figura de Florence Nightingale es mundialmente conocida y la obra sobre la que se pregunta, la única que ha sido traducida al castellano.

23. En la etapa técnica se integra el cuidado centrado en la enfermedad y en la persona.

Este ítem se sitúa en la transición entre la EV-ET, evalúa si en este cambio de etapa se produce una integración entre el cuidado centrado en la enfermedad y en la persona, aunque en este caso, su perfil es negativo. Esto implica que los profesionales desconocen si en la etapa técnica se integran o no los cuidados de etapas anteriores.

Al separar el grupo de profesionales en función de su tipo de trabajo aparecen importantes diferencias respecto a qué ítems acumulan el mayor número de valores perdidos. Así, para los docentes estos son el 7 y el 22; mientras que para los asistenciales son el 15 y el 5. Cuando ajustamos por proporciones (ver Figura 6) nos encontramos con un porcentaje del 9.40% (7 y 22) para los docentes y un 7.90% (15 y 5) para los asistenciales.

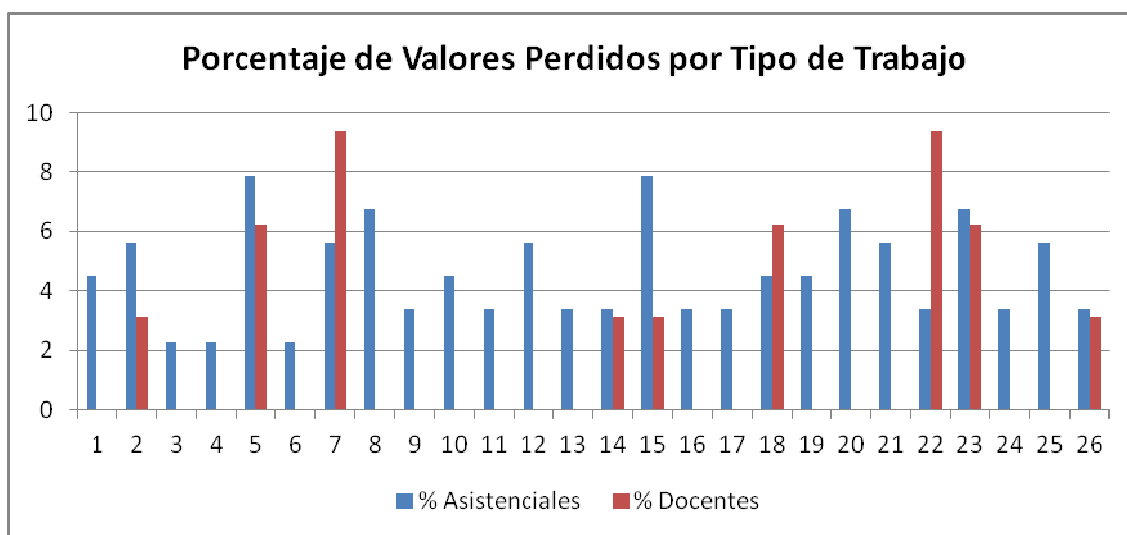


Figura 6. Distribución en porcentajes de los valores perdidos por ítems y Tipo de Trabajo.

Docentes:

7 (9.40%): EV-ET

22 (9.40%): EP-FUT

Asistenciales:

5 (7.90%): ET-EP

15 (7.90%): EV-ET

7. Con la emergencia de la etapa técnica, la dependencia de la toma de decisiones respecto al cuidado de los enfermos de la etapa oscura, cambian de nombre pero siguen sin ser resueltos.

Como hemos venido señalado, se trata de un ítem que evalúa la transición entre la EV-ET de forma estable negativa, planteando que esta transición no condujo a un cambio en la dependencia respecto a la toma de decisiones, lo que implica que los docentes desconocen el grado de autonomía que tenían las enfermeras durante dicho periodo.

22. *La Enfermería del futuro será consecuencia de una síntesis (nueva) entre los enfoques teóricos dominantes en la actualidad.*

Único ítem, como ya se ha reseñado con anterioridad, del periodo de transición entre la EP-FUT, donde se pregunta si la enfermería en el futuro provendrá de una integración de los enfoques dominantes en la actualidad. Lo que implica una indefinición de los profesionales con respecto al enfoque teórico predominante en el futuro.

5. *Durante la etapa técnica, la Enfermería permaneció insensible a los problemas realmente importantes la publicación en 1952 del modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegarda Peplau consiguió de forma inmediata que la Enfermería volviese a plantearse los.*

Como hemos venido señalado, este ítem es equivalente en su valoración evalúa a los ítems 16 y 18, pero en lugar de preguntar sobre el modelo de Henderson lo hace sobre el de Peplau, por lo que podemos asumir que el grupo de los profesionales asistenciales desconoce el impacto de este texto de Peplau.

15. *El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica.*

Ítem situado en la transición entre la EV-ET, y que como hemos indicado con anterioridad, se centra en el que antes hemos considerado *mito fundacional* de la enfermería, ya que pregunta si la publicación de la obra de Nightingale "*Notas de Enfermería. Qué es y qué no es*" condujo de forma inmediata a una valoración de la Enfermería como disciplina científica. Consideramos que la aparición de este ítem implica nuevamente un desconocimiento respecto de los textos "clásicos" de la disciplina, dado que se pregunta por la única obra de Nightingale traducida de hecho a nuestro idioma.

De los análisis descriptivos que hemos realizado se pueden extraer algunas conclusiones tentativas que pueden resultarnos útiles para posteriores análisis. Así, como ya habíamos comentado con anterioridad, la distribución de los ítems con un mayor número de valores perdidos por transiciones históricas no se realiza de una forma proporcional entre

las tres transiciones que hemos evaluado en el cuestionario; así la mayor parte de ellos, en concreto 5 ítems, se localizan en la transición entre la ET-EP, algo que en principio puede deberse a que en esta transición se evalúan más ítems que en las otras dos, con un total de 11 ítems. No obstante, en la transición entre la EV-ET que cuenta con 7 ítems, tres de ellos aparecen dentro del grupo de ítems con más valores perdidos; frente al único ítem que presenta la transición EP-FUT y que consta de 8 ítems.

Además, si analizamos estos mismos ítems en función de su perfil evaluativo, nos encontramos con que, exceptuando el ítem 7, que es estable negativo, el resto de los ítems con altos valores de ausencia de respuesta son del tipo ruptural y dialéctico (tanto positivo como negativo). Esta distribución se da tanto para la muestra de alumnos como para la de profesionales y parece estar indicando un tipo de narración histórica “ideal” para el grupo con el que hemos trabajado.

3.1.2. Descriptivos de los ítems con menor variabilidad

A continuación vamos a mostrar una serie de tablas que muestran los ítems que han conseguido un mayor grado de consenso, es decir, aquellos ítems que han recibido las puntuaciones medias más altas y más bajas y con menor desviación típica.

Como podemos apreciar en la Tabla 19, los ítem 17 y 19 son los que han obtenido una mayor puntuación; similar consenso, pero en sentido contrario, lo ha alcanzado el ítem 14.

ESTATUS		Media	Desviación típica
General	Ítem 17	4,58	1,47
	Ítem 19	4,09	1,43
	Ítem 14	2,27	1,31
	Ítem 6	2,58	1,40
Estudiantes	Ítem 17	4,52	1,50
	Ítem 19	4,01	1,50
	Ítem 14	2,31	1,31
	Ítem 6	2,59	1,38
Profesionales	Ítem 17	4,74	1,37
	Ítem 19	4,30	1,21
	Ítem 26	2,05	1,24
	Ítem 14	2,31	1,31

Tabla 19. Ítems con mayor consenso.

Hemos dividido la muestra entre alumnos y profesionales en un intento de clarificar los datos. La Tabla 20 nos muestra los ítems que han alcanzado un mayor grado de consenso en el caso de los alumnos.

ESTUDIANTES		Media	Desviación típica
Primero	Ítem 17	4,60	1,43
	Ítem 19	4,07	1,42
	Ítem 14	2,43	1,29
	Ítem 6	2,70	1,33
Tercero	Ítem 17	4,40	1,62
	Ítem 2	4,16	1,41
	Ítem 14	2,12	1,32
	Ítem 6	2,41	1,46
La Paz	Ítem 17	4,74	1,37
	Ítem 4	3,99	1,17
	Ítem 14	2,35	1,29
	Ítem 6	2,49	1,33
Fundación Jiménez Díaz	Ítem 17	4,66	1,36
	Ítem 2	4,20	1,21
	Ítem 14	2,25	1,33
	Ítem 6	2,78	1,45

Tabla 20. Ítems con mayor consenso para los distintos grupos de estudiantes.

La Tabla 21, nos permite apreciar estos mismos datos para los profesionales.

TIPO TRABAJO		Media	Desviación típica
Docente	Ítem 17	5,00	0,77
	Ítem 19	4,66	0,76
	Ítem 26	1,60	0,98
	Ítem 24	2,09	1,17
Asistencial	Ítem 17	4,64	1,54
	Ítem 2	4,48	1,45
	Ítem 14	2,19	1,36
	Ítem 26	2,24	1,30

Tabla 21. Ítems con mayor consenso para docentes y asistenciales.

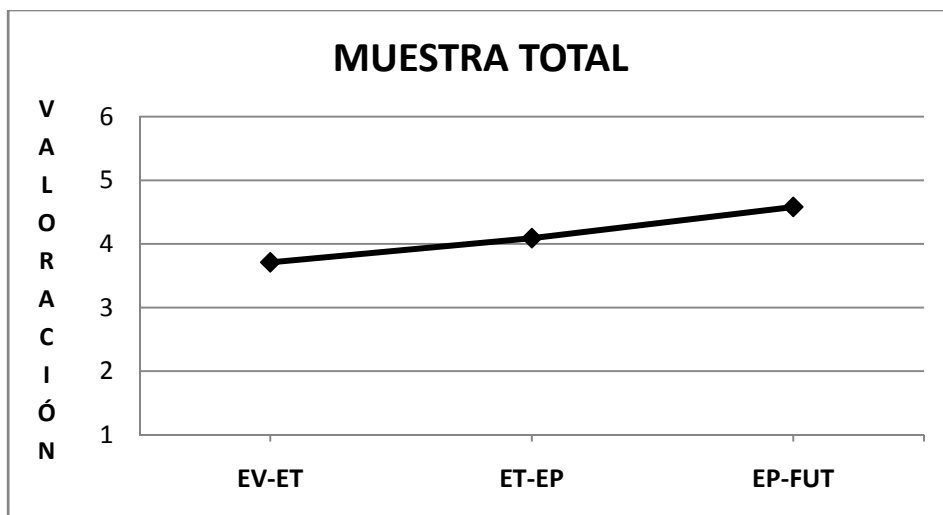
La Tabla 22 nos muestra los mismos datos, pero desglosados por tipo de trabajo.

TIPO TRABAJO		Media	Desviación típica
Gestión Docente	Ítem 13	5,29	0,49
	Ítem 17	5,14	0,69
	Ítem 26	1,29	0,49
	Ítem 14	1,71	0,76
Docente	Item17	4,92	0,81
	Ítem 19	4,56	0,82
	Ítem 26	1,68	1,11
	Ítem 24	2,12	1,24
Gestión Asistencial	Ítem 17	5,28	0,89
	Ítem 21	4,78	0,81
	Ítem 14	2,06	1,00
	Ítem 26	2,22	0,94
Asistencial	Ítem 2	4,69	1,30
	Ítem 17	4,50	1,61
	Ítem 26	2,21	1,36
	Ítem 14	2,21	1,42

Tabla 22. Ítems con mayor consenso para los profesionales según tipo de trabajo.

Como conclusión de las tablas que hemos ido revisando, podemos decir que los ítem 17 y 19 son los que han obtenido una mayor puntuación, similar consenso pero en sentido contrario, esto es con menor puntuación, lo ha alcanzado el ítem 14. Estos ítems se centran en las transiciones históricas entre EP-FUT y ET-EP (el 19); si analizamos el perfil evaluativo de estos ítems, nos encontramos que este es más variable que para los ítems con más valores perdidos, ya que el ítem 17 es un estable positivo, el 19 dialéctico positivo y los ítems 14 y 6 regresivos.

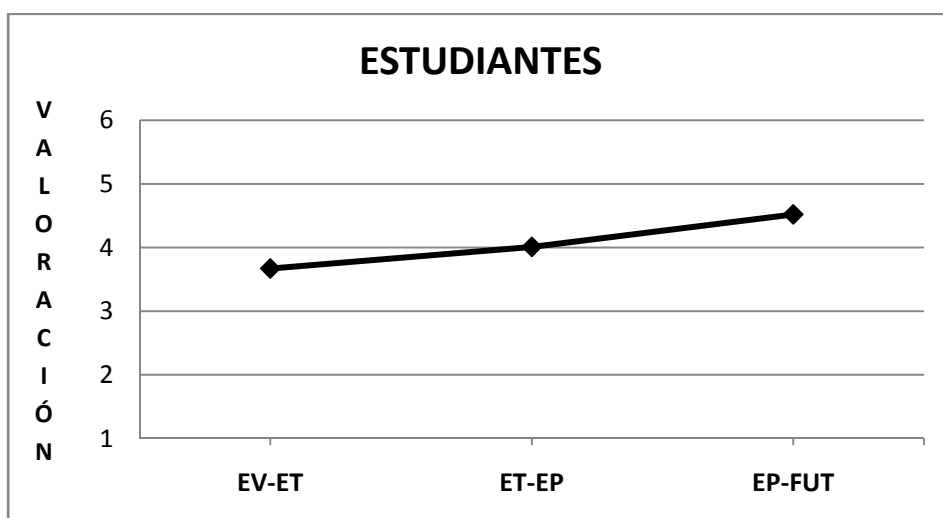
Una vez vistos los ítems que generan un mayor consenso, vamos a reconstruir los que podríamos considerar como los “relatos ideales” para cada uno de los grupos de nuestra muestra, para lo cual hemos seleccionado aquel ítem que ha obtenido mayores puntuaciones para cada una de las transiciones.



20. La etapa técnica es consecuencia de la síntesis entre los factores sociales, educativos y tecnológicos.

19. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente.

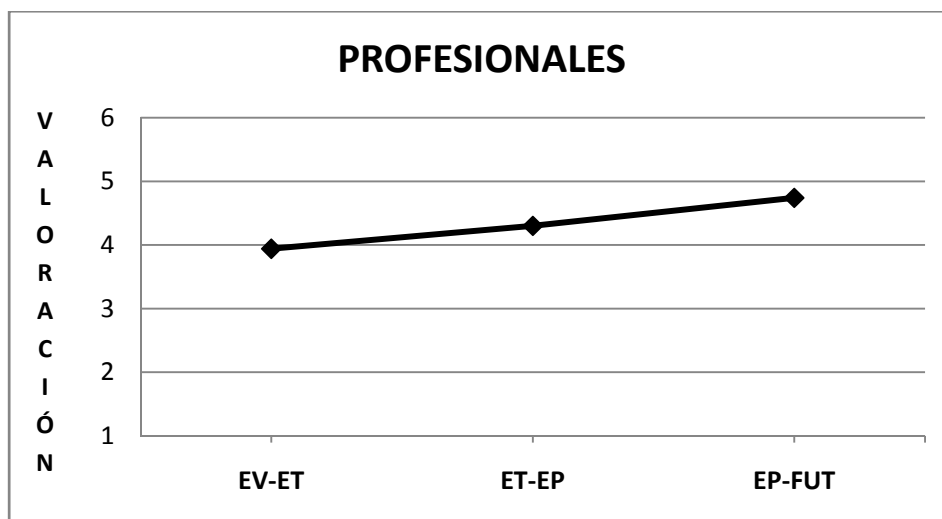
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.



15. El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica.

19. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente.

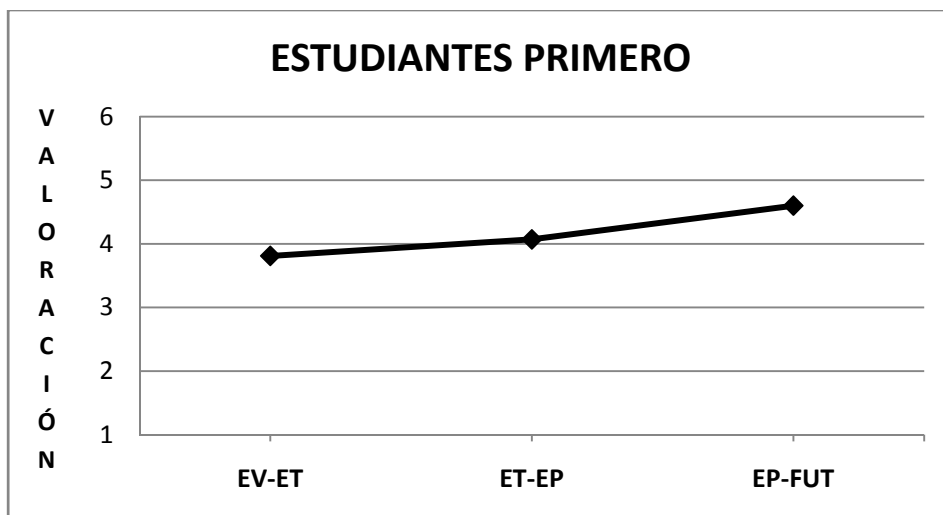
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.



12. La etapa técnica llevó a la Enfermería a superar el cuidado como valor religioso, de la misma manera que la época oscura (e.t. vocacional) había servido para superar el cuidado practicado únicamente por miembros de órdenes religiosas.

19. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente.

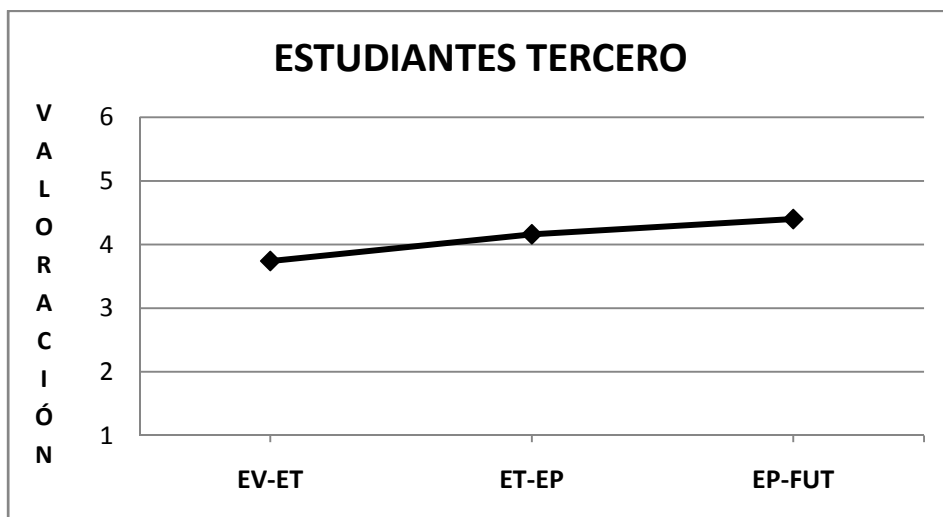
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.



20. La etapa técnica es consecuencia de la síntesis entre los factores sociales, educativos y tecnológicos.

19. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente.

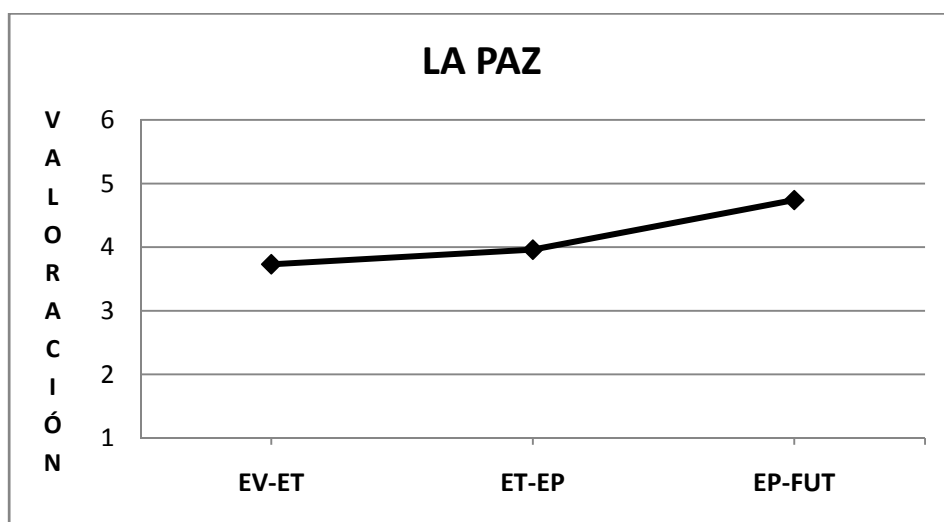
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.



1. En la etapa técnica de la Enfermería eliminó la riqueza de la Enfermería centrada en el enfermo de la misma forma que ésta contribuyó a eliminar la idea del cuidado como valor religioso.

2. La etapa profesional originó una verdadera revolución teórica y todos los aspectos del cuidado de la etapa técnica son integrados por completo.

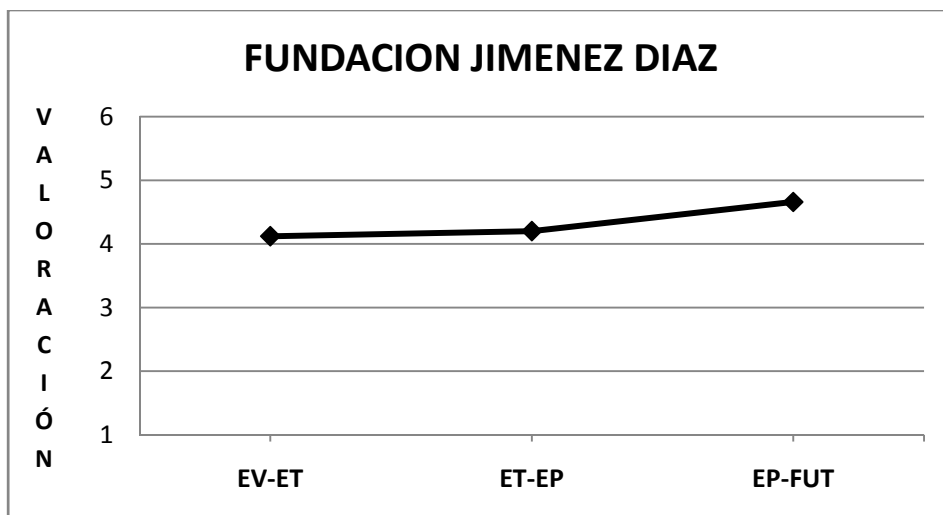
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.



1. En la etapa técnica de la Enfermería eliminó la riqueza de la Enfermería centrada en el enfermo de la misma forma que ésta contribuyó a eliminar la idea del cuidado como valor religioso.

19. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente.

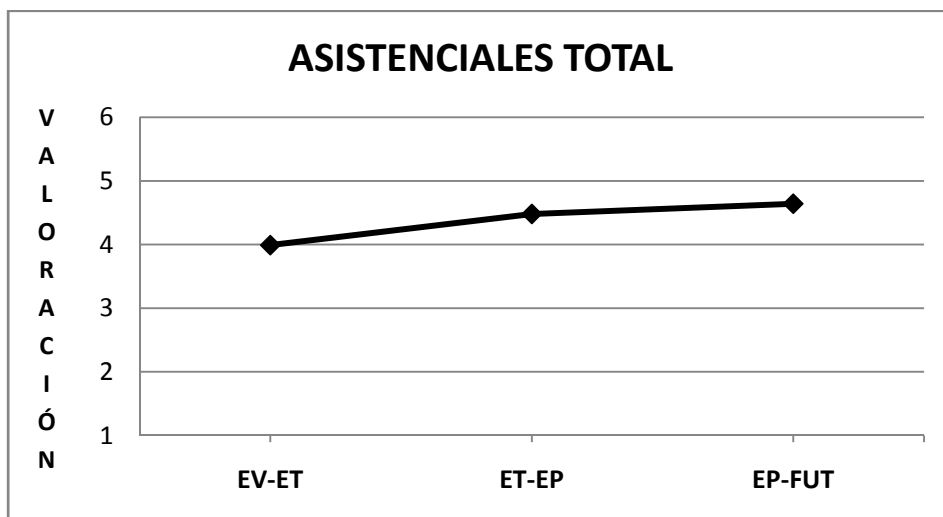
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.



8. Con la emergencia de la etapa técnica, los aspectos relevantes del cuidado centrado en el enfermo son integrados, en un intento de conjugar una atención integral.

2. La etapa profesional originó una verdadera revolución teórica y todos los aspectos del cuidado de la etapa técnica son integrados por completo.

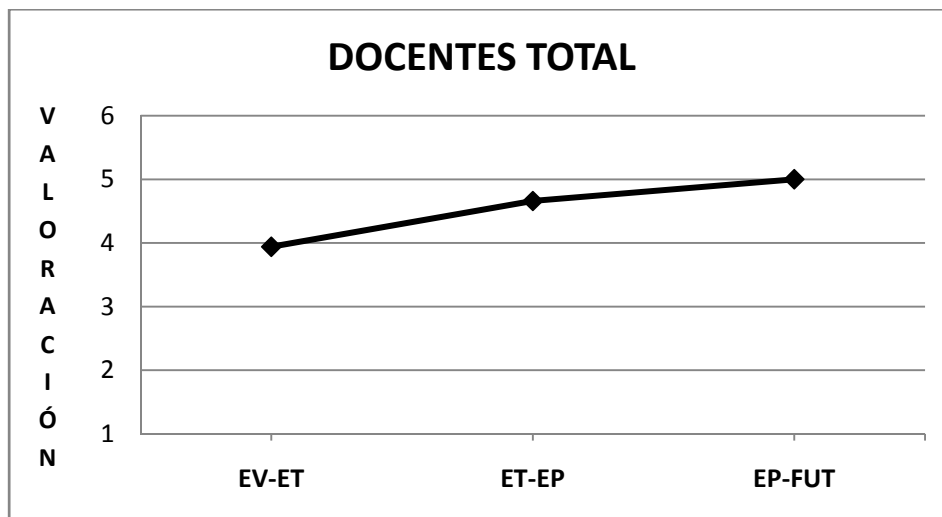
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.



12. La etapa técnica llevó a la Enfermería a superar el cuidado como valor religioso, de la misma manera que la época oscura (e.t. vocacional) había servido para superar el cuidado practicado únicamente por miembros de órdenes religiosas.

2. La etapa profesional originó una verdadera revolución teórica y todos los aspectos del cuidado de la etapa técnica son integrados por completo.

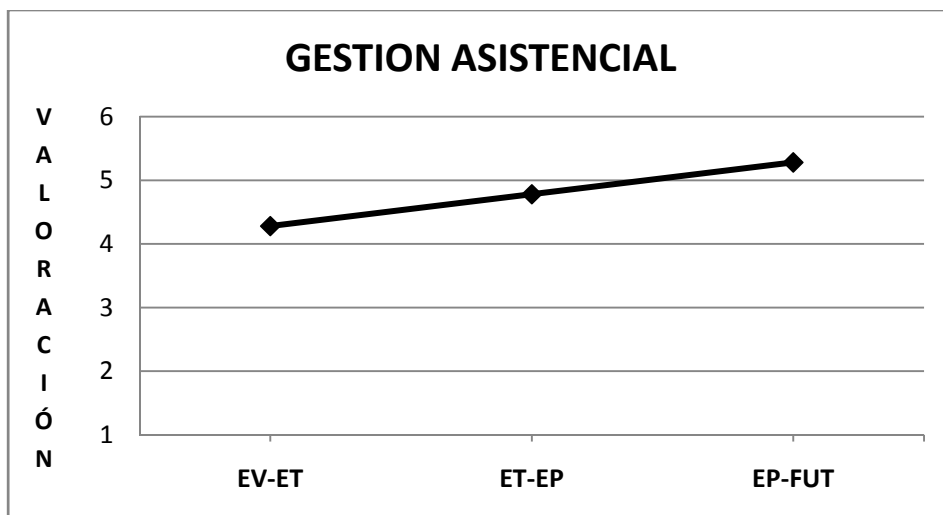
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.



7. Con la emergencia de la etapa técnica, la dependencia de la toma de decisiones respecto al cuidado de los enfermos de la etapa oscura, cambian de nombre pero siguen sin ser resueltos.

19. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente.

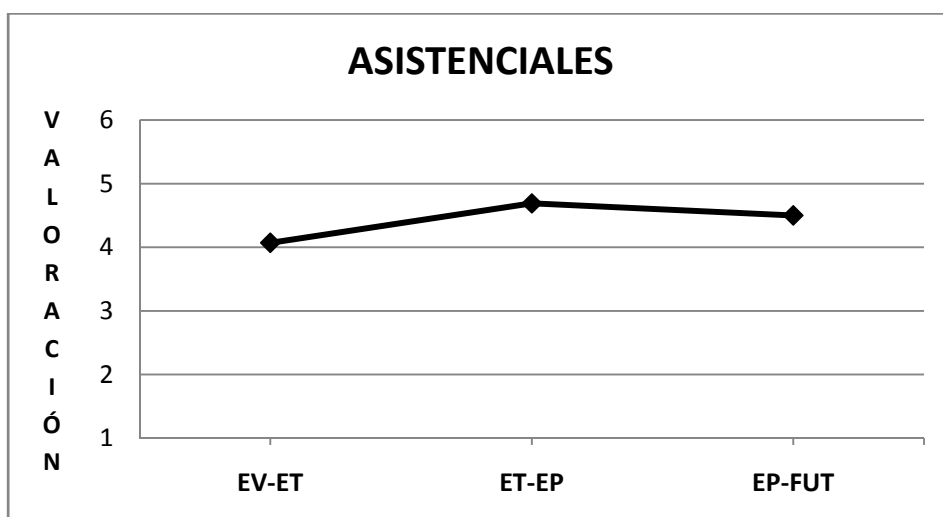
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.



15. El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica.

21. La Enfermería en el momento actual asume la importancia de los cuidados holísticos tal y como lo había hecho la Enfermería humanística e incluye el cuidado técnico.

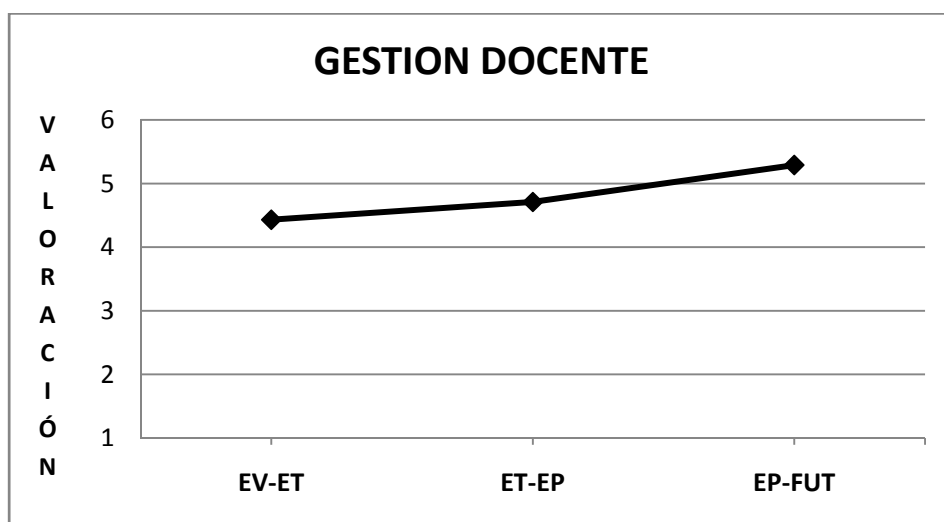
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.



12. La etapa técnica llevó a la Enfermería a superar el cuidado como valor religioso, de la misma manera que la época oscura (e.t. vocacional) había servido para superar el cuidado practicado únicamente por miembros de órdenes religiosas.

2. La etapa profesional originó una verdadera revolución teórica y todos los aspectos del cuidado de la etapa técnica son integrados por completo.

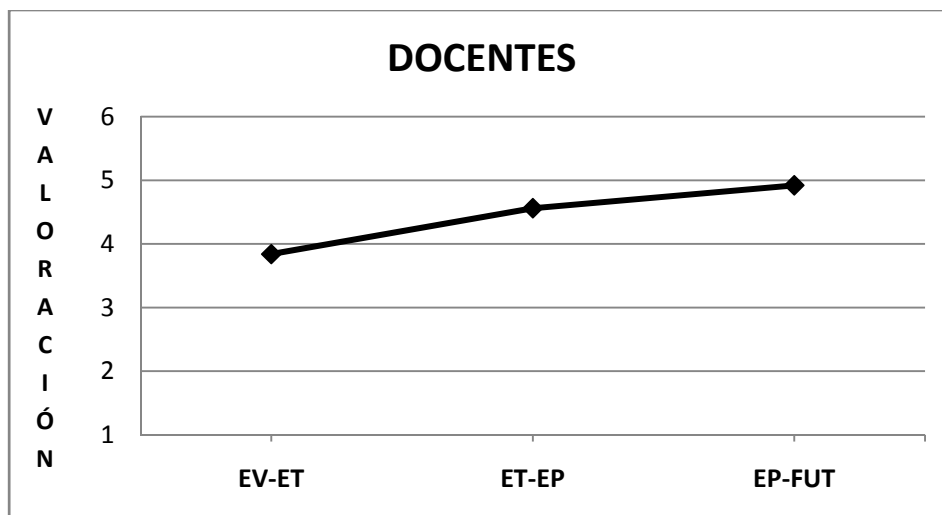
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.



7. Con la emergencia de la etapa técnica, la dependencia de la toma de decisiones respecto al cuidado de los enfermos de la etapa oscura, cambian de nombre pero siguen sin ser resueltos.

19. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente.

13. El futuro de la Enfermería depende de la posibilidad de abordar los problemas que actualmente tratamos de resolver a través de los enfoques teóricos.



20. La etapa técnica es consecuencia de la síntesis entre los factores sociales, educativos y tecnológicos.

19. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente.

17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.

Como hemos podido comprobar el “relato ideal” para todas las muestras nos marca una visión positiva de la historia de la Enfermería, ya que con pequeñas variaciones, la puntuación de los distintos grupos para cada transición histórica va en aumento. La excepción a este relato llamémosle tipo, la constituye la muestra de profesionales asistenciales, donde podemos observar una disminución en la puntuación de la transición que valora la etapa profesional-futuro, lo que puede evidenciar los problemas de satisfacción laboral, *burnout*, etc., que inciden con especial relevancia en este colectivo y que les lleva a una visión marcadamente pesimista del futuro de su disciplina.

3.2. Análisis factorial

Este análisis tiene dos objetivos distintos. Por un lado, nos permitirá establecer las propiedades psicométricas del cuestionario de representaciones históricas, lo que nos va a servir para conocer el grado de robustez del instrumento utilizado. Por otro lado, vamos a realizar un análisis factorial exploratorio que nos sirva para estudiar la estructura factorial del cuestionario de representaciones históricas. Esta estrategia metodológica la hemos aplicado a la muestra total, así como a las distintas submuestras, a saber, estudiantes, estudiantes por curso y por Escuela Universitaria, profesionales y profesionales por tipo de trabajo.

3.2.1. Propiedades psicométricas

En este apartado, vamos a ir reseñando las distintas decisiones metodológicas que con respecto al análisis del cuestionario sobre representaciones históricas hemos ido adoptando. Como ya hemos señalado con anterioridad, de la muestra original sólo eliminamos aquellos sujetos que no contestaron a ninguna de las preguntas del cuestionario; el resto de los sujetos se mantuvo, y, en los casos en los que no respondieron a alguna cuestión, este valor perdido se sustituyó por la media de las respuestas dadas para ese ítem.

Como método de extracción de factores empleamos el método de máxima verosimilitud (ML). Como nos indican García Jiménez, Gil Flores y Rodríguez Gómez (2000) ML considera la mejor estimación posible de la matriz de correlación reproducida en la población como principio de extracción, es decir, busca la solución factorial como principio de extracción, lo que nos pareció adecuado dado que nuestra muestra abarcaba todo el universo enfermero, desde los estudiantes a los profesionales. Además, ML es el método más adecuado desde el punto de vista estadístico (Abad, Olea, Ponsoda y García, 2011).

Para seleccionar el número de factores empleamos la raíz del residuo cuadrático promedio de aproximación (RMSEA), que estima la discrepancia entre la matriz de correlación poblacional y la matriz reproducida por el modelo propuesto, con valores que nos indican un buen ajuste (< 0.05) o un ajuste admisible (0.05-0.08) (Ferrando y Anguiano,

2010 y Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). Excepto en aquellos casos en los que el tamaño muestral es tan pequeño que el estadístico se vuelve muy conservador.

Para la obtención de la solución transformada, o rotación, realizamos una rotación oblicua con el método de *Direct oblimin*, ya que considerábamos que los factores podían estar relacionados, es decir, no ser independientes.

Siguiendo a Abad, Olea, Ponsoda y García (2011) empleamos la matriz de estructura para estimar las saturaciones de los ítems en los distintos factores, evitando de esa manera las posibles inestabilidades derivadas de una importante correlación entre los factores que se produciría en la matriz de configuración. Finalmente, señalar que para llevar a cabo el análisis factorial exploratorio se seleccionaron aquellos ítems cuya saturación fuese > 0.30 en las variables.

En el Anexo XII hemos incluido las matrices de estructura resultantes, así como el RMSEA de los distintos grupos.

Respecto a la fiabilidad del cuestionario, vamos a emplear el coeficiente α de Cronbach como indicador de dicha medida, teniendo en cuenta que, como ocurre en la práctica totalidad de los test, los ítems no son paralelos. Suele considerarse una "estimación por defecto" del coeficiente de fiabilidad, lo que significa que es igual al coeficiente (si los ítems son paralelos) o menor (cuando no lo son). Para la muestra total obtuvimos un α de Cronbach de 0.838; sin embargo, consideramos que es más adecuado tener en cuenta el coeficiente α de Cronbach para cada factor, como indicador de fiabilidad, tal y como se muestra en la Tabla 23.

MUESTRA	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Muestra Total	0.822	0.768	0.558
Estudiantes	0.854	0.736	0.802
Est. Primero	0.804	0.763	0.787
Est. Tercero	0.898	0.362	0.870
Est. La Paz	0.886	0.860	0.779
Est. Fundación Jiménez Díaz	0.679	0.631	0.660
Profesionales	0.769	0.716	0.723
Prof. Asistenciales	0.785	0.781	0.778
Prof. Docentes	0.793	0.528	0.346

Tabla 23. Distribución del coeficiente α de Cronbach por grupos y factores.

Como podemos comprobar, el coeficiente α de Cronbach está condicionado por la carga, es decir, el número de ítems de cada factor, por ejemplo en el factor 3 de la muestra total, formado por 5 ítems o el factor 2 de la muestra de estudiantes de tercer curso con 5 ítems también; de manera que obtenemos una mayor fiabilidad cuanto mayor sea la carga.

Una estrategia para aumentar la fiabilidad de nuestro cuestionario consiste en analizar el coeficiente α de Cronbach resultante de eliminar algún ítem del factor. Metodológicamente parece adecuado eliminar aquellos ítems que nos permitan aumentar el coeficiente α de Cronbach del factor. Como resultado de esta operación, se eliminaron un total de 13 ítems. En la Tabla 24 podemos observar los α de Cronbach finalmente obtenidos, con las mejoras resaltadas

MUESTRA	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Muestra Total	0.822	0.768	0.582
Estudiantes	0.854	0.736	0.808
Est. Primero	0.804	0.763	0.787
Est. Tercero	0.898	0.362	0.870
Est. La Paz	0.887	0.860	0.786
Est. Fundación Jiménez Díaz	0.685	0.709	0.666
Profesionales	0.772	0.716	0.743
Prof. Asistenciales	0.791	0.781	0.778
Prof. Docentes	0.805	0.601	0.357

Tabla 24. Distribución mejorada del coeficiente α de Cronbach por grupos y factores.

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows en su versión 15.0; para el cálculo de la RMSEA, se empleó el software de libre disposición creado por Abad.

3.2.2. Análisis factorial exploratorio

Una vez establecidas las propiedades psicométricas del cuestionario de representaciones históricas y expuesta la estrategia metodológica que hemos seguido, vamos a mostrar los resultados obtenidos del análisis factorial exploratorio que hemos realizado, lo que nos permitirá conocer la estructura factorial de dicho cuestionario.

3.2.2.1. Análisis factorial de la muestra total

Del análisis factorial de la muestra total hemos obtenido tres factores que explican el 29% de la varianza total.

El primer factor está compuesto por 14 ítems, que ordenados en función de su peso son: 19, 21, 17, 22, 15, 12, 20, 16, 13, 25, 18, 23, 11 y 2. Hemos denominado a este factor el **cuidado como valor**; incluye elementos como cuidado holístico, integración, síntesis, superación del valor religioso, etc. En nuestra opinión, este factor revela una conciencia

grupala clara de la importancia del cuidado, mostrando la complejidad del mismo, ya que engloba las esferas física, psicológica y social de la persona, es decir, el denominado cuidado holístico, como nos muestra entre otros el ítem 21: *“La Enfermería en el momento actual asume la importancia de los cuidados holísticos tal y como lo había hecho la Enfermería humanística e incluye el cuidado técnico”*. Esta complejidad del cuidado se ha producido en el devenir histórico mediante la superación del cuidado como valor formalmente religioso y, sobre todo, a través de la integración de los distintos abordajes que del cuidado se han dado históricamente, como nos señalan los ítems 19 y 20: *“La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente”*; *“La etapa técnica es consecuencia de la síntesis entre los factores sociales, educativos y tecnológicos”*.

El segundo factor está formado por 11 ítems, a saber, 26, 24, 14, 6, 18, 25, 8, 23, 20, 16 y 10, y lo hemos denominado la **crisis de los cuidados**, al contrario que el factor anterior, este pone de manifiesto la existencia de una serie de problemas sin resolver en relación con los cuidados. Un ejemplo lo constituye el ítem 26, *“Los cuidados centrados en el paciente en su intento de aplicar la metodología científica (proceso de Enfermería) a los problemas y situaciones de salud sólo consigue simplificarlos y convertirlos en irrelevantes”*. La mayoría de los ítems que saturan con un alto peso este factor suelen reflejar una actitud crítica o prevenida respecto a la idea de que el progreso de la enfermería pudiera llevar al abandono de los problemas importantes o la simplificación de los mismos.

Finalmente, el tercer factor obtenido tras realizar el análisis factorial está compuesto por 4 ítems, 7, 10, 3 y 12. En este factor lo que se destaca es la falta de autonomía en la toma de decisiones de las enfermeras, apareciendo esta idea explícitamente en varios ítems como el 7 o el 10: *“Con la emergencia de la etapa técnica, la dependencia de la toma de decisiones respecto al cuidado de los enfermos de la etapa oscura, cambian de nombre pero siguen sin ser resueltos”* o *“En la etapa profesional, los problemas no resueltos de toma de decisiones del cuidado adoptan otros nombres, pero, en realidad, siguen sin resolverse”*, por eso lo hemos denominado como **la Enfermería en la sombra**.

3.2.2.2. Análisis factorial de la muestra de estudiantes

Al realizar el análisis factorial con los resultados de la muestra de estudiantes, nos encontramos con la aparición de tres factores responsables del 30.98% de la varianza.

El primero de ellos está compuesto por 14 ítems (17, 19, 20, 21, 22, 23, 15, 25, 16, 8, 12, 18, 13 y 24). Como podemos observar, de los 14 ítems que componen este factor, 12 coinciden con los ítems encontrados en el primer factor de la muestra total. Las ideas que aparecen con mayor frecuencia son las de síntesis, integración y cuidados holísticos; a modo de ejemplo presentamos el ítem 19: *“La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente”*. Como se puede apreciar, se trata de ideas muy similares a las aparecidas en el primer factor de la muestra total. Por ello, hemos decidido denominarlo de la misma manera, es decir, el **cuidado como valor**.

El segundo factor encontrado tras el análisis factorial está compuesto por 8 ítems, a saber, el 26, 24, 14, 6, 10, 25, 3 y 18. De nuevo, existe una clara simetría entre este factor y el segundo factor obtenido para la muestra total, de hecho sólo hay un ítem, el 3, que no se encuentra en este factor para la muestra total. Por lo que consideramos que ambos factores están evaluando lo mismo y hemos considerado adecuado mantener el mismo nombre, recordemos, la **crisis de los cuidados**.

El tercer factor está compuesto por 14 ítems, 18, 12, 16, 1, 21, 9, 2, 10, 13, 11, 19, 22, 5 y 25. A diferencia de los casos anteriores, este factor, en nuestra opinión, no es tan claro, ya que aparecen ítems que indican una conciencia de la mejora con el paso de las etapas históricas o de la importancia de la publicación de distintos modelos teóricos, frente a otros que ponen de manifiesto la dependencia para la toma de decisiones. No hemos encontrado una interpretación razonable para este factor. Parece, en todo caso, que este factor pone de manifiesto la ambigüedad del estatuto teórico formal de la disciplina enfermera; sirvan como ejemplo las diferencias entre los ítems 9 y 10: *“La etapa profesional ha llevado a la Enfermería a superar la etapa técnica de la misma manera que la etapa técnica había llevado a superar la etapa vocacional (época oscura)”* frente a *“En la etapa profesional, los problemas no resueltos de toma de decisiones del cuidado adoptan otros nombres, pero, en*

realidad, siguen sin resolverse” o entre los ítems 21 y 25: “La Enfermería en el momento actual asume la importancia de los cuidados holísticos tal y como lo había hecho la Enfermería humanística e incluye el cuidado técnico”, que se opone a “La Enfermería actual recoge a nivel teórico la ambigüedad conceptual de los cuidados técnicos y de los modelos de cuidados enfermeros”.

3.2.2.3. Análisis factorial de la muestra de estudiantes de primer curso

Del análisis factorial de la muestra de estudiantes de primero obtenemos tres factores que explican un 29.73% de la varianza.

El primero está compuesto por 11 ítems, que ordenados por sus respectivos pesos son: 17, 20, 22, 19, 23, 15, 25, 21, 8, 12 y 2. Como se puede apreciar de estos 11 ítems 10 son comunes con el primer factor de la muestra de estudiantes, recogiendo ideas de integración, síntesis y mejora, como nos muestran los ítems 17 y 20: “El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano” y “La etapa técnica es consecuencia de la síntesis entre los factores sociales, educativos y tecnológicos”, por lo que consideramos que este factor está evaluando lo mismo que en la muestra de estudiantes, por lo tanto, lo hemos denominado también el **cuidado como valor**.

El segundo factor que hemos obtenido está formado por 10 ítems, 26, 24, 6, 14, 10, 25, 3, 15, 12 y 23. Nuevamente, este pone de manifiesto la existencia de una serie de problemas sin resolver en relación con los cuidados, siendo 7 ítems de este factor los mismos que los encontrados en el segundo factor de la muestra de estudiantes, de manera que hemos denominado a este factor la **crisis de los cuidados**. El ítem con mayor peso en este factor es el 26: “Los cuidados centrados en el paciente en su intento de aplicar la metodología científica (proceso de Enfermería) a los problemas y situaciones de salud sólo consigue simplificarlos y convertirlos en irrelevantes”.

El último factor aparecido está compuesto por 13 ítems, que en función de sus saturaciones son: 18, 16, 19, 12, 21, 5, 22, 1, 2, 15, 11, 9 y 13. De los 13 ítems 12 son comunes con el tercer factor de la muestra de estudiantes; recordemos que en dicho factor aparecían ítems que indican una conciencia de la mejora con el paso de las etapas históricas

o de la importancia de la publicación de distintos modelos teóricos, frente a otros que ponen de manifiesto la dependencia para la toma de decisiones. Recordemos también que no disponemos de una interpretación clara al respecto.

3.2.2.4. Análisis factorial de la muestra de estudiantes de tercer curso

Al realizar el análisis factorial exploratorio a la muestra de estudiantes de tercero surge de nuevo tres factores que dan cuenta del 37.52% de la varianza.

El primer factor consta de 16 ítems, que son: 19, 21, 17, 22, 25, 13, 23, 20, 16, 15, 18, 11, 12, 26, 24 y 8. Nos volvemos a encontrar con que las ideas que aparecen con mayor frecuencia son las de síntesis, integración y cuidados holísticos, como nos muestra el ítem con mayor saturación, el 19: *“La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente”*. La similitud es tal, que de los 16 ítems de este factor, 14 coinciden con el primer factor de la muestra de estudiantes, por ello, hemos decidido denominarlo de la misma manera, es decir, el **cuidado como valor**.

El segundo factor está compuesto por 5 ítems, que ordenados son: 9, 7, 23, 10 y 1. Este factor guarda una profunda similitud con el tercer factor de la muestra de estudiantes, de hecho, comparte 4 ítems y que no habíamos conseguido interpretar.

Respecto al tercer factor, está compuesto por 18 ítems, a saber, 26, 14, 24, 18, 25, 20, 16, 12, 8, 10, 21, 11, 2, 6, 23, 3, 15 y 19. Nos volvemos a encontrar con que las ideas mayoritarias de estos ítems tienen que ver con la existencia de una serie de problemas sin resolver en relación con los cuidados, como nos señalan los ítems con altos pesos en este factor, como por ejemplo el 26 *“Los cuidados centrados en el paciente en su intento de aplicar la metodología científica (proceso de Enfermería) a los problemas y situaciones de salud sólo consigue simplificarlos y convertirlos en irrelevantes”* y el 14 *“La aparición de nueva tecnología en la vertiente técnica de los cuidados llevará a la Enfermería a un abandono definitivo de los problemas importantes”*, siendo 7 ítems de este factor los mismos que los encontrados en el segundo factor de la muestra de estudiantes, de manera que hemos denominado a este factor la **crisis de los cuidados**.

3.2.2.5. Análisis factorial de la muestra de estudiantes de la Escuela de La Paz

Del análisis factorial de la muestra de estudiantes de la Escuela de La Paz vuelven a emerger tres factores, responsables del 36.39% de la varianza.

El primer factor consta de 15 ítems, que según su saturación en dicho factor se ordenan de la siguiente manera: 19, 21,17, 22, 16, 20, 15, 25, 18, 12, 13, 23, 9, 11 y 24. Nuevamente nos encontramos con una importante similitud entre los ítems de este factor y los presentes en el primer factor de la muestra de estudiantes, concretamente de los 15 ítems, 12 son compartidos, recordaremos que las ideas principales de dicho factor versaban sobre las nociones de síntesis, integración y cuidados holísticos, a modo de ejemplo presentamos el ítem 19: *“La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente”*. Por lo que hemos decidido denominarlo de la misma manera, es decir, el **cuidado como valor**.

El segundo factor está formado por los siguientes 13 ítems: 24, 26, 14, 6, 20, 8, 23, 15, 25, 12, 18, 22 y 16. 6 de ellos son los mismos que los que aparecen en el tercer factor de la muestra de estudiantes, principalmente, aquellos que contienen ideas sobre la falta de resolución de problemas importantes en relación con los cuidados, por estas razones hemos denominado a este factor como la **crisis de los cuidados**.

El tercer factor que surge de nuestro análisis factorial está formado por 10 ítems, 5, 10, 18, 2, 1, 9, 12, 21, 16 y 11. Las ideas principales que aparecen reflejadas en dichos ítems tienen que ver con la falta de resolución de problemas de cuidado o la dependencia para la toma de decisiones, frente a otros ítems que indican una conciencia de la mejora con el paso de las etapas históricas o de la importancia de la publicación de distintos modelos teóricos, a modo de ejemplo proponemos los ítems 5 y 10: *“Durante la etapa técnica, la Enfermería permaneció insensible a los problemas realmente importantes la publicación en 1952 del modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegarda Peplau consiguió de forma inmediata que la Enfermería volviese a plantearse los”* y *“En la etapa profesional, los problemas no resueltos de toma de decisiones del cuidado adoptan otros nombres, pero, en realidad, siguen sin resolverse”*; de hecho estos 10 ítems aparecen en el tercer factor de la muestra de estudiantes, que habíamos renunciado a interpretar.

3.2.2.6. Análisis factorial de la muestra de estudiantes de la Escuela Fundación Jiménez Díaz

Al realizar el análisis factorial a la muestra de estudiantes de la Escuela Fundación Jiménez Díaz nuevamente a parecen tres factores que explican un 23.51% de la varianza.

El primer factor está compuesto por 7 ítems, que ordenados son: 14, 10, 7, 6, 26, 3 y 24. Las ideas principales que aparecen en dichos ítems tienen que ver con la falta de solución de problemas importantes respecto al cuidado, tomado el ítem 14: *“La aparición de nueva tecnología en la vertiente técnica de los cuidados llevará a la Enfermería a un abandono definitivo de los problemas importantes”*. Este factor comparte 6 de sus 7 ítems con el segundo factor de la muestra de estudiantes por lo que hemos decidido mantener la denominación de la **crisis de los cuidados**.

El segundo factor extraído del análisis factorial está formado por los siguientes 10 ítems: 17, 8, 13, 21, 22, 15, 19, 20, 2, y 23. Apareciendo ideas de mejora, interacción o síntesis, como por ejemplo en el ítem 17 *“El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano”*; en línea con las ideas del primer factor de la muestra de estudiantes, de hecho, tienen en común 9 ítems; por lo que nuevamente hemos decidido mantener la denominación del **cuidado como valor**.

El tercer factor conformado por 8 ítems, 18, 1, 16, 14, 24, 11, 26 y 25; nos vuelve a mostrar ítems cuya ideas principales son aparentemente antagónicas, compartiendo con el tercer factor de la muestra de estudiantes 5 ítems.

3.2.2.7. Análisis factorial de la muestra de profesionales

Del análisis factorial de la muestra de profesionales surgen de nuevo, tres factores que explican un 28.43% de la varianza.

El primer factor está compuesto por 10 ítems, que son, por orden de valores de saturación, el 15, 12, 16, 19, 18, 21, 5, 8, 9 y 17. En ellos aparecen elementos como los cuidados holísticos, la superación del cuidado como valor religioso o la integración de los

cuidados, comunes con los que aparecían en los dos primeros factores que encontrábamos en el análisis de la muestra general y de la muestra de estudiantes. Sin embargo, en este caso, nos parece aún más relevante la presencia en este factor de todos los ítems con un contenido teórico formal, como por ejemplo, el ítem 15: *“El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica”*, o el 16: *“La publicación del modelo de las necesidades básicas humanas de Henderson (1955) llevó de forma inmediata a olvidar la importancia del cuidado técnico y a la Enfermería a proporcionar cuidados holísticos”*. Por lo que hemos denominado a este factor como la **formalización del cuidado**.

El segundo factor obtenido del análisis factorial está formado por 11 ítems (24, 26, 14, 6, 10, 8, 3, 18, 25, 4 y 23). Como se puede observar los ítems que componen ese factor, recogen la gran mayoría de los ítems que conforman los segundos factores tanto de la muestra total como la muestra de estudiantes. Por lo que en este factor, vuelven a aparecer ideas como la simplificación de los problemas, el abandono de los mismos o su eliminación de la agenda histórica de la enfermería. Por lo que nuevamente vamos a denominar a este factor la **crisis de los cuidados**. A modo de ejemplo, vamos a mostrar los dos ítems con mayor saturación para este factor, que son como ya hemos anticipado, el 24: *“La Enfermería del futuro, integrando los cuidados globales y la cultura seguirá simplificando los problemas del cuidado hasta convertirlos en irrelevantes”* y el 26: *“Los cuidados centrados en el paciente en su intento de aplicar la metodología científica (proceso de Enfermería) a los problemas y situaciones de salud sólo consigue simplificarlos y convertirlos en irrelevantes”*.

Finalmente, el tercer factor obtenido está compuesto por 6 ítems, que ordenados, son: 21, 22, 17, 13, 11 y 19. Este factor se centra en una visión positiva de la Enfermería en el presente y fundamentalmente, en el futuro, tal y como nos muestran respectivamente los ítems 21 y 22: *“La Enfermería en el momento actual asume la importancia de los cuidados holísticos tal y como lo había hecho la Enfermería humanística e incluye el cuidado técnico”* y *“La Enfermería del futuro será consecuencia de una síntesis (nueva) entre los enfoques teóricos dominantes en la actualidad”*. Por eso hemos denominado a este factor como una **visión romántica de la Enfermería**.

3.2.2.8. Análisis factorial de la muestra de profesionales asistenciales

Del análisis factorial exploratorio realizado a la muestra de profesionales asistenciales hemos obtenido tres factores responsables del 32.63% de la varianza.

El primer factor está compuesto por 11 ítems (15, 12, 19, 16, 5, 18, 7, 10, 23, 21 y 13), donde aparecen nuevamente todos los ítems con un contenido teórico formal, como 15: *“El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica”*, o el 5: *“Durante la etapa técnica, la Enfermería permaneció insensible a los problemas realmente importantes la publicación en 1952 del modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegarda Peplau consiguió de forma inmediata que la Enfermería volviese a plantearse los”*. Por lo que también hemos denominado a este factor como la **formalización del cuidado**.

El segundo factor está formado por 12 ítems, que ordenados por sus respectivas saturaciones son: 24, 26, 14, 6, 8, 10, 20, 3, 18, 25, 7 y 5. Donde, una vez más, aparecen ideas sobre la falta de resolución de los problemas sobre el cuidado, como nos muestra el ítem 24, *“La Enfermería del futuro, integrando los cuidados globales y la cultura seguirá simplificando los problemas del cuidado hasta convertirlos en irrelevantes”*. De estos 12 ítems 9 aparecen también en el segundo factor de la muestra de profesionales, por lo que entendemos que este factor está evaluando lo mismo, de ahí que lo hayamos denominado la **crisis de los cuidados**.

El tercer factor consta de 7 ítems, que son: 21, 22, 17, 11, 13, 19 y 9. En ellos aparece una visión claramente positiva de la disciplina enfermera, por lo que lo hemos denominado como una **visión romántica de la Enfermería**, ya que comparte 6 de sus 7 ítems con el tercer factor de la muestra de profesionales.

3.2.2.9. Análisis factorial de la muestra de profesionales docentes

Al realizar el análisis factorial a la muestra de profesionales docentes nuevamente aparecen tres factores que explican un 36.05% de la varianza.

El primer factor está compuesto por 11 ítems, que según su peso se ordenan: 16, 12, 15, 18, 9, 8, 3, 6, 2, 4 y 19. Este factor recoge la mayoría de los ítems con un contenido teórico formal, como por ejemplo, el ítem 16: *“La publicación del modelo de las necesidades básicas humanas de Henderson (1955) llevó de forma inmediata a olvidar la importancia del cuidado técnico y a la Enfermería a proporcionar cuidados holísticos”*. Compartiendo además, 8 ítems con el primer factor de la muestra de profesionales, por lo que hemos decidido denominarlo como la **formalización del cuidado**.

El segundo factor está formado por 8 ítems (21, 12, 19, 1, 15, 20, 14 y 17). Las ideas principales de estos ítems tienen que ver con los cuidados holísticos, la integración y la superación del cuidado como valor religioso, como nos muestra el ítem 21: *“La Enfermería en el momento actual asume la importancia de los cuidados holísticos tal y como lo había hecho la Enfermería humanística e incluye el cuidado técnico”*, ítems donde se pone de manifiesto una **visión humanística del cuidado**, es decir, aquella corriente de la Enfermería cuyo eje fundamental es la persona cuidada, por encima de las cuestiones técnicas.

El tercer factor extraído del análisis factorial consta de 9 ítems, que son: 11, 13, 25, 20, 24, 5, 15, 17 y 10. Estos ítems destacan la presencia de problemas de la Enfermería como disciplina que no han sido resueltos, como nos muestran los tres ítems con mayor peso en este factor, a los dos primeros vamos a invertirles el contenido ya que sus saturaciones son en negativo: *“La etapa profesional NO ha eliminado los cuidados centrados en la enfermedad, de la misma forma que en la etapa técnica se había eliminado el cuidado como valor religioso”*; *“El futuro de la Enfermería NO depende de la posibilidad de abordar los problemas que actualmente tratamos de resolver a través de los enfoques teóricos”* y *“La Enfermería actual recoge a nivel teórico la ambigüedad conceptual de los cuidados técnicos y de los modelos de cuidados enfermeros”*. Por eso hemos denominado a este factor como la **conciencia crítica disciplinar**.

3.3. Análisis de varianza (ANOVA)

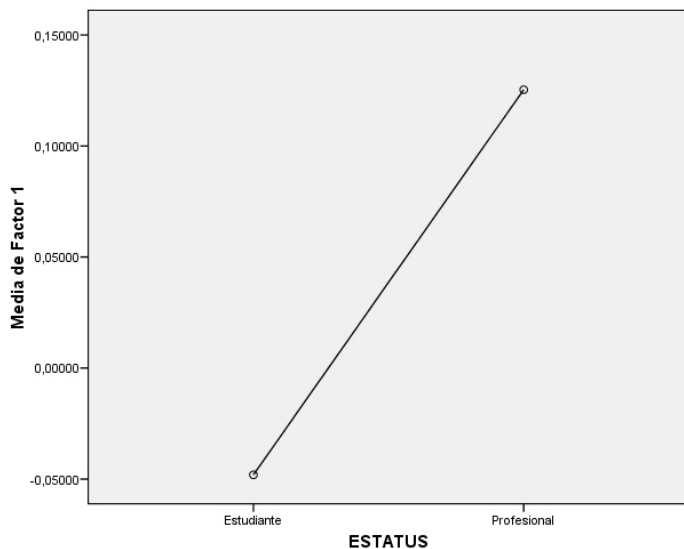
Tras el análisis factorial, hemos decidido llevar a cabo un análisis de la varianza (ANOVA) de las puntuaciones factoriales de los sujetos para cada factor en función de tres variables distintas, (1) para la muestra total por estatus (estudiantes y profesionales), (2) para la muestra de estudiantes por cursos (primero y tercero), y para la muestra de profesionales por tipo de trabajo (asistenciales o docentes). Este análisis nos permitirá saber si las diferencias, en caso de existir, para las puntuaciones de cada grupo son debidas o no al azar.

3.3.1. ANOVA por Estatus

Como podemos apreciar en los resultados que a continuación se muestran, el análisis de varianza nos muestra que existen claras diferencias para las medias de las puntuaciones obtenidas por los estudiantes y profesionales en los tres factores de la muestra total, siendo estadísticamente significativas en el caso del factor 2 y del factor 3. Así, las medias de las puntuaciones de los estudiantes para el primer factor, que recordemos es el **cuidado como valor**, son más bajas que las de los profesionales, y más altas para el segundo, la **crisis de los cuidados**, lo que parece evidenciar una peor consideración de la disciplina enfermera. Sin embargo, tienen unas puntuaciones más bajas en el último factor, la **Enfermería en la sombra**, por lo que a pesar de estos problemas sin resolver, los estudiantes no asumen tan claramente como los profesionales la falta de autonomía de la Enfermería.

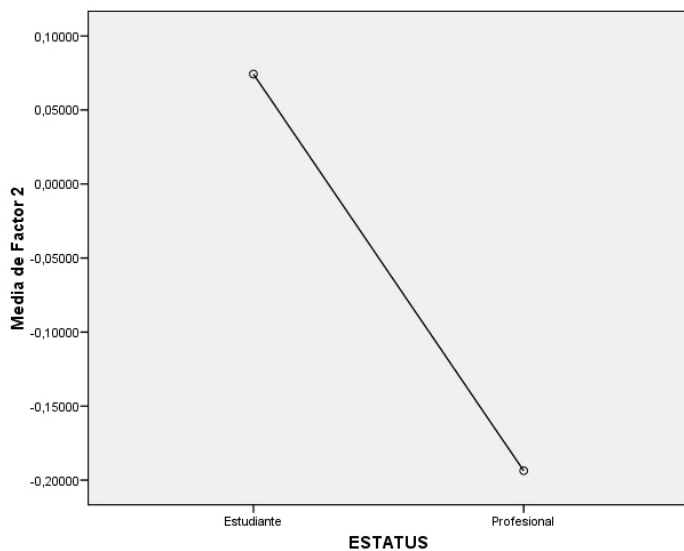
Factor 1 Muestra Total

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2,608	1	2,608	3,036	,082
Intra-grupos	370,253	431	,859		
Total	372,861	432			



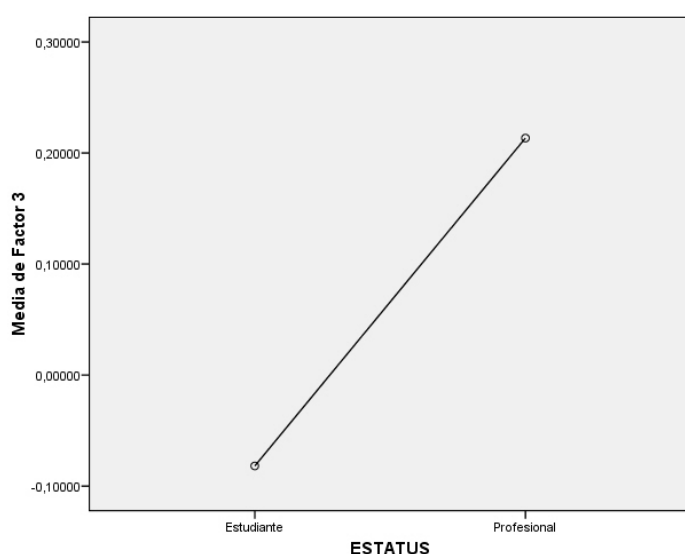
Factor 2 Muestra Total

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6,224	1	6,224	8,018	,005
Intra-grupos	334,591	431	,776		
Total	340,815	432			



Factor 3 Muestra Total

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	7,563	1	7,563	12,181	,001
Intra-grupos	267,582	431	,621		
Total	275,145	432			



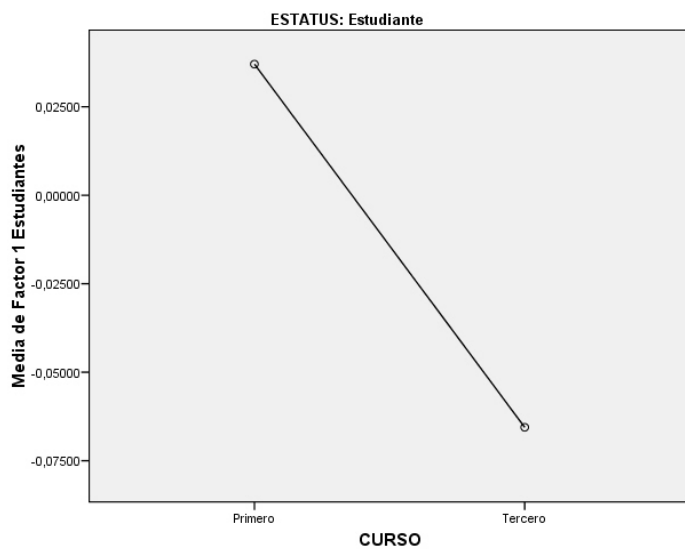
3.3.2. ANOVA por Curso

A partir del ANOVA realizado a la muestra de estudiantes observamos importantes diferencias en las medias de las puntuaciones de los estudiantes de primer y tercer curso, siendo significativas en el caso del factor 2 y del factor 3. Los estudiantes de primer curso tienen una mejor valoración del **cuidado como valor**, pero al mismo tiempo consideran que la **crisis de los cuidados** es más profunda, como se desprende de las medias de sus puntuaciones. Respecto al tercer factor, como ya hemos señalado con anterioridad, no hemos encontrado una interpretación razonable para este factor, aunque podemos concluir

que existe una diferencia significativa, siendo las medias de las puntuaciones de los estudiantes de tercero mayores que las de los estudiantes de primero.

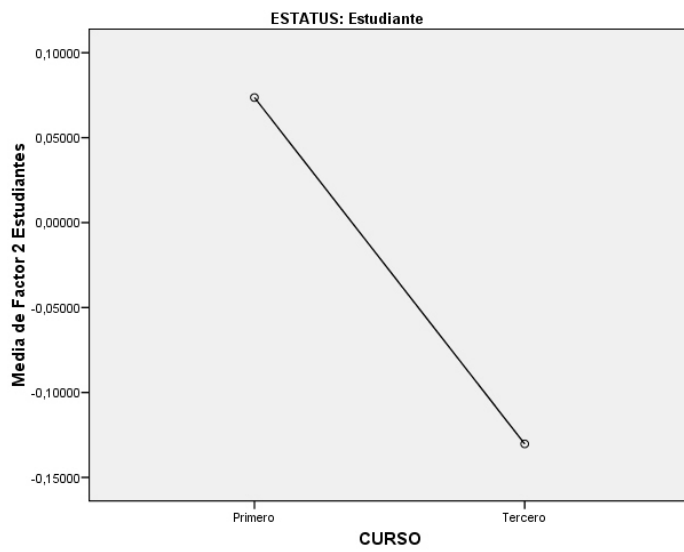
Factor 1 Estudiantes

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,760	1	,760	,884	,348
Intra-grupos	267,464	311	,860		
Total	268,224	312			



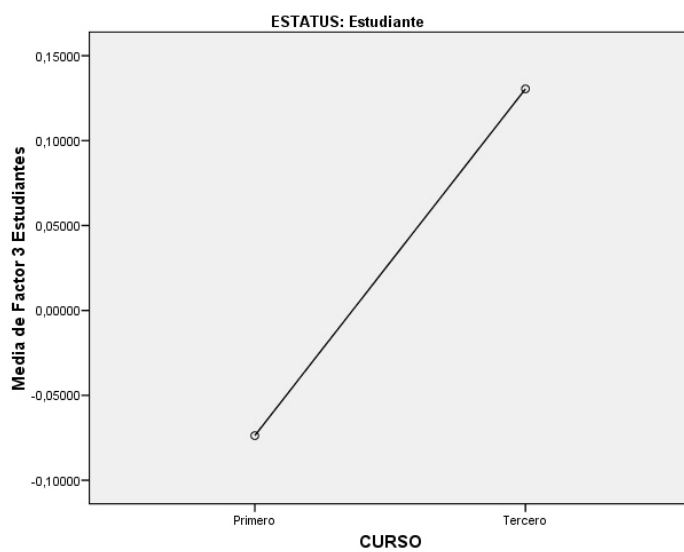
Factor 2 Estudiantes

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3,002	1	3,002	3,928	,048
Intra-grupos	237,698	311	,764		
Total	240,701	312			



Factor 3 Estudiantes

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3,010	1	3,010	4,140	,043
Intra-grupos	226,107	311	,727		
Total	229,117	312			

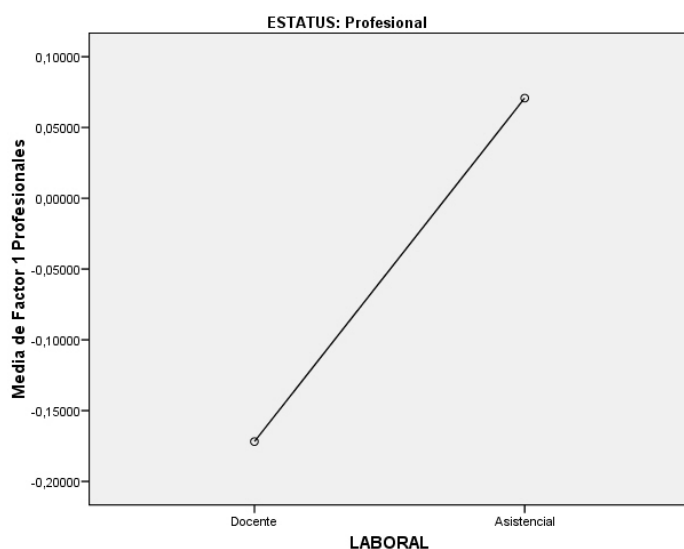


3.3.3. ANOVA por Tipo de Trabajo

Finalmente, del análisis de varianza realizado con la muestra de profesionales, podemos comprobar la existencia de claras diferencias en las puntuaciones medias obtenidas por los asistenciales y docentes, aunque en este caso no se alcanza una diferencia estadísticamente significativa. No obstante, podemos apreciar que las puntuaciones medias de los docentes son más bajas para los dos primeros factores, la **formalización del cuidado** y la **crisis de los cuidados**, de lo que se desprende que tienen una peor valoración del estatuto teórico formal de la disciplina y una mejor consideración sobre la falta de resolución de los conflictos relevantes sobre el cuidado que los profesionales asistenciales. En lo que respecta al tercer factor, una **visión romántica de la Enfermería**, los profesionales docentes tienen una mejor valoración respecto del presente y, especialmente, del futuro de la disciplina enfermera, que los asistenciales.

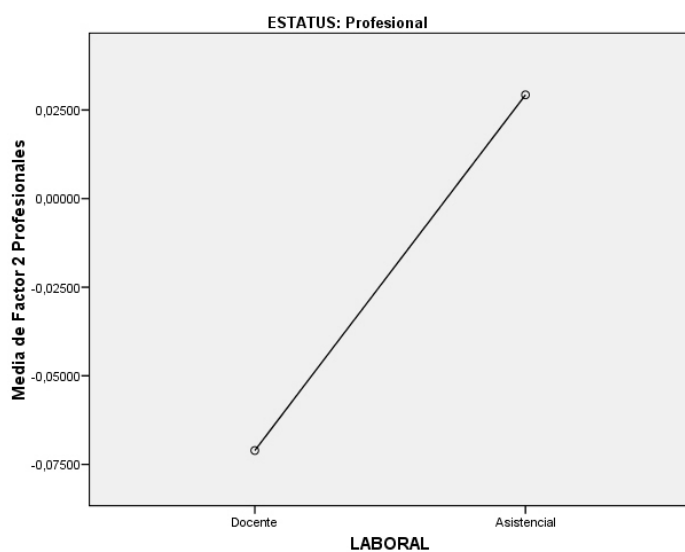
Factor 1 Profesionales

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1,459	1	1,459	1,786	,184
Intra-grupos	96,403	118	,817		
Total	97,863	119			



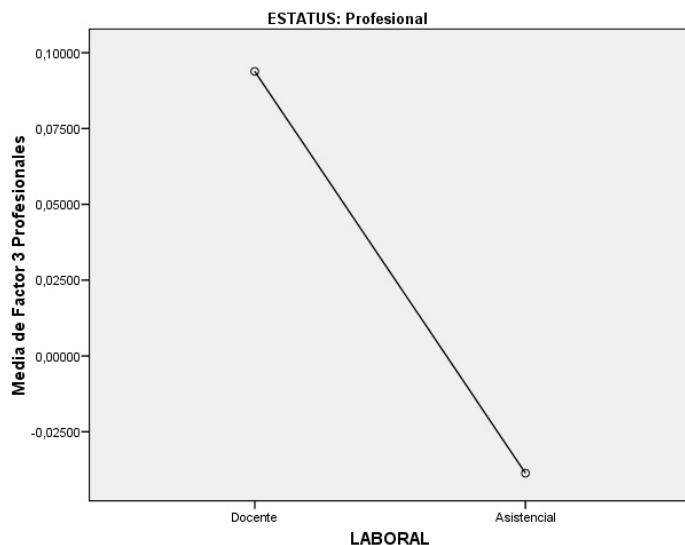
Factor 2 Profesionales

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,250	1	,250	,322	,571
Intra-grupos	91,321	118	,774		
Total	91,571	119			



Factor 3 Profesionales

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,435	1	,435	,557	,457
Intra-grupos	92,228	118	,782		
Total	92,663	119			



A lo largo de este primer capítulo de resultados hemos podido observar cómo los resultados del análisis descriptivo nos muestra por un lado, que los ítems que presentan un mayor volumen ausencia de valores perdidos son aquellos que hacen referencia a los textos formales disciplinares. Por otro lado hemos reconstruido “el relato tipo” de cada uno de los grupos de nuestra muestra y como hemos podido apreciar se trata de un romance excepto en el caso de los profesionales asistenciales, como ya hemos señalado, lo que puede evidenciar los problemas de satisfacción laboral, *burnout*, etc., que inciden con especial relevancia en este colectivo y que les lleva a una visión marcadamente pesimista del futuro de su disciplina.

Finalmente, del análisis factorial exploratorio realizado podemos afirmar que la característica común a todos los grupos que componen nuestra muestra, es la ausencia de un relato uniforme. Por el contrario, en todos los grupos hemos encontrado factores que evalúan positivamente el devenir histórico de la disciplina, con otros que lo hacen en sentido contrario. Resultados similares hemos encontrado en el análisis de varianza realizado a los distintos grupos de la muestra.

CAPÍTULO 4.

RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE RESPUESTA ABIERTA

4.1. Cuestionario sobre Teorías Enfermeras

4.1.1. Principales Enfoques Teóricos Enfermeros

4.1.1.1. La Teoría del Entorno

4.1.1.2. La Teoría de las Relaciones Interpersonales

4.1.1.3. El Modelo de las Necesidades Básicas

4.1.1.4. El Modelo de Adaptación

4.1.1.5. La Teoría del Autocuidado

4.1.2. Análisis descriptivo

4.1.2.1. Análisis descriptivo de la muestra total

4.1.2.2. Análisis descriptivo de la muestra de estudiantes

4.1.2.3. Análisis descriptivo de la muestra de profesionales

4.2. Cuestionario sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería

4.2.1. Análisis descriptivo

4.2.1.1. Análisis descriptivo de la muestra total

4.2.1.2. Análisis descriptivo de la muestra de estudiantes

4.2.1.3. Análisis descriptivo de la muestra de profesionales

4.3. Análisis de chi-cuadrado

4.3.1. Análisis de chi-cuadrado del Cuestionario sobre Teorías Enfermeras

4.3.2. Análisis de chi-cuadrado del Cuestionario sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería

4.4. Cuestionario sobre Motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión

En este segundo capítulo de resultados vamos a presentar el análisis de los resultados obtenidos de los cuestionarios sobre teorías enfermeras, sobre personajes relacionados con la enfermería y sobre motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión, como ya hemos indicado en el capítulo anterior, estos cuestionarios no permiten el empleo de una estrategia psicométrica tradicional. Sin embargo, los dos primeros cuestionarios que hemos reseñado nos permitirán acceder al grado de conocimiento y evaluación que las enfermeras y estudiantes de enfermería de los distintos enfoques teóricos formales de la disciplina enfermera. Por su parte el cuestionario sobre elección y ejercicio de la profesión nos permitirá acceder a los distintos relatos identitarios que [re]producen los sujetos de nuestra muestra.

4.1. Cuestionario sobre Teorías de la Enfermería

Como ya hemos señalado anteriormente, el objetivo de este cuestionario es averiguar el grado de conocimiento, así como la evaluación que sobre los modelos disciplinares formales realizan los sujetos de nuestra muestra.

Sin embargo, antes de comenzar con la presentación de los resultados nos parece pertinente describir brevemente, los principales enfoques teóricos que han ido apareciendo en esta prueba. No se trata de realizar un apartado teórico enfermero, sino de facilitar al lector, independientemente de la disciplina desde la que se acerque a la lectura de esta tesis, la comprensión de los resultados obtenidos en este cuestionario. De manera que salvemos eventualmente la necesidad de ser una enfermera o un buen conocedor los distintos enfoques teóricos enfermeros para comprender cabalmente, los resultados que a continuación vamos a exponer.

4.1.1. Principales Enfoques teóricos Enfermeros

Existen diversas taxonomías para categorizar los distintos enfoques teóricos que vamos a analizar; sin embargo, no vamos a emplear ninguno de ellos, sino que, y dado que estamos tratando de evaluar el grado de conocimiento histórico disciplinar, parece más atinente presentarlos por orden cronológico.

4.1.1.1. La Teoría del Entorno

La importancia de la teoría de Florence Nightingale viene dada por ser la autora, la primera enfermera que establece las bases lógicas de la enfermería. Los conceptos definidos por ella son descritos en su obra "*Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es*", único libro traducido al castellano de esta insigne enfermera, escrito en 1.859. A pesar del tiempo transcurrido, muchos de los postulados de la obra siguen hoy vigentes.

Fundamentos del modelo

El sistema conceptual de Nightingale se centra en el medio ambiente, aunque este término no aparece de forma explícita en sus escritos, los conceptos de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido, comprenden los componentes esenciales del medio. Afirmaba que el entorno saludable era necesario para los Cuidados de Enfermería.

Las opiniones y los valores

Nightingale definió la salud como el estar bien y el emplear hasta el máximo cada poder. Consideró la enfermería como un proceso reparador que la naturaleza instituye a causa de una necesidad de atención. Imaginó que la salud, se mantiene gracias a la prevención de la enfermedad por vía de factores de salud ambientales. Su opinión sobre la humanidad fue consistente con su filosofía de Enfermería; creyó en una humanidad creativa y universal con el potencial y la capacidad de crecer y cambiar.

Concepto de enfermería

Para esta autora, el significado de enfermería no se debe limitar a la administración de los tratamientos médicos. Define la enfermería como colocar al paciente en las mejores condiciones para permitir que la naturaleza actúe sobre él. Esto significa el uso adecuado de aire fresco, luz, calor, limpieza, tranquilidad y la oportuna selección y administración de dietas, todo ello con el menor gasto posible de energía vital del paciente.

Tipos de enfermería

Distinguió dos tipos de Enfermería: la enfermería general o de salud (arte) y la enfermería del enfermo (cuerpo de conocimiento). De aquí la famosa frase y definición utilizada, por las enfermeras, durante muchos años de la "*Enfermería es un arte y una ciencia*".

(a) Enfermería general o de salud: Arte o destreza que toda mujer debe aprender con conocimientos de higiene. Es una enfermería con función independiente, sin atribuirle ningún papel a los médicos en el cuidado de la salud.

(b) Enfermería del enfermo: Arte característico y cuerpo disciplinar para cuidar al enfermo. Requiere conocimientos de Medicina, Cirugía e Higiene y su labor la supedita a la función del médico.

4.1.1.2. La Teoría de las Relaciones Interpersonales

Esta teoría fue publicada en 1.952, en su obra "*Relaciones interpersonales en Enfermería*". Hildegarda Peplau es la primera enfermera que, después de Florence Nightingale, elabora un modelo de cuidado. Peplau, emplea conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento y de lo que se denomina "modelo psicológico". Buscar las bases en este modelo psicológico, permitió que las enfermeras comenzaran a alejarse de la práctica orientada hacia la enfermedad, para acercarse a un modelo en el que, el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos, pudieran ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería, proporcionando a las enfermeras la oportunidad de enseñar a las personas cómo experimentar sus sentimientos y a indagar, junto a los pacientes, la mejor forma de sobrellevarlos.

Las fuentes principales que utilizó Peplau, para desarrollar su marco teórico conceptual son: las ideas de Freud, Fromm, Maslow y Miller.

Fuentes teóricas

El modelo se desarrolla en lo que, la autora, denomina "Enfermería Psicodinámica", debido a que se exige ser capaz de comprender la propia conducta para poder ayudar a otros a

identificar las dificultades percibidas, y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de la experiencia. La teoría describe los conceptos de proceso interpersonal, que constituye las fases de relación enfermera-paciente.

Relación enfermera-paciente

Peplau, describe cuatro fases de relación en el proceso de atención de enfermería. Aunque se describen separadas, se superponen y se producen a lo largo de la relación.

Fase de orientación: Coincide con el primer contacto con el enfermo (admisión del enfermo en la institución). El enfermo tiene una "necesidad percibida" y busca asistencia profesional. Trata de dar un significado a lo que está viviendo. La enfermera, ayuda al paciente a reconocer y entender su problema, y a determinar sus necesidades de ayuda a través de la valoración.

Fase de identificación: Coincide con el período de tratamiento intensivo. El enfermo se identifica con aquellos que pueden ayudarle (posibilidad de asociación). El enfermo expresa sus sentimientos y la enfermera ayuda al paciente a sobrellevar el problema de salud como una experiencia, que reorienta los sentimientos y fortalece las fuerzas positivas de la personalidad, además de proporcionar la satisfacción necesaria.

Fase de aprovechamiento: El paciente intenta sacar el mayor beneficio de lo que se le ofrece a través de la relación. En esta fase, pueden proyectarse nuevas metas que se alcanzarán mediante el esfuerzo personal.

Fase de resolución: Coincide con la finalización de los cuidados (alta del enfermo). El paciente está preparado para asumir nuevamente su independencia y puede hacer de la enfermedad una experiencia, que le ha hecho que progrese en su madurez. La enfermera evalúa el crecimiento personal producido en el enfermo.

Función de la enfermera

Peplau, describe el rol de la enfermera, basado en cuatro funciones, distintas entre sí, que se manifiestan durante las diversas fases de la relación enfermera-enfermo.

Función de desconocida. Primer papel desempeñado, dado que la enfermera y el enfermo se desconocen, por lo que éste, debe de recibir un trato cortés, es decir, que la enfermera no debe prejuzgar al enfermo, sino aceptarlo tal como es. Durante esta fase impersonal, la enfermera debe considerar al enfermo, persona emocionalmente capacitada, a menos que la evidencia indique lo contrario. Esta fase coincide con la de identificación.

Función de persona-recurso. La enfermera ofrece respuestas específicas a las preguntas, especialmente a las relacionadas con la salud, explica el tratamiento médico y los cuidados enfermeros, a través de una relación de cooperación y participación activa.

Función de sustituta. El paciente se proyecta en la enfermera que asume la toma de decisiones del enfermo. Ambos definen áreas de dependencia, interdependencia e independencia.

Función de consejera-orientadora. Esta función, para Peplau, es la de mayor importancia, especialmente en el área de Enfermería Psiquiátrica. En la relación enfermera-paciente, el asesoramiento funciona de acuerdo con el modo con que la enfermera responde a las exigencias del enfermo.

En resumen, los supuestos principales para definir estas funciones se basan, según la autora del modelo, en:

1. La personalidad de la enfermera marca una diferencia sustancial respecto a lo que el paciente puede aprender mientras recibe cuidados de Enfermería.
2. Fomentar el desarrollo personal hacia la madurez es una función de la profesión enfermera.

Definición de enfermería

Peplau (1990) define la Enfermería, desde su marco teórico, como un instrumento educativo, una fuerza de maduración dirigida a promover en la personalidad un movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria.

Concepto de hombre

La persona queda definida, en el modelo en términos de ser humano como organismo que vive en un equilibrio inestable, que constantemente está luchando para alcanzar el equilibrio perfecto, que no llegará a conseguirlo hasta la muerte.

Concepto de salud

La salud es una palabra simbólica, que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria.

4.1.1.3. El Modelo de las Necesidades Básicas

Virginia Henderson fue una enfermera americana conocida internacionalmente, que ha ejercido una gran influencia en la profesión. La autora, elaboró su modelo partiendo de sus experiencias como enfermera asistencial de enfermos crónicos. El modelo fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en el año 1.960 con el título "*Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería*". Esta obra ha sido traducida a más de veinte idiomas y más que un modelo, su obra se puede considerar como una filosofía definitoria de la profesión enfermera. Su concepción de la enfermería es muy conocida y utilizada en hospitales y centros de educación en enfermería, tanto en Europa como en E.E.U.U.

Las presunciones

Las fuentes teóricas del modelo, están inspiradas en los trabajos de Thorndike, y en las experiencias de ella misma en el trabajo asistencial. También, se puede hallar una correlación con la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow, en los catorce componentes de los Cuidados de Enfermería, que comienzan con las necesidades fisiológicas para pasar a los componentes psicosociales.

Inspirándose en el pensamiento hendersoniano, los conceptos que se encuentran en el modelo son los que siguen:

Necesidad fundamental

Definida como todo aquello que es esencial para la persona de cara a mantener su vida o asegurar su bienestar; siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia. Se describen catorce necesidades fundamentales.

Todos los seres humanos tienen las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos. Estas necesidades como requerimiento, son comunes a todas las personas, pudiendo variar el modo de satisfacerlas, ya que cada persona va a cubrirlas según su cultura, modo de vida, motivaciones, etc. Estas catorce necesidades, normalmente están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas; pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud. Es entonces, cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona, para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Un examen superficial a las necesidades fundamentales, revela que, las que a primera vista, parecen estar especialmente influidas por la fisiología tienen también importantes dimensiones psicosociales. Lo inverso también es cierto, las que parecen pertenecer a una categoría psicosocial, tienen componentes biofisiológicos. Una necesidad afecta siempre a otras, ya que el hombre es un ser tridimensional, y los tres aspectos de su vida van tan íntimamente unidos, que cualquier necesidad no satisfecha y que afecte a alguno de los aspectos, repercute en los demás.

Concepto de independencia

Es la situación en la cual el individuo satisface sus necesidades fundamentales por sí solo, a través de las acciones adecuadas. Este concepto de independencia incluye las acciones que otros hacen en lugar de una persona, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Concepto de dependencia

Término utilizado cuando una o varias necesidades del ser humano, no están satisfechas porque las acciones requeridas no son las adecuadas, o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Fuentes de dificultad

Son las causas de dependencia de la persona, es decir, cualquier impedimento para satisfacer una o más necesidades fundamentales. Las fuentes de dificultad se clasifican en cuatro grupos.

De orden físico: Las dificultades físicas son innumerables y pueden presentarse de varias formas, sea por insuficiencia, desequilibrio o sobrecarga del organismo. Las dificultades de este tipo atentan a la integridad física.

De orden psicológico: Este tipo de dificultad atenta a la integridad del yo. Comprenden los sentimientos, las emociones, los estados de ánimo o del intelecto.

De orden sociológico: Atenta a la integridad social (relación con el medio y el entorno). Es sabido que todo lo que vive y experimenta la persona puede tener repercusión en la salud. En este sentido, las dificultades pueden ser de naturaleza social y/o económica. Influyen de forma significativa en la capacidad para satisfacer las necesidades, de conservar la salud y su equilibrio, y alcanzar un proyecto de vida.

Relacionadas a una falta de conocimientos: Para preservar el funcionamiento del organismo, la persona debe poseer un mínimo de conocimientos sobre las reglas básicas de higiene física y mental y de las exigencias en relación a ciertos problemas de salud.

Las opiniones y los valores

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Henderson. Las opiniones han sido identificadas de la siguiente forma:

Concepto de hombre

El hombre es un todo completo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psico-social. Cada individuo quiere, y se esfuerza por conseguir independencia. Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo completo e independiente.

Concepto de salud

Henderson no expresa su propia definición de salud, pero en sus escritos equipara salud con independencia. Considera la salud en términos de habilidad de la persona para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Afirma que es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, lo que permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su máximo nivel potencial de satisfacción en la vida (Henderson, 1988).

El concepto de enfermería

Sobre el concepto de Enfermería, las opiniones destacadas de la autora son tres:

1. La enfermera tiene una función única, aunque comparta algunas con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera se hace cargo del papel del médico, delega su función a personal inadecuadamente preparado.
3. La sociedad quiere y espera un servicio claro y único de la enfermera, y ningún otro trabajador debe poder o querer proporcionarlo.

La enfermera trabaja dentro de un equipo, supone que para cumplir el objetivo, algunas funciones se comparten con otros profesionales, siendo muy difícil delimitar, en ciertos aspectos, el campo de uno y otro. La enfermera no debe abandonar su responsabilidad para asumir la de otros profesionales. En este caso, el servicio que presta iría en función de otro grupo profesional y no en función de la sociedad. Si la delegación de

funciones se hace en base de otorgar responsabilidades profesionales a otro grupo, los Cuidados de Enfermería verían rebajados su nivel de calidad, con lo que el público se perjudicaría.

Definición de enfermería: Henderson (1971) conceptúa la Enfermería a través de la definición de la función propia. Donde sostiene que la función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, a la recuperación de la misma, o a la muerte pacífica; estas actividades las realizaría la persona sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario; y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar independencia lo más rápidamente posible. El papel de la enfermera es pues, complementario-supletorio a la falta de conocimientos, voluntad o fuerza, del enfermo, para llevar a cabo las actividades necesarias para cubrir sus necesidades fundamentales.

La función de la enfermera: El foco de atención de la actuación de la enfermera es el área de dependencia del enfermo. Cuando éste no puede resolver por sí mismo una necesidad, reclama la intervención de la enfermera que, concentrando su atención sobre lo que le falta, trata de completar su totalidad. Las formas de intervención asequibles a la enfermera son: reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar y aumentar. La acción concreta que deriva de estos términos abstractos, pretende hacer al paciente-cliente total y completo, es decir, independiente.

El objetivo

Los resultados deseados se consiguen, o la independencia se aumenta, con la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales o, en los casos terminales, con una muerte feliz. El aumento de la independencia, después de un período de dependencia, puede ser una pequeña mejora o una vuelta total a la independencia. Este objetivo se fundamenta en el concepto de salud de Henderson, que como se dijo anteriormente, la equipara con independencia.

El método de aplicación del modelo

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de Enfermería.

De valoración: La recogida de datos y análisis de los mismos sirven como guía para determinar: El grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las catorce necesidades; las causas de dificultad en tal satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras y la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Tratamiento de enfermería: En la planificación se formulan los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención (ayuda-suplencia) y en la determinación de las actividades a llevar a cabo. Estos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidado en la ejecución.

Evaluación: En esta fase se comparan los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidado con el grado de independencia conseguido.

4.1.1.4. El Modelo de Adaptación

Este modelo fue elaborado y puesto en práctica por sor Callista Roy, en 1.964. Posteriormente, ha sido desarrollado y perfeccionado a través de la investigación de Roy y sus discípulos y de los pequeños estudios, cuasi experimentales de enfermeras docentes y asistenciales.

Roy parte de la base de que todos los seres humanos tienen componentes fisiológicos, psicológicos y sociales, y responden continuamente a los estímulos de un mundo en constante cambio. El hombre responde, a estos estímulos, a través de mecanismos innatos y adquiridos. La respuesta, que el hombre da a los estímulos, determina la salud integral. En definitiva, la posición en el "continuo salud-enfermedad".

Fuentes teóricas

El concepto de adaptación, es usado por Roy, como marco teórico apropiado para la actuación de Enfermería. Habiendo trabajado como enfermera pediátrica, pudo observar la gran flexibilidad de los niños y su capacidad para adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes. El concepto de adaptación, impresionó a Roy y lo asumió como marco teórico para la elaboración de su modelo de cuidado, basándose en la obra de Hatty Helson sobre psicofísica, que trata del nivel de adaptación de tres tipos de estímulos: focales, contextuales y residuales.

Estímulos focales. A los que se enfrenta directamente el individuo, afectándolo de una manera inmediata y debiendo ofrecer una respuesta adaptativa. En definitiva, este estímulo, es el factor que pone en marcha la conducta de la persona.

1. Estímulos contextuales. Son todos los demás estímulos presentes que contribuyen a la conducta causada o puesta en marcha por el estímulo focal.

2. Estímulos residuales. Son factores que pueden afectar la conducta, pero cuyos efectos no son verificables.

3. Tipos de respuestas. Ante un estímulo, la persona puede responder de forma adaptativa o de forma ineficaz:

(a) Respuestas adaptativas: Son aquellas que favorecen la integridad de la persona en términos de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

(b) Respuestas ineficaces: Son reacciones que no contribuyen al alcance de metas de adaptación, es decir, supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Áreas de adaptación

Según esto, el hombre está recibiendo constantemente estímulos a los que tiene que adaptarse. Esta adaptación ha de hacerla en cuatro áreas de su vida.

Necesidades fisiológicas: Son básicas y las formas de procurar adaptación se refieren a los aspectos de líquidos y electrolitos, ejercicio y descanso, eliminación y nutrición, etc. El hombre se adapta, a este área, a través del sistema regulador, mecanismo del subsistema de adecuación que reacciona automáticamente a través de los procesos neurofisiológicos, neuroquímicos y endocrinos.

Autoimagen: Simultáneamente, al área anterior, el "yo" del hombre responde a los cambios y tiende hacia un estado de adaptación positiva. El concepto de sí mismo es el conjunto de creencias y sentimientos que se tiene respecto de sí mismo en un momento dado. Está formado a partir de percepciones, particularmente de reacciones ajenas, y dirige el comportamiento de la persona. Sus componentes incluyen:

La identidad física: Relacionada con la imagen corporal.

La identidad personal: Constituida por la coherencia consigo mismo, el propio ideal o la expectativa y la identidad moral y ética.

Dominio de rol: La forma de adaptación, la hace regulando sus acciones y tareas, en función de su posición en la sociedad, para adaptarse a la idea que el mismo tiene de su rol, llegando así a una adaptación positiva.

Interdependencia: La idea que una persona tiene de sí misma y la forma de dominar su rol en la sociedad, están en interdependencia con otras personas de su entorno. De esta manera, un cambio en el entorno puede amenazar directamente este área.

Concepto de enfermería

Para Roy (1976), la enfermería es un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo enfermo o potencialmente enfermo. La enfermería tiene como meta promover la adaptación del hombre en salud y enfermedad, manteniendo su integridad.

Así, la enfermería es una disciplina práctica, puesto que posee un cuerpo de conocimientos científicos, aplicados con el propósito de ofrecer a las personas un servicio consistente en, fomentar la capacidad de influir de forma positiva en su salud.

El objetivo, como profesión, es ayudar al hombre a adaptarse a los cambios que se produzcan en las cuatro áreas: fisiológica, de autoconcepto, de la función del rol y la interdependencia, tanto en estado de salud como de enfermedad.

El concepto de hombre

Para Roy, la persona es un ser "biopsicosocial" en interacción constante con un entorno cambiante. La persona es un complejo sistema vivo de adaptación con procesos internos (cognitivo y regulador), que actúan para mantener la adaptación en las cuatro áreas.

La persona, como sistema vivo, es un todo constituido por partes o subsistemas que funcionan como una unidad con algún fin determinado.

El concepto de salud

La salud, en este modelo, es considerada como un continuo que va desde la muerte o salud extremadamente precaria a los más altos grados de bienestar. En su tránsito por este continuo salud-enfermedad, el hombre encontrará problemas a los que tiene que ir adaptándose. Según el grado de adaptación, así será el grado de salud.

Método de aplicación del modelo

La autora utiliza el proceso de Enfermería para facilitar la adaptación del individuo con ayuda de la enfermera.

Valoración

Esta etapa comprende dos niveles. En el primero, se identifican las conductas que demuestran adaptación o desadaptación, implicando una recogida de datos sistemática sobre las cuatro áreas:

1. Necesidades fisiológicas: Incluye medición de parámetros (signos vitales), estimación del estado de la piel, patrones de eliminación, etc.

2. Autoconcepto: En este aspecto, la valoración implica la recogida de datos sobre sensaciones corporales, percepción de un ideal, ventajas y desventajas de estar enfermo, imagen corporal, etc.

3. Dominio del rol: En este apartado, la recogida de datos se centra en la identificación de los roles principales, secundarios y terciarios del enfermo.

4. Interdependencia: En esta área se valoran la forma en que la persona se relaciona con otras que la rodean y sus sistemas de apoyo.

Una vez concluida esta etapa de valoración, la enfermera, emite juicios sobre el grado de adaptación en cada aspecto para pasar al segundo nivel de valoración, cuyo objetivo es identificar los factores que influyen en el comportamiento adaptado o no adaptado. En esta etapa, se debe tener en cuenta la cultura, la familia, la etapa de desarrollo y crecimiento del enfermo, además de buscar los factores que promueven las respuestas adaptativas o ineficaces.

Diagnóstico de enfermería

Son, esencialmente, enunciados resumidos sobre los problemas susceptibles de tratar por la enfermera, estableciéndose como relación entre la respuesta y el estímulo.

Planificación del cuidado

Los seguidores de Roy, han desarrollado un modelo de plan de cuidado en el que se incluyen: el primer nivel de valoración (adaptado, desadaptado), el segundo nivel de valoración especificando los estímulos identificados (focales, contextuales y residuales) el diagnóstico de enfermería, las intervenciones y la evolución.

Evaluación de resultados

Los criterios de un resultado satisfactorio se establecen en base al grado de adaptación, una vez aplicado un plan de cuidado.

4.1.1.5. La Teoría del Autocuidado

Marco teórico

El concepto de "autocuidado" que se asocia con Dorothea E. Orem, se origina en su descripción de enfermería. La idea fundamental del modelo, se basa en el concepto de autocuidado como un requisito o requerimiento de todas las personas (hombre, mujer, niño, anciano). Cuando estos cuidados no son debidamente cubiertos, sobrevienen los problemas de salud. El marco teórico de Orem, contiene explícitamente todos los elementos de una teoría de Enfermería. Estos componentes se describen a continuación.

Las presunciones del modelo

La teoría de Orem es un modelo práctico que incluye tres conceptos fundamentales: El autocuidado, la interacción humana (expresada en la teoría de los sistemas de Enfermería y el concepto de cuidado dependiente) y el déficit de autocuidado.

El concepto de autocuidado

El hombre trata continuamente de satisfacer sus necesidades básicas. Esta satisfacción intenta llevarla a cabo a través de una serie de acciones que se denominan autocuidado. El prefijo "auto" se refiere al ser total, llevando la doble connotación de dado por uno mismo y para uno mismo.

El autocuidado se define como aquellas acciones que el hombre debe realizar para mantener su vida, su salud y su bienestar. El autocuidado es una necesidad humana, una acción deliberada, un comportamiento aprendido a través de las relaciones personales y comunitarias. Estos comportamientos regulan, por tanto, la integridad estructural, funcional y el desarrollo.

El autocuidado como comportamiento aprendido: el autocuidado es un comportamiento aprendido, ocurriendo este aprendizaje a medida que la persona interactúa y se comunica con la familia y grupos sociales. Los comportamientos de autocuidado están muy influenciados por los valores personales y culturales de los grupos humanos. Para comprender por qué, las personas eligen cuidarse de una manera y no de otra, debe comprenderse el contexto sociocultural en el que ocurre el aprendizaje del comportamiento de autocuidado.

El autocuidado como acción deliberada: la idea del autocuidado como acción deliberada es útil a las enfermeras. La acción deliberada tiene tres fases:

Primera fase: en que la persona se hace consciente de que requiere determinado tipo de acción.

Segunda fase: en que la persona toma la decisión de seguir un curso particular de acción.

Tercera fase: en que la persona realiza la acción.

Las habilidades requeridas para llevar a cabo cada una de las tres fases de acción son distintas. Ser consciente del requerimiento de acción, depende de ser capaz de procesar información y dar significado a una situación. La toma de decisión, requiere ser capaz de pensar en la relación causa-efecto y estar motivado para realizar cierta acción. Por último, actuar, requiere estar motivado a hacerlo, ser capaz de persistir en el curso de la acción y ser físicamente capaz de llevarla a cabo.

Requisitos de autocuidado

Este concepto se refiere a la reflexión formulada y expresada sobre acciones a realizarse sabe o supone que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos del funcionamiento del desarrollo humano; estas acciones se llevan a cabo continuamente o en situaciones específicas. La formulación de un requisito de autocuidado señala:

1. El factor que hay que controlar o manejar para mantener uno o varios aspectos del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los límites compatibles con la vida, la salud y el bienestar de la persona.

2. La naturaleza de la acción requerida, constituyendo los propósitos concretos de autocuidado. Son las razones por las que se llevan a cabo el autocuidado y expresan los resultados pretendidos o deseados.

Se describen tres categorías de requisitos de autocuidado:

Autocuidados universales

Son requeridos por todas las personas a lo largo de su vida. Cubren los aspectos fundamentales de la vida y van dirigidos a mantener las necesidades vitales.

Autocuidados asociados al proceso de desarrollo

Estos requerimientos sobrevienen específicamente en un período dado del ciclo vital. Por tanto, es necesario reconocer las exigencias de autocuidado según la edad de la persona.

Autocuidados derivados de las desviaciones del estado de salud

Relacionados con las acciones a realizar a causa del estado de salud. Tienen su origen en el proceso de la enfermedad, en el tratamiento y diagnóstico médico. Estos requisitos son para personas enfermas, con lesiones, y formas específicas de patología que incluyen defectos de invalidez, estando todas ellas bajo diagnóstico y tratamiento médico.

Agencia de Autocuidado

Las capacidades específicas para la acción que tienen las personas conforman lo que se denomina la agencia de autocuidado. La agencia de autocuidado es la combinación de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones que las personas tienen y que hacen posible que lleven a cabo una auto-acción.

Factores que influyen en la agencia de autocuidado

Las prácticas de autocuidado son habituales y repetitivas. Los patrones de autocuidado se desarrollan con el tiempo, pero cuando hay un cambio en alguno de los factores básicos condicionantes, las acciones y patrones habituales de autocuidado pueden no ser los apropiados. Una persona por problemas de salud, puede tener que hacer cambios en la forma en que se cuida a sí misma. Incorporar nuevas formas de cuidarse en la rutina diaria lleva tiempo; también requiere ciertas habilidades asociadas con el aprendizaje necesario y para hacer posible el curso de la misma. En otras palabras, las habilidades que una persona requiere para cuidar de sí misma están influidas por los factores básicos condicionantes que se encuentran activos en la situación. Estos factores no sólo influyen en las habilidades, sino también en el desarrollo de las mismas, interviniendo en todo ello el contexto sociocultural, la familia, los recursos disponibles, los sistemas formales de educación o la ausencia de los mismos.

Los factores básicos condicionantes del autocuidado son: la edad y el estado de desarrollo, el estado de salud y los conocimientos que se poseen de esta, la pertenencia al grupo social y los hábitos del medio cultural, la falta de habilidades y de hábitos, el concepto de sí mismo y la madurez de la persona.

Demanda de autocuidado

Se denomina así a la suma de las medidas de cuidado necesarias en momentos específicos, o durante un período de tiempo, para cubrir todos los requisitos de autocuidado, caracterizados por las condiciones y circunstancias existentes, usando métodos apropiados para:

1. Controlar o manejar los factores identificados en los requisitos, que son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua, etc.).
2. Satisfacer el elemento de actividad del requisito (mantenimiento, prevención, promoción y provisión).

Variaciones de la demanda de autocuidado

Hay, al menos dos variaciones que pueden identificarse en relación con los cuidados preventivos de la salud.

1. Demanda de autocuidado de prevención primaria:

- a) Requisitos de autocuidado universal.
- b) Requisitos de autocuidado del desarrollo.

2. Demanda de autocuidado de prevención secundaria y terciaria:

- a) Requisitos de autocuidado de desviación del estado de salud.
- b) Requisitos de autocuidado universal.
- c) Requisitos de autocuidado del desarrollo.

Teoría del Déficit de Autocuidado

Esta teoría es el núcleo central del modelo de Orem. Establece que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacita para el autocuidado continuo, cuando la demanda de acción excede la capacidad de la persona para actuar, es decir, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

Situaciones que producen déficit de autocuidado

Muchos factores hacen que exista interferencia en la realización del autocuidado. Estas interferencias pueden interrumpir el proceso de acción deliberada en las tres fases o en alguna de ellas. Sin agotar las posibilidades, los factores que interfieren, pueden ser:

Fase de toma de conciencia:

- Estado de ciclo vital.

- Estados psicológicos.
- Estados de los órganos de los sentidos.
- Estados de inconsciencia.
- Situaciones adaptativas.
- Deficiencias intelectuales.
- Falta de conocimientos.

Fase de toma de decisiones:

- Falta de comprensión.
- Falta de motivación.

Fase de realización:

- Defectos físicos congénitos o adquiridos.
- Enfermedades incapacitantes.
- Dolores incapacitantes.
- Inmovilizaciones.

El Cuidado Dependiente

El cuidado dependiente es el que es dado por un miembro de la familia a otro, refiriéndose a la práctica de actividades que personas responsables, maduras y en proceso de maduración, inician y ejecutan en beneficio de otras socialmente dependientes durante cierto tiempo, o de manera continua, para mantener su vida y contribuir a su salud y bienestar.

Déficit de cuidado dependiente

Existe déficit de cuidado dependiente cuando el cuidado requerido por una persona dependiente, es superior a la capacidad del miembro de la familia (o persona allegada). El déficit de cuidado dependiente describe el tipo de relación entre la demanda de autocuidado de una persona dependiente y las capacidades de brindar los cuidados de la persona que debe proporcionarlos.

Teoría de los Sistemas de Enfermería

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir sus requisitos de autocuidados son pacientes legítimos de las enfermeras y que necesitan ayuda para cubrir las demandas de autocuidado.

Las enfermeras, establecen qué requisitos son los demandados por la persona a la que van a atender; seleccionan las formas más adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción; evalúan las habilidades y capacidades de la persona para cubrir sus requisitos; el potencial del enfermo para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

Los sistemas de enfermería son complejos métodos de acción, realizados por las enfermeras dentro de contextos sociales e interpersonales.

La condición que induce al requerimiento de cuidados de enfermería es la incapacidad/limitación de una persona para proporcionarse continuamente la cantidad y calidad de autocuidado requerido, debido a su situación personal de salud. Esta frase puede resumirse diciendo que, una persona requiere de una enfermera cuando existe un déficit de autocuidado (o un déficit de cuidado dependiente).

Los sistemas de enfermería, descritos por Orem, dependen de las capacidades del paciente para autocuidarse. Al existir un déficit de autocuidado, en cualquier grado, la enfermera se convierte en agente de autocuidado actuando en lugar de la persona, guiando a la persona en el autocuidado, apoyándola física y/o psicológicamente, enseñándola y

promoviendo un entorno favorable al desarrollo personal, de tal manera que llegue a ser capaz de enfrentarse al presente y al porvenir.

Sistema de compensación total: El enfermo no tiene ningún papel activo en la realización del autocuidado, por su estado de incapacidad/limitación. En este caso, la enfermera actúa en lugar del paciente tomando las decisiones más adecuadas y ejecutando el autocuidado.

Sistema de compensación parcial: En este caso, tanto el enfermo como la enfermera participan en el autocuidado. El grado de participación de cada uno depende de las capacidades cognitivas y de las destrezas del enfermo, así como de sus capacidades físicas. La enfermera sustituye las limitaciones/incapacidades de la persona y el enfermo acepta la ayuda de la enfermera y se hace cargo de algunos requisitos de autocuidado.

Sistema de apoyo educativo: La enfermera instruye y orienta a la persona para que lleve a cabo el autocuidado necesario. El enfermo es capaz de aprender y tomar las decisiones necesarias en lo referente al autocuidado, ya que no tiene limitaciones/incapacidades.

En los sistemas de enfermería, la enfermera pasa a ser agente de autocuidado. La agencia de autocuidado (la enfermera), es la combinación de conocimientos, habilidades, destrezas y motivación adquiridos a través de la formación y la experiencia, que la posibilitan para proporcionar Cuidados de Enfermería a los clientes. La agencia de enfermería se ve influida por la edad, orientación socio-cultural, estado de desarrollo personal y profesional, estado de salud, etc., es decir, los mismos factores básicos condicionantes que influyen en los requisitos de autocuidado y la agencia de autocuidado del enfermo.

Las opiniones y los valores

Aunque estos aspectos no estén sujetos a criterios de verdad absoluta, reflejan el sistema de valores que es compartido por las enfermeras que desean seguir el modelo de autocuidado. En este apartado se describen los conceptos de hombre, de salud y de enfermería.

El concepto de hombre

El modelo concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

Además, el hombre, es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante.

El hombre, es una persona con capacidad para conocerse, capaz de altruismo, puede comprometerse en una acción deliberada o voluntaria, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos a fin de desempeñar acciones beneficiosas para él y para otros, facultades imprescindibles para llevar a cabo acciones de autocuidado y cuidado dependiente.

El hombre, tiene la capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, condiciones básicas para realizar acciones de autocuidado.

El concepto de salud

La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

Así, al describir la salud como un estado de estar entero es necesario incluir el crecimiento y desarrollo del ser humano con la estructura y funcionamiento del hombre.

El hombre trata de conseguir este estado de salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

El concepto de enfermería

Para Orem, la Enfermería es proporcionar, a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de enfermería se definen como ayudar a la persona a realizar y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Objetivos y metodología de enfermería

La meta que la enfermera se plantea utilizando el modelo de autocuidado, está implícita en la descripción del modelo, persiguiendo el asistir a las personas para que alcancen, al máximo su nivel de autocuidado. Para llevar a cabo el modelo, se utiliza el proceso de enfermería, siguiendo todas las etapas y centradas en los conceptos definidos en las presunciones:

Valoración: De las demandas de autocuidado y de las incapacidades/limitaciones de la persona para cubrir los requisitos demandados (agencia de autocuidado).

Planificación: Formulación de objetivos dirigidos al mantenimiento y/o recuperación de los requisitos de autocuidado. Descripción de acciones para lograr el objetivo.

Ejecución: Establecimiento de métodos para suplir a la persona, ayudarla o apoyarla con enseñanza y orientación.

Evaluación: Valorar el cambio en la agencia de autocuidado, la demanda de autocuidado y los requisitos de autocuidado.

Tras esta somera aproximación a los enfoques teóricos más relevantes señalados por lo sujetos de nuestra muestra, donde en modo alguno hemos ahondado en el dispar desarrollo teórico de los mismos; vamos a continuar con la presentación de los resultados obtenidos en el Cuestionario sobre Teoría de la Enfermería. Seguiremos una estrategia

similar a la empleada para la prueba anterior, desglosando los resultados obtenidos por los distintos grupos de la muestra, lo que nos permitirá ir observando la influencia de la socialización en el perfil de respuestas dadas por los sujetos.

4.1.2. Análisis Descriptivo

Los resultados obtenidos son coherentes con los prejuicios que teníamos; así, los modelos disciplinares que aparecen con mayor frecuencia y, además, son los mejor valorados, son la Teoría del Autocuidado de Orem y el Modelo de Necesidades Básicas de Henderson; algo que parece lógico si tenemos en cuenta que son los dos modelos formales de la disciplina enfermera con mayor implantación en nuestro país (Benavent, Ferrer y Francisco del Rey, 2001).

Estos resultados son compartidos por los distintos grupos de la muestra, siendo los únicos enfoques teóricos cuya frecuencia de aparición se aproxima al 70% y son puntuados por encima de 3 (dentro de una escala de 1 a 6); en todos los casos la Teoría del Autocuidado de Orem se sitúa ligeramente por encima del Modelo de Necesidades Básicas de Henderson. Las únicas excepciones las constituyen, en primer lugar, el grupo de estudiantes de primer curso donde la frecuencia se sitúa alrededor del 50% y la puntuación entre 2.28 y 2.91, aunque son los modelos con mejores resultados por lo que es posible pensar que se trata de desconocimiento por falta de formación teórica formal. Sobre esta tendencia volveremos más adelante. El otro grupo, cuyos resultados son diferentes, lo constituyen los alumnos de la Escuela Fundación Jiménez Díaz, en este caso las diferencias son notablemente más relevantes; así, el modelo disciplinar con mayor frecuencia de aparición y mejor evaluación es la Teoría del Entorno de Florence Nightingale, seguido del Modelo de Necesidades Básicas y, en tercer lugar, la Teoría del Autocuidado. Una vez más podemos intuir los efectos de la socialización en el conocimiento que de los distintos modelos teóricos enfermeros tienen los sujetos de nuestra muestra, más adelante abordaremos la cuestión de cómo este conocimiento se relaciona con la construcción de un tipo de identidad disciplinar u otro. Como ya habíamos anticipado vamos a ir mostrando los resultados obtenidos por cada uno de los grupos de la muestra.

4.1.2.1. Análisis descriptivo de la muestra total

Para la muestra total, el modelo con mayor frecuencia de menciones es, como hemos señalado con anterioridad, la Teoría del Autocuidado, que aparece en un 73% del total de los sujetos de la muestra, seguida del Modelo de Necesidades Básicas, con un 71%. El siguiente modelo disciplinar es la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegarda Peplau, apareciendo en un 45% de los sujetos. Respecto a la evaluación de la relevancia de estos modelos formales, en primer lugar aparece nuevamente la Teoría del Autocuidado, con un 3.63, seguida del Modelo de Necesidades Básicas, con un 3.20, y nuevamente, en tercer lugar, aparece la Teoría de las Relaciones Interpersonales, con un 1.66, tal y como se muestra en la Tabla 25:

	TEORÍA AUTOCUIDADO	NECESIDADES BASICAS	RELACIONES INTERPERSONA LES	CUIDADOS TRANSCULTUR ALES	MODELO ADAPTACIÓN	PROCESO DELIBERATIVO	TEORÍA ENTORNO	PATRONES FUNCIONALES	OTRAS TEORÍAS
FREC. (%)	73%	71%	45%	27%	42%	4%	39%	10%	25%
PUNT.	3,63	3,20	1,66	1,25	1,58	0,14	1,67	0,41	0,92

Tabla 25. Frecuencias en porcentaje y puntuación para la muestra total.

Como hemos mostrado anteriormente, construimos un indicador al que denominamos Valoración que nos permitiese comparar las diferencias entre los distintos grupos de la muestra. Para ello ajustamos en porcentajes tanto la frecuencia como la relevancia otorgada a los modelos disciplinares y multiplicamos entre sí ambos valores. La Figura 7 nos muestra los resultados obtenidos por la muestra total, donde podemos observar que el modelo teórico con mejor valoración para el total de la muestra es la Teoría del Autocuidado, con un 2.64, seguida del Modelo de las Necesidades Básicas, con un 2.28 y a una importante distancia la Teoría de las Relaciones Interpersonales.

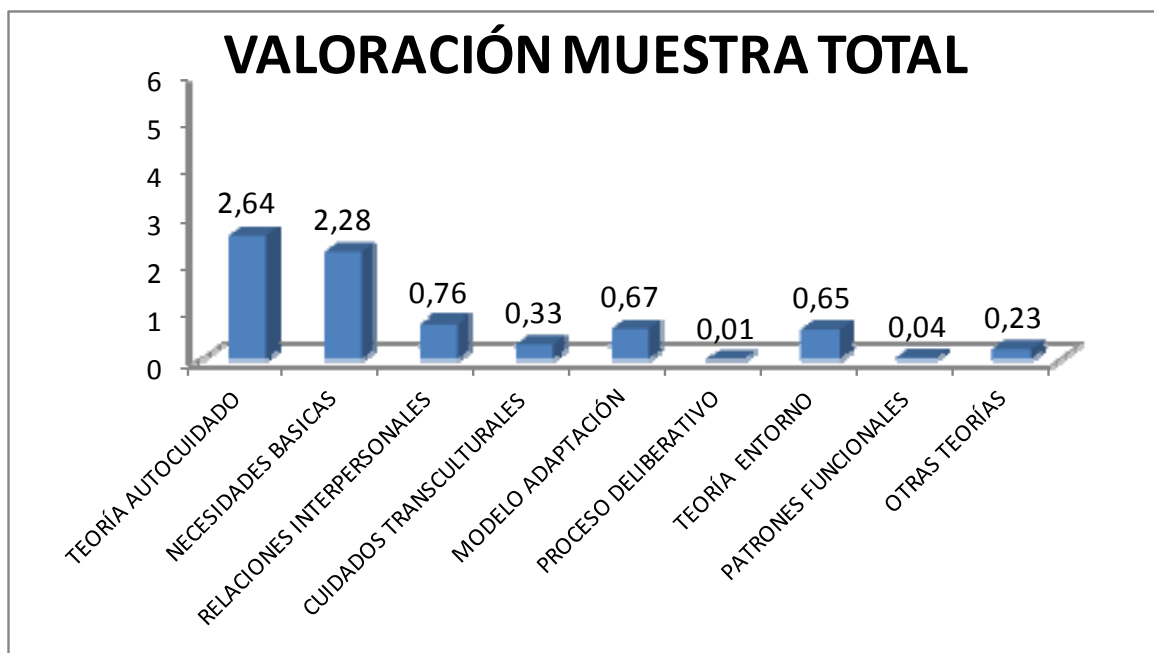


Figura 7. Valoración de los enfoques teóricos para la muestra total.

4.1.2.2. Análisis descriptivo de la muestra de estudiantes

En el caso de la muestra de estudiantes, los modelos teóricos con mayor frecuencia son la Teoría del Autocuidado y el Modelo de Necesidades Básicas ambos con un 71% del total de estudiantes, seguidas del modelo de Relaciones Interpersonales, con un 42%. En cuanto a la relevancia que los alumnos otorgan a los modelos teóricos, encontramos un cambio: los dos modelos más relevantes son la Teoría del Autocuidado y el Modelo de Necesidades Básicas, con un 3.50 y un 3.11 respectivamente. Sin embargo, el tercer modelo más relevante es la Teoría del Entorno, con un 1.69.

La Figura 8 nos muestra que es la Teoría del Autocuidado el enfoque teórico mejor valorado, con un 2.49, seguido del Modelo de Necesidades Básicas, con un 2.11 y de la Teoría del Entorno, con un 0.63.

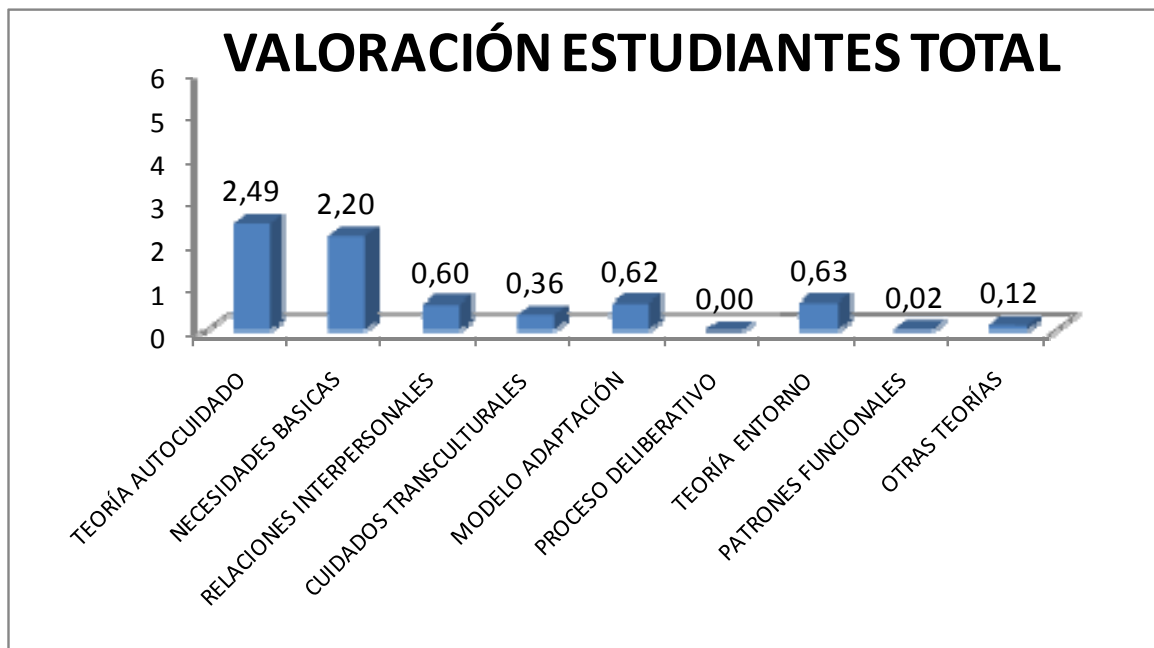


Figura 8. Valoración de los enfoques teóricos para la muestra de estudiantes.

Si dividimos la muestra por curso académico, nos encontramos que en los estudiantes de primer curso los modelos teóricos con mayor frecuencia de aparición son nuevamente la Teoría del Autocuidado y el Modelo de Necesidades Básicas, con un 55% y un 50% respectivamente; seguidas de la Teoría de las Relaciones Interpersonales y del Modelo de Adaptación, ambos con un 36% del total de alumnos de primero. Se pueden apreciar ya notables diferencias respecto de las frecuencias aparecidas en este grupo frente a las de grupos anteriores, algo que puede ser explicado, al menos en parte, por la diferencia de formación teórica formal de estos estudiantes por pertenecer al primer curso de la Diplomatura. Respecto a la relevancia que conceden a los distintos modelos teóricos, los resultados indican que el modelo con mayor relevancia es la Teoría del Autocuidado, con un 2.91, seguido del Modelo de Necesidades Básicas, con un 2.28 y en tercer lugar la Teoría de las Relaciones Interpersonales, con un 1.45. Esta diferencia de la que venimos hablando, se mantiene en el indicador Valoración, ya que la Teoría del Autocuidado, que es el modelo con puntuación más alta, se queda en un 1.59. Además, sólo hay otro modelo cuya valoración sea mayor que 1, recordemos que la escala de nuestro indicador se sitúa entre 1 y 6 (ver Figura 9).

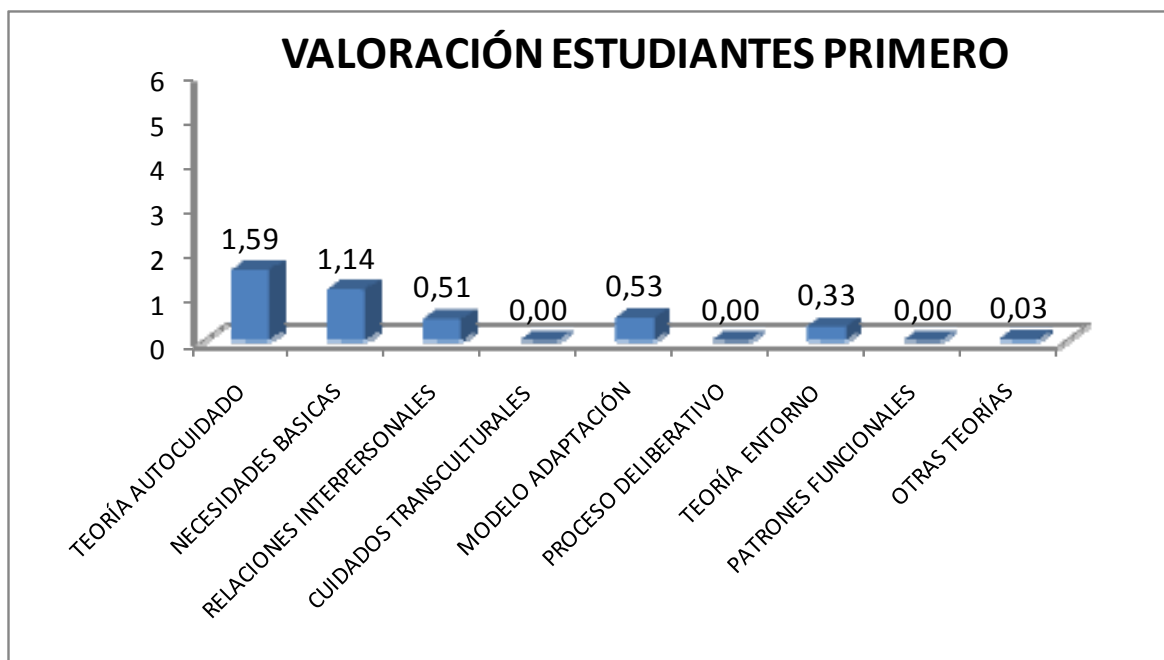


Figura 9. Valoración de los enfoques teóricos para los estudiantes de primer curso.

En el caso de los estudiantes de tercer curso, se aprecian notables diferencias con respecto a los alumnos de primero. Así, el modelo con mayor frecuencia de aparición es el Modelo de las Necesidades Básicas, con un 95%, seguido de la Teoría del Autocuidado, con un 90% y de la Teoría de los Cuidados Transculturales, con un 60%. Respecto a la relevancia otorgada, los resultados presentan ligeras diferencias. De este modo, la Teoría del Autocuidado es el modelo que alcanza una mayor puntuación, con un 4.18, seguido del Modelo de las Necesidades Básicas, con un 4.06 y de la Teoría de los Cuidados Transculturales, con un 2.81. El indicador valoración nos muestra que el modelo mejor valorado por los estudiantes de tercer curso es el Modelo de las Necesidades Básicas, con un 3.85, la Teoría del Autocuidado alcanza un 3.78 y la Teoría de los Cuidados Transculturales un 1.67 como podemos apreciar en la Figura 10.



Figura 10. Valoración de los enfoques teóricos para los estudiantes de tercer curso.

Al analizar los resultados obtenidos por los estudiantes en función de su Escuela Universitaria de Enfermería, nos encontramos con diferencias muy importantes, donde podemos empezar a apreciar ya a las claras el efecto de la distinta socialización en función del contexto educativo. Así, nos encontramos con notables diferencias respecto de los enfoques teóricos de referencia en ambas escuelas, recordemos que se trata de las Escuela Universitaria La Paz y la Fundación Jiménez Díaz, pero más importante aún, al menos en nuestra opinión, resultan las diferencias obtenidas respecto a la relevancia y valoración de los distintos modelos teóricos. A continuación pasaremos a analizar dichos resultados.

Los modelos teóricos que aparecen con mayor frecuencia en la Fundación Jiménez Díaz son la Teoría del Entorno, con un 58%, lo cual constituye una novedad seguida del Modelo de Necesidades Básicas, con un 43% y, en tercer lugar, la Teoría del Autocuidado, con un 41%. Respecto a la relevancia que los estudiantes de esta escuela otorgan a los diferentes enfoque teóricos nos encontramos que el modelo que presenta una mayor relevancia es, de nuevo, la Teoría del Entorno, con un 2.73, seguido del Modelo de Necesidades Básicas, con un 2.09 y la Teoría del Autocuidado, con un 1.61.

Los datos obtenidos para el indicador Valoración, nos muestran que el modelo mejor valorado es la Teoría del Entorno, con un 1.57, seguido del Modelo de Necesidades Básicas, con un 0.90 y la Teoría del Autocuidado que se queda en un 0.65 (ver Figura 11).

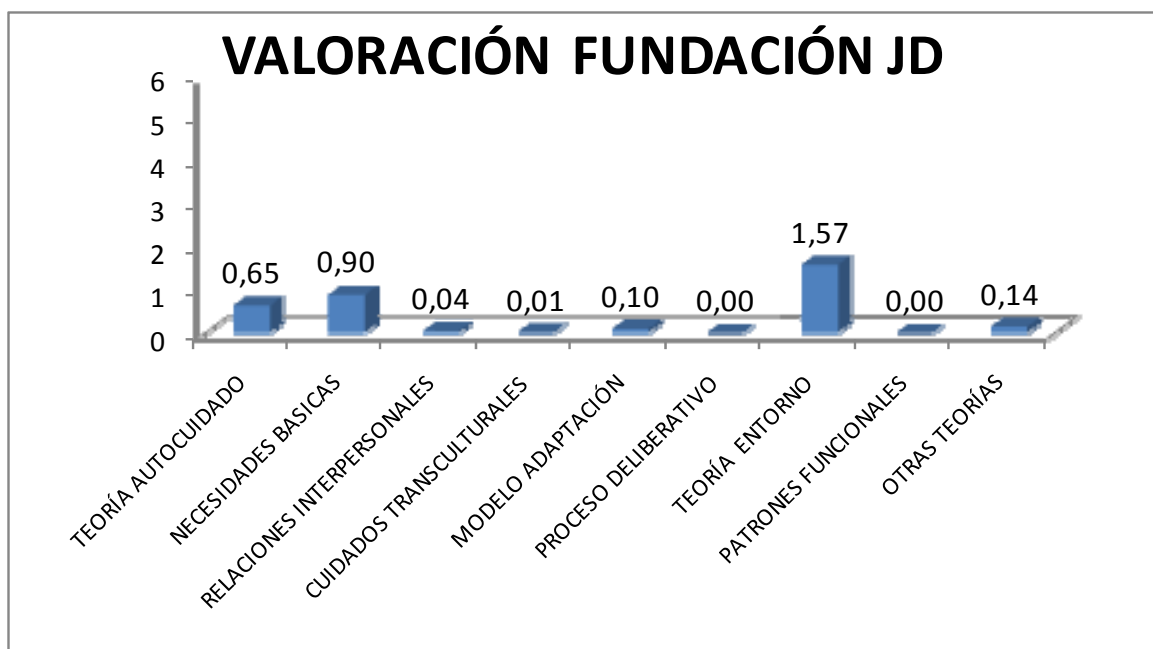


Figura 11. Valoración de los enfoques teóricos para los estudiantes de Fundación Jiménez Díaz.

Como ya hemos anticipado, los resultados de los estudiantes de la Escuela de La Paz presentan importantes diferencias; así, el modelo con mayor frecuencia de aparición es la Teoría del Autocuidado que alcanza un 99%, seguido del Modelo de las Necesidades Básicas, con un 96% y, en tercer lugar, la Teoría de las Relaciones Interpersonales, con un 70%. En esta misma línea de claras diferencias con los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, se nos muestran los resultados respecto de cuáles son los enfoques teóricos con mayor relevancia para el grupo de La Paz. De manera que, es la Teoría del Autocuidado, con un 5.24, el Modelo de las Necesidades Básicas, con un 4.04 y la Teoría de las Relaciones Interpersonales, con un 2.41, los modelos más relevantes para estos estudiantes.

En el indicador Valoración, como era previsible, se mantienen las diferencias de las que venimos dando cuenta; siendo la Teoría del Autocuidado que alcanza un 5.20, el enfoque teórico más valorado, recordemos que la máxima valoración posible para nuestro indicador es un 6. A continuación, el Modelo de las Necesidades Básicas, con un 3.88,

seguido de la Teoría de las Relaciones Interpersonales, con un 1.68, tal y como se muestra en la Figura 12.

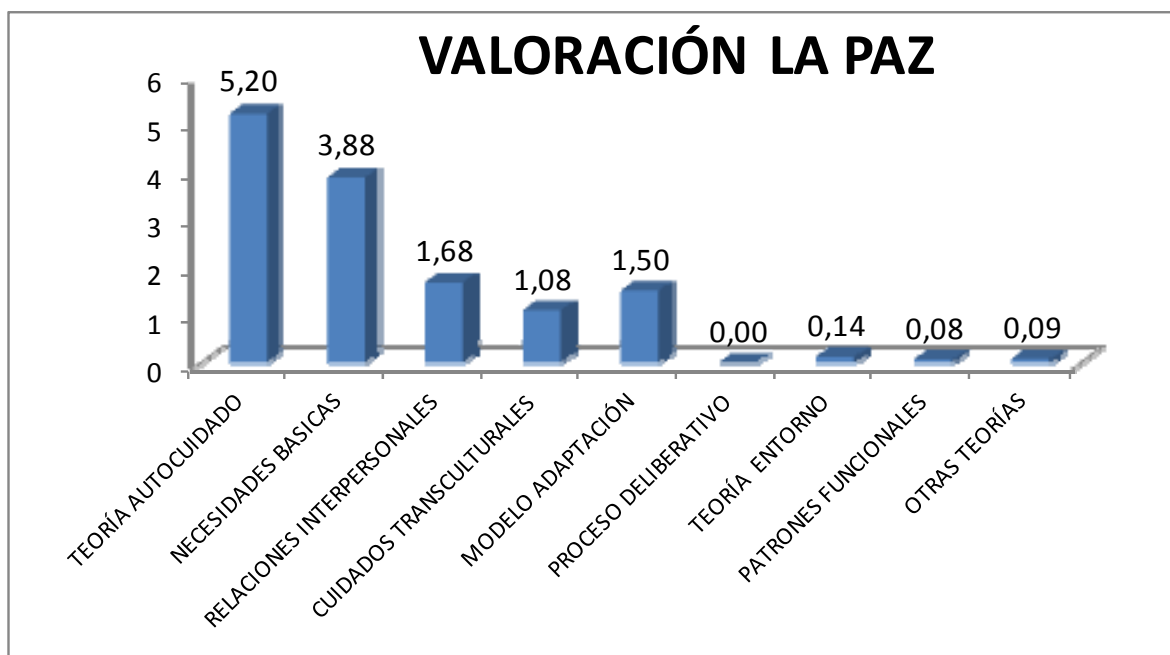


Figura 12. Valoración de los enfoques teóricos para los estudiantes de La Paz.

En síntesis, podemos afirmar que existen claras diferencias respecto de la valoración que de los distintos enfoques teóricos realizan los grupos que componen la muestra de estudiantes. Por un lado, nos encontramos con las diferencias en función del curso académico; de manera que los modelos teóricos mejor valorados por los alumnos de primer y tercer curso de enfermería son distintos. Más significativo todavía nos parece que dicha valoración se sitúa en todos estos modelos por encima del doble en los estudiantes de tercero frente a los de primero. Como ya hemos anticipado, una posible explicación para esta dispar valoración vendría dada, al menos en parte, por el distinto nivel de formación teórica formal que tienen los alumnos de distintos cursos. Sin embargo, esta explicación no nos parece que satisfaga totalmente las diferencias halladas, cuestión sobre la que volveremos más adelante.

Además de las diferencias anteriormente señaladas en función del curso académico, más importantes aún son las que encontramos entre las dos Escuelas Universitarias de Enfermería que hemos analizado. De nuevo, existen diferencias tanto respecto a los

enfoques teóricos mejor valorados, cómo y, muy especialmente, a la valoración de estos enfoques. Así, podemos observar, como hemos señalado con anterioridad, que el modelo mejor valorado en la escuela de La Paz, la Teoría del Autocuidado alcanza una valoración de 5.20 sobre 6, logrando otros cuatro enfoques teóricos una valoración por encima de 1. En el caso de la escuela de la Fundación Jiménez Díaz, sólo hay un modelo que presente una valoración por encima de 1, la Teoría del Entorno. Además y, en nuestra opinión, resulta relevante destacar la importante diferencia en cuanto al nivel de elaboración teórica que existe entre los modelos mejor valorados por parte de cada escuela; así, recordemos que la Teoría del Autocuidado, puede ser considerada como una gran teoría enfermera y que goza de un importante apoyo empírico (Marriner, 2011; Santamaría, 2008), mientras que la denominada Teoría del Entorno, tal y como afirma su autora, F. Nightingale, en el prólogo de su texto más conocido, *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es*, carece de intención propedéutica en relación con la construcción de una auténtica teoría enfermera. Estas diferencias respecto de la valoración que de los distintos modelos teóricos realizan los estudiantes se mantendrán a lo largo de las distintas pruebas que hemos administrado, lo que nos indica de forma notoria el distinto perfil identitario que van a ir desarrollando los alumnos de ambas escuelas.

4.1.2.3. Análisis descriptivo de la muestra de Profesionales

Los resultados obtenidos por la muestra de profesionales nos muestran nuevamente que los modelos teóricos que aparecen con mayor frecuencia son la Teoría del Autocuidado y el Modelo de Necesidades Básicas, ambos por encima del 70% del total de la muestra de profesionales, seguidos la Teoría de Relaciones Interpersonales, con un 53%. Los enfoques teóricos más relevantes para el colectivo de profesionales son la Teoría del Autocuidado, con un 3.90, el Modelo de Necesidades Básicas, con un 3.40 y, en tercer lugar, la Teoría de Relaciones Interpersonales, con un 2.13.

Los resultados obtenidos por nuestro indicador Valoración son similares. Así, el enfoque teórico que recibe una mejor valoración es la Teoría del Autocuidado, con un 2.95, seguida del Modelo de las Necesidades Básicas, con un 2.46 y de la Teoría de las Relaciones Interpersonales, con un 1.13 (ver Figura 13).

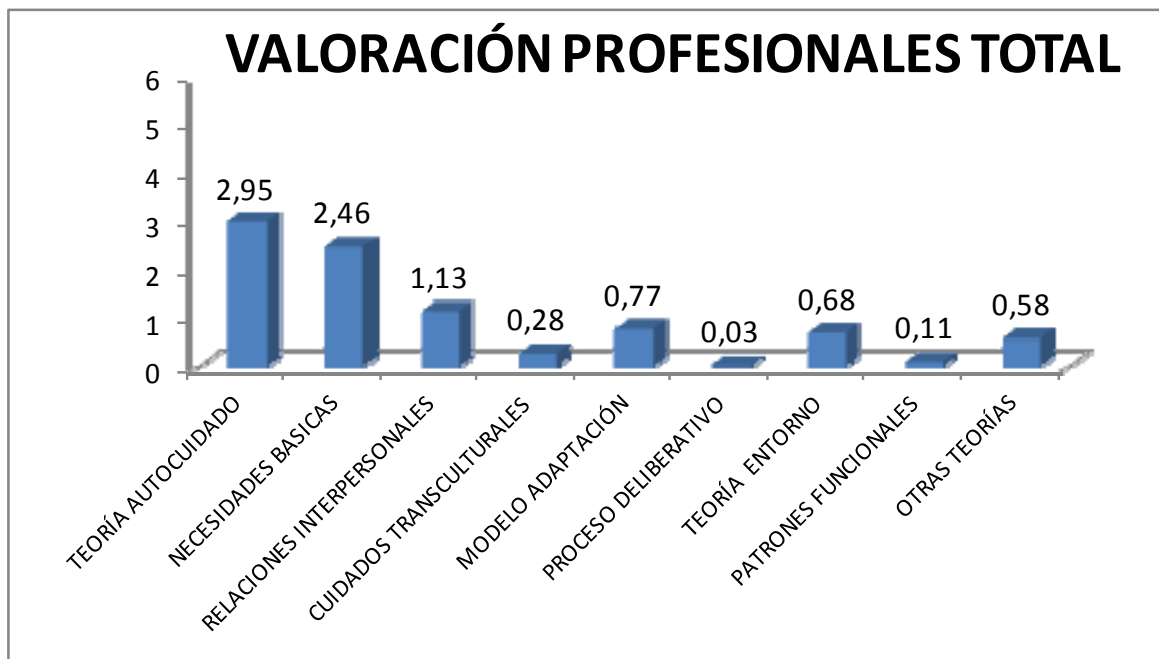


Figura 13. Valoración de los enfoques teóricos para la muestra de profesionales.

Al dividir la muestra de profesionales en función de su tipo de trabajo, es decir, asistenciales o docentes, vemos que se aprecian algunas diferencias. De manera que, los docentes mencionan, como era previsible, un mayor número de enfoques teóricos y los evalúan más positivamente que los profesionales asistenciales. Pasemos a ver esas diferencias con un mayor detenimiento.

En los profesionales asistenciales los modelos teóricos que aparecen con mayor frecuencia son la Teoría del Autocuidado, con un 72%, el Modelo de las Necesidades Básicas, con un 69% y la Teoría de las Relaciones Interpersonales, con un 51%. Respecto a la relevancia que otorgan a los diferentes enfoque teóricos, nos encontramos con que es la Teoría del Autocuidado el enfoque más relevante, obteniendo una puntuación de 3.62, seguido del Modelo de las Necesidades Básicas, con un 3.26 y la Teoría de las Relaciones Interpersonales, con un 2.08.

La Figura 14 nos muestra los resultados obtenidos por el indicador Valoración, y, como podemos observar, es la Teoría del Autocuidado el modelo mejor valorado, con un 2.61, seguido del Modelo de las Necesidades Básicas, con un 2.23 y, en tercer lugar, la Teoría de las Relaciones Interpersonales 1.06.

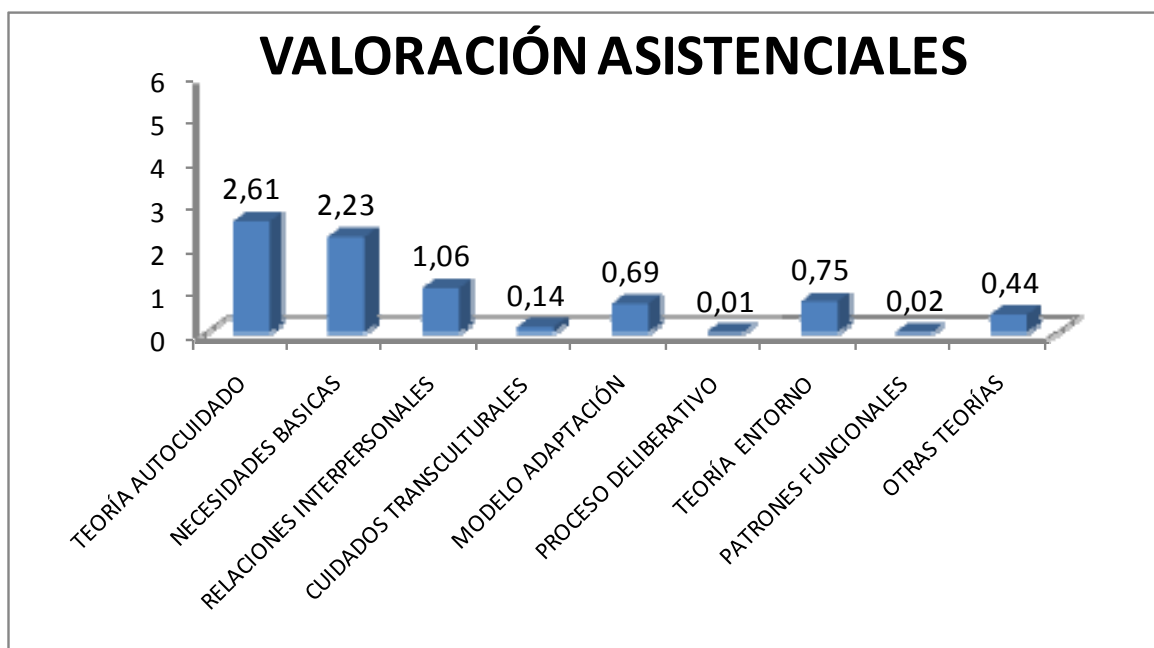


Figura 14. Valoración de los enfoques teóricos para la muestra de profesionales asistenciales.

En el caso de los docentes, los enfoques teóricos más frecuentes son los mismos que en el caso de los asistenciales, aunque con una frecuencia de aparición mayor; así, la Teoría del Autocuidado alcanza un 85% de frecuencia, seguido del Modelo de las Necesidades Básicas, con un 82% y la Teoría de las Relaciones Interpersonales, con un 58%. Respecto a la evaluación que de dichos modelos realizan los docentes, nos encontramos con resultados similares, de manera que, es la Teoría del Autocuidado el enfoque más relevante, con un 4.64, seguido del Modelo de las Necesidades Básicas, con un 3.79 y la Teoría de las Relaciones Interpersonales, con un 2.27.

El indicador Valoración (ver Figura 15) nos muestra que es la Teoría del Autocuidado el modelo teórico mejor valorado con una puntuación de 3.93, a continuación el Modelo de las Necesidades Básicas, con un 3.10 y, en tercer lugar, la Teoría de las Relaciones Interpersonales 1.31.

En resumen, y como cabría esperar, los docentes presentan mejores valoraciones de los distintos enfoques teóricos que los profesionales asistenciales, situándose ligeramente por encima de 1 punto sobre 6, para los dos modelos mejor valorados. A diferencia de lo que ocurría en el caso de los grupos de estudiantes, en el caso de los profesionales no

existen diferencias en cuanto a la valoración de los enfoques por parte de los docentes y de los asistenciales. Sin embargo, nos gustaría señalar, que las diferencias encontradas no son tan acusadas como sucedía en el caso de los distintos grupos que componen la muestra de estudiantes; una posible explicación es la importante presencia de profesionales que ejercen su práctica en el Área 5 de Salud en general, y en el Hospital Universitario de La Paz en particular, y que constituyen un 69.76% del total de la muestra de profesionales asistenciales; debemos tener en cuenta que existe un importante porcentaje de enfermeras asistenciales en este Área de Salud que se han formado en la Escuela Universitaria de La Paz y que como hemos podido observar con anterioridad, valoran mejor los modelos teóricos que las que se han formado en otras escuelas, lo que podría estar ocasionando que las diferencias entre el grupo de docentes y el de asistenciales no sean tan acusadas como cabría esperar.

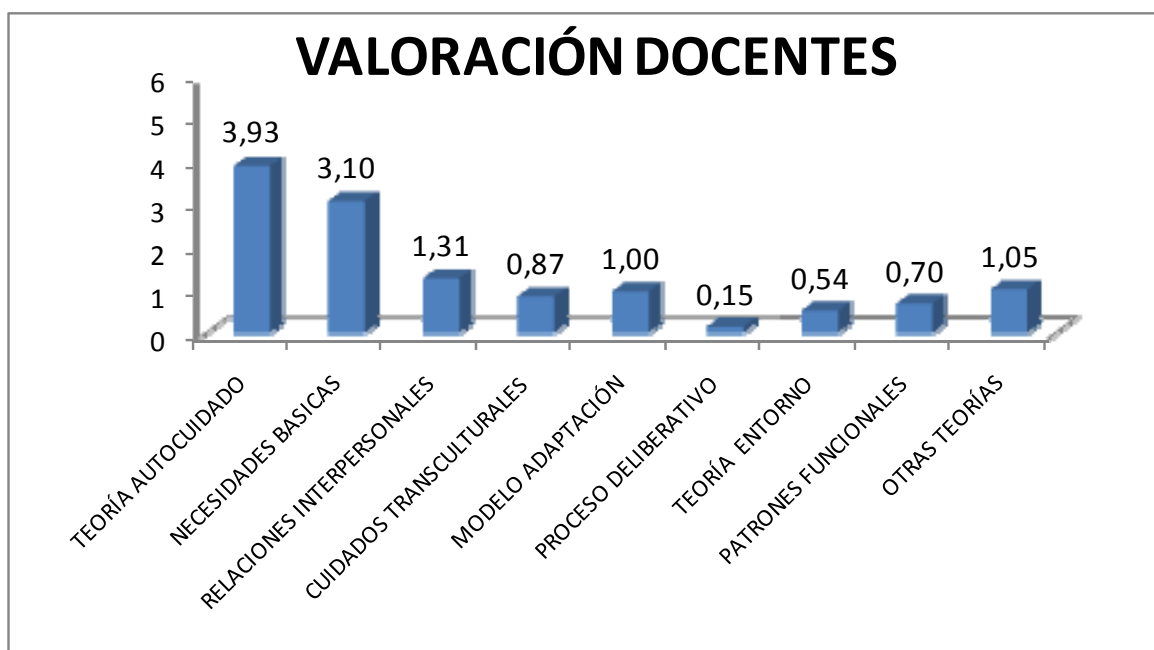


Figura 15. Valoración de los enfoques teóricos para la muestra de profesionales docentes.

4.2. Cuestionario sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería

Como hemos señalado con anterioridad, el cuestionario sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería, está íntimamente relacionado con el cuestionario sobre Teorías de la Enfermería, ya que su objetivo es aportarnos datos sobre aquellos personajes que resultan relevantes en la construcción de la identidad disciplinar de los sujetos de nuestra muestra; como veremos, un porcentaje significativo de estos personajes coinciden con los autores de las teorías o enfoques consignados en el cuestionario anterior. Sin embargo, aparecen otras figuras que tienen una enorme relevancia en el proceso de configuración identitaria de los distintos grupos de nuestra muestra.

Como hicimos con la prueba anterior, vamos a mostrar la categorización de los distintos personajes relevantes con la finalidad de que los resultados sean comprendidos con una mayor finalidad. Por este motivo, a las autoras de enfoques teóricos que son señaladas por los sujetos como figuras relevantes les hemos añadido en las tablas la teoría o modelo que desarrollaron.

Además nos encontramos con otras cinco categorías que procedemos a explicar con brevedad:

1. Docentes. Dentro de este grupo se encuentran aquellos profesores que han sido señalados por los sujetos de nuestra muestra como importantes. Independientemente de si son enfermeras o no.
2. Profesionales. Se trata de aquellas enfermeras asistenciales mostradas como relevantes para los integrantes de nuestra muestra.
3. Personaje Histórico Enfermero. Son figuras relevantes de la disciplina enfermera y que han ejercido una influencia más o menos importante en el desarrollo de las prácticas cuidadoras, pero que no han desarrollado un modelo teórico.
4. Personajes Históricos No Enfermeros. Dentro de este grupo estarían personas relacionadas con el ámbito de la salud, pero que no han sido enfermeras. Este grupo está constituido básicamente por personajes religiosos o médicos.

5. Personajes Informales. Son todas aquellas personas que no tienen una vinculación con la disciplina enfermera pero que han influido en nuestros sujetos para estudiar Enfermería o en su desarrollo profesional. Dentro de este colectivo, también estarían incluidos los personajes de ficción, como los personajes de una serie de televisión.

4.2.1. Análisis descriptivo

Como en el caso del cuestionario sobre teorías enfermeras, se les solicitó a los sujetos que valorasen la importancia que para ellos tenían las distintas enfermeras o personajes que habían señalado. A pesar de que se trató de construir para este cuestionario el indicador Valoración, un posterior análisis de los datos nos mostró que una parte importante de los sujetos no había ponderado correctamente a los personajes de esta prueba. Un porcentaje importante de sujetos de la muestra valoraban a los personajes de este cuestionario igual que en el cuestionario anterior, es decir, a mayor número mejor valoración. Sin embargo, en este cuestionario la importancia que se le atribuía a un determinado modelo o persona iba de 1 a 15, donde 1 era la máxima relevancia y 15 menor relevancia. Es decir, en este cuestionario el número indicaba el orden de importancia, mientras que en el anterior indicaba la valoración. Lo cierto es que resulta prácticamente imposible saber en qué casos los sujetos se han equivocado en el uso del criterio de puntuación por importancia. Por este motivo, los resultados que vamos a mostrar a continuación serán únicamente los correspondientes a las frecuencias de aparición para los distintos grupos de nuestra muestra. No obstante, consideramos que estos datos nos van a aportar información valiosa sobre el proceso de construcción identitaria profesional, ya que además de los distintos enfoques teóricos, los sujetos de nuestra muestra nos van a mostrar otra serie de personajes que les han resultado influyentes o relevantes para su elección de la carrera de enfermería o para el ejercicio profesional. Por lo que en este cuestionario, además de ir mostrando las diferencias encontradas entre los distintos modelos teóricos, nos vamos a detener en ir mostrando las diferencias de estos otros personajes.

4.2.1.1. Análisis descriptivo de la muestra total

El personaje que ha obtenido una mayor frecuencia de aparición es Nightingale, con un 67%, seguida de Henderson, con un 64% y Orem, con un 59%, como podemos apreciar en la Tabla 26. Además, existen otros personajes cuya frecuencia es menor, sin embargo, en nuestra opinión, ejercen una influencia significativa en el proceso de construcción psicosocial de la identidad enfermera. Entre ellos, destacan los docentes, con un 27% y los asistenciales, con un 20%.

MUESTRA										
OREM (Tª AUTOUCUIDADO)	HENDERSON (NEC. BÁSICAS)	PEPLAU (REL. INTERPERSONALES)	LEININGER (Tª CUID. TRANSCULTURALES)	ROY (MOD. ADAPTACIÓN)	NIGHTINGALE (Tª ENTORNO)	DOCENTE	ASISTENCIAL	PERS. HCO. ENFERMERO	PERS. HCO. NO ENFERMERO	INFORMAL
59%	64%	46%	20%	45%	67%	27%	20%	16%	16%	6%

Tabla 26. Frecuencia de aparición (%) para la muestra total.

4.2.1.2. Análisis descriptivo de la muestra de estudiantes

En la muestra de estudiantes volvemos a apreciar algunas diferencias significativas con respecto a las figuras que los alumnos destacan como más significativas (ver Tabla 27), de manera que, es Nightingale el personaje con mayor frecuencia de aparición, con un 65%, en segundo lugar aparece el Henderson, con un 61% y, en tercer lugar, Orem, con un 55%. Otros personajes relevantes aunque con una menor frecuencia de aparición, los constituyen nuevamente, los docentes que alcanzan un 30% y las enfermeras asistenciales, con un 19%.

ESTUDIANTES										
OREM (Tª AUTOUCUIDADO)	HENDERSON (NEC. BÁSICAS)	PEPLAU (REL. INTERPERSONALES)	LEININGER (Tª CUID. TRANSCULTURALES)	ROY (MOD. ADAPTACIÓN)	NIGHTINGALE (Tª ENTORNO)	DOCENTE	ASISTENCIAL	PERS. HCO. ENFERMERO	PERS. HCO. NO ENFERMERO	INFORMAL
55%	61%	47%	21%	47%	65%	30%	19%	12%	15%	9%

Tabla 27. Frecuencia de aparición (%) para la muestra de estudiantes.

Al dividir la muestra de estudiantes en función del curso académico, comenzamos a apreciar notables diferencias, como podemos apreciar en la Tabla 28. De manera que, en los alumnos de primero, el personaje con mayor frecuencia de aparición es Nightingale, con un 71%, seguida de Henderson, con un 61%; en tercer lugar nos encontramos con Orem y Roy, ambas con un 53%. Nos parece significativo señalar la frecuencia alcanzada por los personajes informales, dentro de este grupo se encontrarían los familiares, amigos,

personajes de televisión, etc. Y que los sujetos de nuestra muestra señalan como relevantes o influyentes. En el caso de los estudiantes de primer curso, alcanza un 11%.

Para el grupo de los estudiantes de tercero, el personaje que ha alcanzado unos mayores porcentajes de aparición ha sido Henderson, con un 61%, seguida de Orem y Nightingale, ambas con un 58%. Significativos son también los porcentajes alcanzados por los docentes, con un 49% y los profesionales asistenciales, con un 30%; así como el importante descenso de los informales que disminuye hasta un 6%.

ESTUDIANTES POR CURSO											
	OREM (Tª AUTOCUIDADO)	HENDERSON (NEC. BÁSICAS)	PEPLAU (REL. INTERPERSONALES)	LEININGER (Tª CUID. TRANSCULTURALES)	ROY (MOD. ADAPTACIÓN)	NIGHTINGALE (Tª ENTORNO)	DOCENTE	ASISTENCIAL	PERS. HCO. ENFERMERO	PERS.HCO. NO ENFERMERO	INFORMAL
PRIMERO	53%	61%	50%	0%	53%	71%	14%	10%	11%	8%	11%
TERCERO	58%	61%	44%	46%	40%	58%	49%	30%	14%	22%	6%

Tabla 28. Frecuencia de aparición (%) para los estudiantes por curso académico.

De nuevo, las diferencias más importantes dentro de la muestra de estudiantes las encontramos entre las dos Escuelas Universitarias de Enfermería (ver Tabla 29). De este modo, para los alumnos de la Fundación Jiménez Díaz la figura con mayor porcentaje de aparición la constituye el colectivo de docentes, con un 42%, seguida de Nightingale, con un 39% y, en tercer lugar, los asistenciales, con un 35%, obteniendo las autoras del resto de modelos teóricos porcentajes claramente más bajos. También nos gustaría remarcar, la notable influencia que los estudiantes de esta escuela otorgan a los personajes históricos no enfermeros (dentro de este grupo se encontrarían personajes religiosos como San Vicente de Paúl o las Hermanas de la Caridad, así como, figuras médicas, como Pasteur y, fundamentalmente, Jiménez Díaz), que alcanzan un 23% y los personajes informales, con un 15%.

Para los alumnos de La Paz, la figura más señalada es Orem, con un 96%, seguida de Nightingale, con un 89% y, en tercer lugar, Henderson, con un 88%. Otras figuras en las que difieren de forma significativas este grupo de estudiantes frente al de la Fundación Jiménez Díaz, son los personajes históricos enfermeros, que recogen, entre otros, enfermeras relevantes como las matronas romanas y, muy especialmente, Collière. En el caso de los alumnos de la escuela de La Paz, este grupo alcanza un 23%. También resulta notable la baja

frecuencia de aparición del grupo de personajes informales, que este caso se queda en un 2%.

ESTUDIANTES POR ESCUELA											
	OREM (Tª AUTOCUIDADO)	HENDERSON (NEC. BÁSICAS)	PEPLAU (REL. INTERPERSONALES)	LEININGER (Tª CUID. TRANSCULTURALES)	ROY (MOD. ADAPTACIÓN)	NIGHTINGALE (Tª ENTORNO)	DOCENTE	ASISTENCIAL	PERS. HCO. ENFERMERO	PERS.HCO. NO ENFERMERO	INFORMAL
LA PAZ	96%	88%	84%	41%	80%	89%	20%	5%	23%	7%	2%
F. JIMENEZ DÍAZ	11%	31%	7%	0%	11%	39%	42%	35%	0%	23%	15%

Tabla 29. Frecuencia de aparición (%) para los estudiantes por escuela universitaria.

Resumiendo, en el caso de la muestra de estudiantes, podemos observar la existencia de diferencias entre el grupo de primer y tercer curso, de manera que, en el grupo de tercero se produce un incremento en la valoración de la mayor parte de las autoras de enfoque teóricos, más significativo es el caso de la relevancia concedida a los docentes y a las enfermeras asistenciales.

Sin embargo, las diferencias más importantes dentro de la muestra de estudiantes, las volvemos a encontrar, como en la prueba anterior, entre las distintas escuelas de enfermería. Así, en el caso de los alumnos de la Fundación Jiménez Díaz, dentro de las figuras señaladas como más relevantes no se encuentra ninguna de las autoras de un modelo teórico, con la única excepción de Nightingale, una excepción relativa, pues, como indicábamos más arriba, no está claro que su punto de vista tenga las características de una teoría, ni la vocación de aspirar a serlo. Además, al analizar quiénes son los integrantes del colectivo que recibe una mejor valoración, recordemos que es el de los docentes, podemos observar cómo se trata fundamentalmente de médicos. También nos parece relevante la valoración obtenida tanto por los personajes históricos no enfermeros y el colectivo de informales. En el caso de los alumnos de La Paz, los personajes que reciben una mejor valoración son las autoras de los diferentes modelos teóricos, lo que supone una notable diferencia con respecto a los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz.

4.2.1.3. Análisis descriptivo de la muestra de profesionales

Como podemos apreciar en la Tabla 30, los personajes que los profesionales señalan con mayor frecuencia son Nightingale y Henderson, ambas con un 71%, seguidas de Orem, con un 67%. También nos gustaría remarcar la escasa aparición del colectivo de informales, que

prácticamente desaparece en el caso de los profesionales al quedarse en un 0.8%.

PROFESIONALES										
OREM (Tª AUTOCUIDADO)	HENDERSON (NEC. BÁSICAS)	PEPLAU (REL. INTERPERSONALES)	LEININGER (Tª CUID. TRANSCULTURALES)	ROY (MOD. ADAPTACIÓN)	NIGHTINGALE (Tª ENTORNO)	DOCENTE	ASISTENCIAL	PERS. HCO. ENFERMERO	PERS.HCO. NO ENFERMERO	INFORMAL
67%	71%	43%	18%	42%	71%	19%	22%	24%	19%	0,8%

Tabla 30. Frecuencia de aparición (%) para los profesionales.

Al dividir la muestra de profesionales, entre docentes y asistenciales, observamos que los personajes más señalados por los profesionales asistenciales son Nightingale y Henderson, con un 71%, seguidas de Orem, con un 65%. En el caso de los docentes, las figuras que aparecen con mayor frecuencia son Nightingale, Henderson y Orem, todas ellas con un 73% (ver Tabla 31). Donde podemos apreciar diferencias entre estos dos grupos, es en el caso de los docentes y personajes históricos enfermeros, en ambos casos alcanzan una frecuencia claramente superior en el colectivo de los docentes que en el caso de los asistenciales.

PROFESIONALES POR TIPO DE TRABAJO											
	OREM (Tª AUTOCUIDADO)	HENDERSON (NEC. BÁSICAS)	PEPLAU (REL. INTERPERSONALES)	LEININGER (Tª CUID. TRANSCULTURALES)	ROY (MOD. ADAPTACIÓN)	NIGHTINGALE (Tª ENTORNO)	DOCENTE	ASISTENCIAL	PERS. HCO. ENFERMERO	PERS.HCO. NO ENFERMERO	INFORMAL
DOCENTES	73%	73%	39%	36%	33%	73%	36%	30%	36%	27%	0%
ASISTENCIALES	65%	71%	44%	10%	45%	71%	13%	19%	20%	16%	1%

Tabla 31. Frecuencia de aparición (%) para los profesionales por tipo de trabajo.

En síntesis, y al igual que sucedía en la prueba anterior, las diferencias encontradas dentro del colectivo de los profesionales son menores que las aparecidas en el grupo de alumnos. No obstante, podemos observar como la mayoría de los enfoques teóricos son señalados con un pequeña diferencia a favor de los docentes, más importantes son las diferencias encontradas en el caso del grupo de docentes y personajes históricos enfermeros.

4.3. Análisis de chi-cuadrado

A pesar de que en nuestra opinión, los resultados que hemos ido mostrando son claros, hemos decidido realizar una prueba de chi-cuadrado que nos permita mostrar de una forma sencilla y algo más clara qué diferencias de las encontradas son estadísticamente significativas. Para ello hemos comparado la frecuencia de aparición de los distintos modelos teóricos o de las figuras relevantes señalados por los distintos grupos de participantes.

4.3.1. Análisis de chi-cuadrado del Cuestionario sobre Teorías de la Enfermería

Comenzaremos por el Cuestionario sobre Teorías de la Enfermería, recordemos que esta prueba tenía como objetivo evaluar el grado de conocimientos, así como la valoración de los modelos teóricos enfermeros (los resultados completos de este análisis se encuentran en el Anexo XIII). Al analizar los resultados de esta prueba, nos encontramos con un χ^2 significativo para los siguientes grupos de la muestra de estudiantes (ver Tabla 32):

ESTUDIANTES			
	CURSO	ESCUELA	CURSO-ESCUELA
	1º-3º	La Paz-FJD	
Modelo Necesidades Básicas	χ^2 59.14 p=0.0000	χ^2 82.9 p=0.0000	χ^2 31.47 p=0.0000
Teoría Autocuidado	χ^2 38.20 p=0.0000	χ^2 102.48 p=0.0000	χ^2 19.27 p=0.0000
Teoría del Entorno	χ^2 12.47 p=0,0004	χ^2 39.64 p=0.0000	χ^2 5.03 p=0.0250
Teoría Relaciones Interpersonales		χ^2 83.89 p=0.0000	χ^2 15.77 p=0.0001

Tabla 32. χ^2 significativos para la muestra de estudiantes.

Como podemos observar dentro de los distintos grupos de la muestra de estudiantes nos encontramos con diferencias estadísticamente significativas para los principales modelos teóricos señalados por los estudiantes, en prácticamente todos los casos. Recordemos que estas diferencias se producían siempre a favor de los alumnos de tercer curso, es decir, que estos estudiantes señalaban con mayor frecuencia estos enfoques teóricos. Estas diferencias son mayores al analizar a los alumnos en función de la Escuela

Universitaria de Enfermería que al analizarlos por el curso académico. De manera que, en todos los casos esta diferencia es a favor de los estudiantes de La Escuela Universitaria La Paz, la excepción la constituye la Teoría del Entorno, que aparece con una mayor frecuencia en el caso de los alumnos de la Fundación Jiménez Díaz, una posible explicación a este hecho aparentemente paradójico, sería que los estudiantes de La Paz poseen un mayor conocimiento de los diferentes enfoques teóricos y no consideran que la Teoría del Entorno sea tal, es decir, una teoría enfermera. De modo que estos resultados son coherentes con nuestros prejuicios teóricos sobre la primacía del efecto socializador sobre la identidad.

También ha sido significativa la diferencia encontrada para la Teoría de las Relaciones Interpersonales en el caso de los estudiantes y profesionales como podemos apreciar en la Tabla 33.

ESTUDIANTES-PROFESIONALES	
Teoría Relaciones Interpersonales	χ^2 3.96 p=0.0465

Tabla 33. χ^2 significativos para la muestra de estudiantes y profesionales.

En este caso, la diferencia es significativa a favor de los profesionales, esto puede ser debido al importante empleo que se le da a este modelo teórico en la asistencia a pacientes psiquiátricos.

Pasemos ahora a analizar aquellos grupos de la muestra cuyas diferencias no han sido estadísticamente significativas. Comenzaremos en este caso por la muestra de profesionales (ver Tabla 34):

ASISTENCIALES-DOCENTES	
Modelo Necesidades Básicas	χ^2 2.08 $p=0.1495$
Teoría Autocuidado	χ^2 0.13 $p=0.7195$
Teoría del Entorno	χ^2 2.11 $p=0.1468$
Teoría Relaciones Interpersonales	χ^2 0.39 $p=0.5304$

Tabla 34. χ^2 no significativos para la muestra de profesionales por tipo de trabajo.

Como podemos observar, para los principales enfoques teóricos no se encuentra diferencias estadísticamente significativas entre docentes y asistenciales, una posible explicación, como ya hemos señalado con anterioridad, puede ser el importante número de alumnos formados en la Escuela Universitaria La Paz y que trabajan como profesionales asistenciales en el Hospital Universitario de La Paz.

Como nos muestra la Tabla 35, tampoco han aparecido diferencias significativas al analizar las diferencias entre el grupo de profesionales y el grupo de estudiantes para los siguientes enfoques teóricos:

ESTUDIANTES-PROFESIONALES	
Modelo Necesidades Básicas	χ^2 0.03 $p=0.8559$
Teoría Autocuidado	χ^2 0.81 $p=0.3671$
Teoría del Entorno	χ^2 0.72 $p=0.3962$

Tabla 35. χ^2 no significativos para la muestra de estudiantes y profesionales.

En este caso, es posible que las diferencias encontradas entre los alumnos de las dos escuelas de enfermería, esté provocando esta ausencia de significación estadística, ya que si analizamos las diferencias entre el grupo de profesionales y los estudiantes de la Escuela de La Paz para estos modelos teóricos nos encontramos que en todos los casos las diferencias son estadísticamente significativas (Tabla 36):

ESTUDIANTES LA PAZ-PROFESIONALES	
Modelo Necesidades Básicas	χ^2 26.89 p=0.0000
Teoría Autocuidado	χ^2 32.16 p=0.0000
Teoría del Entorno	χ^2 15.91 p=0.0001

Tabla 36. χ^2 significativos para la muestra de estudiantes de la Escuela Universitaria La Paz y profesionales.

En este caso, las diferencias son significativas a favor de los estudiantes de la Escuela de La paz para el Modelo de Necesidades Básicas y la Teoría del Autocuidado y a favor de los profesionales en el caso de la Teoría del Entorno, nos reiteramos en la opinión de que los alumnos de La Paz tienen un elevado conocimiento de los diferentes enfoques teóricos y no consideran que el desarrollado por Nightingale lo sea.

Finalmente, tampoco ha tenido significación estadística la diferencia aparecida para la Teoría de las Relaciones Interpersonales al comparar los distintos cursos de estudiantes.

4.3.2. Análisis de chi-cuadrado del Cuestionario sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería

A continuación vamos a ir mostrados los resultados obtenidos del análisis de χ^2 del Cuestionario sobre personajes relacionados con la Enfermería (los resultados completos de este análisis se encuentran en el Anexo XIV), recordemos que esta prueba tenía como objetivo que los sujetos de nuestra muestra nos mostraran aquellos personajes que les resultaban relevantes en relación con la disciplina enfermera. En la presentación de los resultados hemos incluido algunos grupos que sin haber obtenido unas altas frecuencias de aparición, consideramos que nos van a aportar una información valiosa sobre el proceso de constitución de la identidad enfermera. Pasemos a ver los resultados estadísticamente significativos de la muestra de estudiantes (ver Tabla 37):

ESTUDIANTES			
	CURSO	ESCUELA	CURSO-ESCUELA
	1º-3º	La Paz-FJD	
Henderson		χ^2 85.81 p=0.0000	
Orem		χ^2 179.77 p=0.0000	
Nightingale	χ^2 4.77 p=0,0289	χ^2 67.72 p=0.0000	
Peplau		χ^2 148.35 p=0.0000	χ^2 6.91 p=0.0086
PHE		χ^2 31.50 p=0.0000	
PHNE	χ^2 9.05 p=0.0026	χ^2 12.35 p=0.0004	
Asistenciales	χ^2 15.79 p=0.0001	χ^2 35.89 p=0.0000	
Docentes	χ^2 36.63 p=0.0000	χ^2 14.12 p=0.0002	
Informales		χ^2 13.11 p=0.0003	χ^2 7.00 p=0.0082

Tabla 37. χ^2 significativos para la muestra de estudiantes.

Los resultados que mostramos, en nuestra opinión, muestran claramente cómo el efecto de socialización de las diferentes escuelas de enfermería es considerablemente más importante que el que se produce por el plan de estudios. Así, podemos apreciar como al analizar las diferencias entre las dos escuelas de nuestra muestra, estas son todas estadísticamente significativas. A favor de los estudiantes de La Paz, son todas las autoras de modelos o teorías enfermeras. Especialmente significativo nos parece el caso de Nightingale, que como pudimos apreciar en el análisis estadístico de la prueba anterior, la diferencia se situaba a favor de los alumnos de la Fundación Jiménez Díaz y en este caso, por el contrario, lo hace a favor de los estudiantes de La Paz, lo que parece reforzar la idea que venimos manteniendo sobre un nítido mayor conocimientos de los distintos enfoques teóricos disciplinares por parte de los estudiantes de esta escuela. Ya que a la vista de estos resultados podemos concluir que los alumnos de La Paz, al menos en muchos casos, son capaces de distinguir la diferencia que existe entre un modelo teórico y un personaje históricamente significativo.

Además de estos personajes, las diferencias son estadísticamente significativas a favor de los estudiantes de La Paz para los casos de los docentes y los personajes históricos enfermeros. Nos gustaría volver a recordar, que en el caso de los docentes los alumnos de la Escuela La Paz señalaban especialmente a enfermeras, mientras que en el caso de la Fundación Jiménez Díaz eran médicos. En el caso de los personajes históricos enfermeros ninguno de ellos ha sido valorado por ningún estudiante de la Escuela Fundación Jiménez Díaz.

Las diferencias significativas para los alumnos de la Fundación Jiménez Díaz han sido para los profesionales asistenciales, para los personajes históricos no enfermeros, recordemos que con especial significación para el fundador de la escuela Jiménez Díaz, y para el colectivo de informales.

Consideramos que estos resultados manifiestan de una forma clara y nítida, la existencia de dos perfiles identitarios claramente diferentes entre los estudiantes de estas dos escuelas.

La Tabla 38 nos muestra los chi-cuadrados significativos cuando dividimos la muestra de profesionales por el tipo de trabajo, es decir, entre asistenciales y docentes:

ASISTENCIALES-DOCENTES	
Docentes	χ^2 8.50 p=0.0036

Tabla 38. χ^2 significativos para la muestra de profesionales por tipo de trabajo.

Al igual que para el cuestionario de teoría enfermeras, apenas encontramos diferencias significativas entre la muestra de profesionales asistenciales y la muestra de docentes. Nos reiteramos en nuestra opinión sobre la importancia presencia de estudiantes formados en la escuela de La Paz y que influyen notablemente en estos resultados.

Continuando con los resultados estadísticamente significativos de la muestra de profesionales. La Tabla 39 nos permite observar las diferencias aparecidas entre los estudiantes y los profesionales:

ESTUDIANTES-PROFESIONALES	
Orem	χ^2 4.73 p=0.0296
Personaje Histórico Enfermero	χ^2 8.77 p=0.0031
Personaje Histórico No Enfermero	χ^2 52.90 p=0.0000
Docentes	χ^2 4.75 p=0.0292
Informales	χ^2 8.39 p=0.0038

Tabla 39. χ^2 significativos para la muestra de estudiantes y profesionales.

Siendo estas diferencias significativas a favor de los profesionales para los siguientes personajes: Orem, personaje histórico enfermero y personaje histórico no enfermero. En sentido contrario, esto es a favor de los estudiantes, nos hemos encontrado con los docentes y con el colectivo de informales. Al igual que en la prueba anterior, consideramos que estas diferencias serían notablemente mayores si dividimos la muestra de estudiantes en función de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Al comparar las muestras de los alumnos de La Paz con los profesionales, nos encontraríamos con los siguientes resultados (Tabla 40):

ESTUDIANTES LA PAZ-PROFESIONALES	
Henderson	χ^2 16.00 p=0.0001
Orem	χ^2 35.10 p=0.0000
Nightingale	χ^2 12.25 p=0.0005
Peplau	χ^2 46.35 p=0.0000
Personaje Histórico No Enfermero	χ^2 64.69 p=0.0000
Asistenciales	χ^2 16.11 p=0.0001

Tabla 40. χ^2 significativos para la muestra de estudiantes de la Escuela Universitaria La Paz y profesionales.

De estos resultados podemos deducir que existe una mayor relevancia por las enfermeras teóricas en el grupo de alumnos de la Escuela Universitaria de La Paz, que en el grupo de profesionales

A continuación vamos a mostrar los chi-cuadrado no significativos comenzando por la muestra de estudiantes (ver Tabla 41):

ESTUDIANTES		
	CURSO	CURSO-ESCUELA
	1º-3º	
Henderson	χ^2 0.00 p=0,9898	χ^2 0.80 p=0.3714
Orem	χ^2 0.59 p=0,4442	χ^2 2.47 p=0.1163
Nightingale		χ^2 0.12 p=0.7294
Peplau	χ^2 0.93 p=0,3360	
PHE	χ^2 0.39 p=0,5301	χ^2 -- p= --
PHNE		χ^2 3.53 p=0.0601
Asistenciales		χ^2 2.63 p=0.1049
Docentes		χ^2 1.21 p=0.2716
Informales	χ^2 1.56 p=0,2113	

Tabla 41. χ^2 no significativos para la muestra de estudiantes.

Recordemos que habían sido significativos todos los resultados encontrados al comparar las dos Escuelas Universitarias de Enfermería.

En el caso de la muestra de profesionales, comenzaremos por los profesionales por tipo de trabajo (ver Tabla 42):

ASISTENCIALES-DOCENTES	
Henderson	χ^2 0.04 p=0.8460
Orem	χ^2 0.63 p=0.4284
Nightingale	χ^2 0.04 p=0.8460
Peplau	χ^2 0.22 p=0.6363
Personaje Histórico Enfermero	χ^2 3.56 p=0.0590
Personaje Histórico No Enfermero	χ^2 1.85 p=0.1739
Asistenciales	χ^2 1.91 p=0.1668
Informales	χ^2 0.39 p=0.5339

Tabla 42. χ^2 no significativos para la muestra de profesionales por tipo de trabajo.

Recordemos que son no significativas las diferencias encontradas para todos los personajes con la excepción del grupo de los docentes. Reiteramos nuestra opinión sobre que esta ausencia de significación estadística se debe fundamentalmente al elevado número de profesionales asistenciales que desarrollan su labor en el Hospital Universitario La Paz.

Para finalizar con la presentación de resultados de los chi-cuadrado no significativos nos faltarían los correspondientes a la muestra de estudiantes frente a profesionales y que pueden apreciar en la Tabla 43.

ESTUDIANTES-PROFESIONALES	
Henderson	χ^2 1.52 p=0.2175
Nightingale	χ^2 1.48 p=0.2233
Peplau	χ^2 0.60 p=0.4398
Asistenciales	χ^2 0.38 p=0.5391

Tabla 43. χ^2 no significativos para la muestra de estudiantes y profesionales.

4.4. Cuestionario sobre motivación y preferencias en la elección y ejercicio de la profesión

Este cuestionario nos va a ir mostrando los distintos relatos identitarios que [re]producen los sujetos de nuestra muestra. Recordemos que a los estudiantes y profesionales enfermeros se les planteaban 4 preguntas relacionadas con la elección y ejercicio de la enfermería que eran: (1) ¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?; (2) ¿Por qué estudias Enfermería?; (3) ¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?; y (4) ¿Por qué quieres ser enfermero/a?

Como ya hemos señalado con anterioridad, en esta ocasión vamos a emplear la muestra total, es decir, vamos a incluir el grupo de primer curso de la escuela de La Paz en su primer día en la escuela. Lo que nos permitirá acceder a un “relato de partida” en el que, al menos en nuestra opinión, se van a entremezclar las visiones sociales de la enfermería junto con la de personas interesadas en la disciplina enfermera, ya que la han elegido como carrera universitaria. Vamos a respetar literalmente todas las expresiones, puntuación, jerga, etc. empleadas por los sujetos; tan sólo haremos algunas matizaciones que permitan al lector entender a qué se están refiriendo, sin necesidad de ser una enfermera o conocedor de los planes de formación enfermeros.

Vamos a ir mostrando los relatos que nos han parecido más sugerentes sobre las diferentes configuraciones identitarias que emergen de nuestra muestra. Estos relatos ponen de manifiesto la ausencia de una *master narrative* en el seno del colectivo enfermero. En nuestra opinión, esta situación pone de manifiesto la ausencia de una identidad disciplinar normativa, potente, que aglutine en gran medida los discursos del colectivo. Por el contrario, lo que observamos es una polifonía de voces dispares, con agendas normativas, de valores y objetivos diferentes o dispares, en ocasiones incluso contrapuestas (la recopilación completa de esta selección de relatos y otros que no hemos incluido, se encuentra en el Anexo XV).

Veamos algunos de los discursos de los sujetos de nuestra muestra y que señalan de manera nítida, esta idea que venimos sosteniendo. ¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a? “*Me gusta la atención y la responsabilidad q asume ante un*

paciente” frente a “La simpleza de su tarea a seguir si la comparas con la de un médico”. Pongamos otro ejemplo “Me gustan la actividad, la capacidad de ayudar a los demás, las relaciones humanas” y “No están bien repartidas las asignaturas, mucho temario de humanidades y poco de Farma, M-Q... (Farmacología, Enfermería Médicoquirúrgica)”.

Sin embargo, existe un consenso mayoritario por parte de los sujetos de nuestra muestra, tanto para remarcar o señalar aspectos positivos como negativos, alrededor de la disciplina enfermera. Dentro de los positivos, nos encontramos con una alta valoración del trabajo realizado por las enfermeras, por ejemplo, *“Me gusta casi todo de la profesión de Enfermería”*. En relación con la formación enfermera, es señalado también como un factor positivo, las prácticas clínicas, a modo de ejemplo *“Me gustan la parte práctica que tiene la carrera desde el 1º curso”* o *“Es o mejor era la práctica”*.

Dentro de los elementos problemáticos o negativos señalados por los sujetos de nuestra muestra, se encuentra la falta de valoración por parte de otros colectivos, fundamentalmente, el colectivo médico *“Ninguneo de otros profesionales (médicos, economistas, gestores, políticos) y del sistema”*, pero también por parte de los propios enfermos *“Estar infravalorada por los médicos y algunos pacientes”*, en este mismo sentido, *“No me gusta: La escasa valoración social y profesional-laboral de su labor. No solo es poco valorada por otros profesionales (Médicos/as), sino también por los propios enfermeros”*. Llegando algunos de los discursos a hablar de falta de respeto *“Me gusta todo menos el poco respeto que nos tienen los profesionales (con los que trabajamos) y los pacientes”*.

En la misma línea se expresan los participantes cuando señalan la falta de autonomía *“No me gusta tener la sensación de que, a veces, eres un “ayudante” del médico. Cada cual tiene su terreno y constantemente, el terreno de la enfermería es invadido, o al menos lo intentan”*, o este otro, *“No me gusta la mediocridad, no me gusta tener que estar demostrando siempre “algo”, no me gusta que tengamos que depender del médico, que arrastremos que es una profesión femenina...”*.

Parece claro que en el discurso de nuestros participantes se entremezclan valoraciones positivas, como las que realizan en relación con la labor que desempeñan las enfermeras, con otras negativas sobre la cruda realidad que vive, o, más bien, sufre el

colectivo enfermero. Estas opiniones negativas se dirigen hacia tres elementos fundamentalmente.

Las críticas más severas se dirigen hacia el seno del colectivo enfermero, que es el que permite o facilita estas situaciones de falta de valoración e independencia *“No me gusta lo que me rodea en ocasiones, el conformismo, la falta de formación, de interés, de motivación, de trabajo en equipo, de recursos (a veces), de incentivos. No me gusta la “LA ENFERMERA DE ANDAR X CASA” que veo tan frecuentemente ni los estereotipos creados en torno a ella y que se reproducen una y otra vez, desde dentro y desde fuera”*; o este otro *“Me desagrada la desmotivación y lo que hagan algunos profesionales. Creo que deberían existir reciclajes para motivar la formación continuada. Muchos de los profesionales de enfermería son responsables de la falta de consideración que tiene nuestra profesión”*; veamos un tercer fragmento *“No me gusta: La escasa valoración social y profesional-laboral de su labor. No solo es poco valorada por otros profesionales (Médicos/as), sino también por los propios enfermeros”*.

Además, se señala como fuente de problemas la formación recibida por los estudiantes, al menos en dos sentidos diferentes: por un lado, hacia el plan de estudios o la estructura de asignaturas *“No están bien repartidas las asignaturas, mucho temario de humanidades y poco de Farma, M-Q... (Farmacología, Enfermería Médicoquirúrgica)”*; y, por otro lado, hacia los valores que desde ellas se inculcan, al menos en algunos casos, *“No me gusta la dependencia ni la sumisión que te empiezan a enseñar desde las escuelas y que se reafirma en el hospital”*.

Finalmente, las críticas se dirigen también hacia el propio sistema, ya que es el que permite, facilita o perpetúa estas situaciones de falta de autonomía, poca valoración, etc. A lo que se une la escasa o nula capacidad de promoción profesional que existe. A modo de ejemplo les proponemos *“No me gusta la imposibilidad de utilizar los conocimientos teóricos en la práctica”*; o *“También, que se quejen, ocasionalmente, los enfermos de los cuidados administrativos cuando el problema es de la organización (por falta de recursos) y se quejan a la enfermera como persona directa”*; y también *“No me gusta: Falta de promoción*

profesional, falta de autonomía, limitaciones derivadas de titulación de diplomado (investigación,...)”.

Los discursos que hemos ido presentando demuestran la ausencia de un relato unificado, ya no solo para muestra en general, sino que esta misma situación se da también en los distintos grupos que la componen. Por lo que para la presentación y análisis de los relatos obtenidos por el cuestionario sobre motivación y preferencias en la elección de la enfermería, proponemos la reconstrucción de los relatos ideales. Un *tipo ideal*, para Max Weber, es un caso que no se puede encontrar, por así decir, en la realidad cotidiana, sino que a través de sus características, tanto positivas como negativas, cabe pensar en todas las posibilidades, ahora ya sí, reales, cotidianas, que se podrían dar en una determinada escena. *“Un tipo ideal está formado por la acentuación unilateral de uno o más puntos de vista, y por la síntesis de muchos fenómenos concretos e individuales, discretos, más o menos presentes y ocasionalmente ausentes, que se unifican, de acuerdo con esos puntos de vista unilaterales destacados, en un constructo analítico. En su pureza conceptual, constructo mental no puede ser hallado en la realidad”* (Weber, 1949; pp. 89-90; citado en Blanco, 2002). Es en este sentido, al que nos referíamos cuando hablábamos de los relatos ideales identitarios.

Los relatos que emergen de nuestro cuestionario se dirigen, en nuestra opinión, al menos en dos direcciones distintas aunque interrelacionadas entre sí. Por un lado, estarían los que enfatizan el tipo de cuidado, es decir, aquellos que se centran en cuál es la labor importante o saliente de las enfermeras. Dentro del tipo de cuidado, nos encontramos con dos extremos, el primero podríamos denominarlo como “cuidado técnico”, que sería aquel en el que lo importante del trabajo de la enfermera es la realización de técnicas o procedimientos manuales; en el extremo opuesto se encontraría el “cuidado humanista”, para el que lo relevante de la labor enfermera es la persona, entendida como tal y no como mero enfermo o paciente.

Por otro lado, nos encontraríamos aquellos relatos que inciden en la importancia de los modelos disciplinares de la enfermería. De este modo, nos encontramos con relatos que manifiestan la escasa importancia o relevancia que para el trabajo de las enfermeras tienen las asignaturas que tienen que ver con el desarrollo disciplinar, como pueden ser

Fundamentos de Enfermería o Historia de la Enfermería, o bien que restan valor a la disciplina enfermera al situarla por debajo de la medicina. Hemos denominado a este tipo perfil de enfermeras o estudiantes como “perfil práctico”. Existe otro tipos de relatos que nos hablan de la importancia de las asignaturas teóricas, del desarrollo de la disciplina enfermera y que podríamos considerar como el otro extremo de los anteriores y que al hemos denominado como “perfil teórico”. Presentaremos estos relatos ideales un poco más adelante.

Veamos el primer relato ideal sobre el cuidado técnico, que nos muestra un perfil identitario que entiende que la labor verdadera función de las enfermeras es auxiliar al médico, realizando técnicas manuales: ¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería? *“Lo que menos me gusta son tareas como el aseo de enfermos. Lo que más son tareas como poner inyecciones, análisis, etc. ¿Por qué estudiaste Enfermería? “Siempre me atrajo la labor del enfermero; el hecho de ayudar al médico y tener un seguimiento más cercano con el paciente”.*

¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a? *“Lo que no me gustaría es no hacer gran cosa en el hospital más que hacer camas y llevar vías de un lado a otro, me gusta la “acción” y más si estoy en un quirófano”. ¿Por qué quieres ser enfermero/a? “Porque es un trabajo admirable y me gustaría trabajar en una UVI móvil”.*

Sigamos con el cuidado humanista; como hemos señalado con anterioridad, en este perfil identitario las enfermeras destacan la labor de ayuda y acompañamiento de la persona a la que cuidan: ¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a? *“Me gustan la actividad, la capacidad de ayudar a los demás, las relaciones humanas de manera más cercana, ayudarles en todo lo que pueda para que se sientan mejor con ellos mismos, además de ayudar también a los familiares y amigos del paciente. Me gusta el lado humanista de la carrera. No me gusta el desgaste emocional que a veces ello supone”.*

¿Por qué estudias Enfermería? *“Me gusta (no sólo como trabajo, sino como forma de vida) el dedicarme a tratar de ayudar a las personas cuidándolas, acompañándolas. No sólo por el hecho de ayudar, sino desde el punto de vista “egoísta” de gran satisfacción personal”.*

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a? *“No me gusta: esta posibilidad, de por el simple hecho de estar cumpliendo unos requisitos mínimos de tu trabajo, la parte esencial, puede perderse, pasando por encima de muchos valores que debería tener todo enfermero, acabando por mirar, en muchas ocasiones sólo por un sueldo, y no por el verdadero sentido de nuestro trabajo”.*

Como hemos reseñado, estos tipos ideales weberianos no “existen” realmente, sino que son el resultado de una (re)construcción de un relato a partir de las respuestas dadas por los participantes de nuestra muestra. Por tanto, estos relatos ideales constituyen más bien los horizontes a los cuales tienden las enfermeras y futuras enfermeras. Lo que habitualmente vamos a encontrar en los relatos son posiciones que se aproximan más a uno de los extremos del continuo que constituirían los polos que hemos mostrado. Vamos a ir viendo algunos de los discursos elaborados por los sujetos de nuestra muestra y que señalan esta divergencia de perfiles identitarios en el seno del colectivo enfermero en relación con el tipo de cuidado.

Más próximos al cuidado técnico nos encontraríamos con relatos que infravaloran los cuidados básicos, como la alimentación o higiene, destacando como más importantes las técnicas que desarrollan las enfermeras: *“Me gusta: La labor de ayuda a la gente. Las actuaciones en emergencias. No me gusta: Lavar culos y hacer camas (labores de auxiliar). Ver morir a gente”* (sujeto 020264). *“[Me gusta] Pilar vías centrales”* (Sujeto 010564).

Desde estas posiciones más próximas al extremo técnico, los relatos se van desplazando a ir desplazando progresivamente, pasando por distintas posiciones intermedias donde ambos tipos de cuidados se entremezclarían hasta alcanzar el polo opuesto, esto es, el cuidado humanístico:

“No me gusta: El sueldo. Estar infravalorada por los médicos y algunos pacientes. Si: Trato humano. Técnicas” (Sujeto 11244).

“Me gusta poder estar con la persona, escucharla e intentar que la estancia hospitalaria sea lo más cómoda, agradable que sea posible. Tener que realizar tantas tareas técnicas, que la mayoría son delegadas por el médico y reducir tiempo para estar con la persona” (Sujeto 001144).

“Que es una carrera con una mayor capacitación humana que técnica...”
(Sujeto 10554).

“Me gusta el enfoque humanitario que tiene. Ver a las personas como lo que son, estudiar con el objetivo de servir y ayudar” (Sujeto 00034).

“Me gusta tratar con las personas de manera más cercana, ayudarles en todo lo que pueda para que se sientan mejor con ellos mismos, además de ayudar también a los familiares y amigos del paciente. Me gusta el lado humanista de la carrera. No me gusta la poca consideración que algunas personas tienen de la profesión” (Sujeto 000204).

Como hemos podido apreciar, existe todo un gradiente de posiciones en relación a cuál es el tipo de cuidado que las enfermeras deben proveer. A continuación vamos a retomar el segundo conjunto de relatos que nos permiten organizar los resultados de este cuestionario. Recordemos que lo denominamos “desarrollo disciplinar” y que sus polos o extremos estaban constituidos por el perfil práctico y teórico. Comenzaremos por el primero de ellos.

El perfil práctico está constituido por aquellos relatos que señalan la escasa importancia que tienen las asignaturas teóricas o históricas de la carrera de enfermería, así como aquellos que de una forma más o menos sutil colocan a la enfermería por debajo de la medicina. El relato ideal quedaría constituido de la siguiente manera: ¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería? *“Las asignaturas relacionadas con la salud y el funcionamiento del cuerpo me gustan. No me gustan las asignaturas como los fundamentos de enfermería”*.

¿Por qué estudias Enfermería? *“Para hacer Medicina cuando acabe”*.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a? *“La simpleza de su tarea a seguir si la comparas con la de un médico”.*

¿Por qué quieres ser enfermero/a? *“Porque quiero ayudar a la gente enferma, a darle ánimos, también por aprender cosas de medicina, enfermedades, tratamientos, medicamentos”.*

En el extremo opuesto se encuentran aquellos relatos que defienden la autonomía y desarrollo disciplinar de la enfermería y que señalan la importancia de los modelos teóricos y la historia de la disciplina para que ésta avance. Veamos el relato ideal del perfil teórico: ¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería? *“Me gusta la visión que tiene del hombre sano o enfermo, la actitud de cuidado a aquel que lo necesite, sus bases teóricas y su progreso y avances logrados a lo largo de la historia. Actitud de investigación y avance. Es una carrera muy exigente y requiere una alta excelencia profesional”.*

¿Por qué estudias Enfermería? *“Porque me gusta ayudar a los demás. Me satisface y porque es una disciplina que evoluciona constantemente y por supuesto mejorable cada vez un poco más”.*

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a? *“Me gusta el trato con las personas; es una profesión en la cual tienes que aprender todos los días y no se limita a campo de actuación al mero de hecho de pinchar pues es mucho más, fue eso”.*

¿Por qué quieres ser enfermero/a? *“Porque quiero poder cuidar a todo aquel que lo necesite y tener más conocimientos científicos”.*

Como podemos apreciar existen claras diferencias entre ambos tipos de relatos. Las enfermeras y estudiantes de enfermería van a ir situándose a través de sus relatos en posiciones que se acercan más a uno u otro polo. A continuación las vamos a mostrar algunos de los relatos que se situarían más próximos al perfil práctico.

“Me gusta el trato directo con el paciente. Lo que No me gusta es que yo No soy la que hace el diagnóstico de la enfermedad de un paciente, porque eso lo hace el médico. Por

tanto lo que no me gusta es tener pocos conocimientos en ese ámbito (mayúsculas en el original)” (Sujeto 020624).

“Me gusta todo excepto las asignaturas que hablan de leyes, administración, historia...” (Sujeto 020694).

“No me gusta: Excesivas reflexiones teóricas. A veces solo se ve “el mundo enfermero”. Las dificultades para avanzar en el mundo académico sin recurrir a otros estudios” (Sujeto 10234).

“Me gustan las prácticas y algunas asignaturas. No me gustan otras asignaturas que considero las ponen para cubrir créditos y no valen para nada, pues no he visto a ninguna enfermera hacer lo que se estudia en ellas” (Sujeto 000324).

Desde estas posiciones más próximas al perfil práctico, nos encontramos con una serie de relatos que se podrían disponer a lo largo de un gradiente de posiciones intermedias:

“Me gusta la cantidad de conocimientos acerca de la salud, el ser humano, etc... que he adquirido. Las asignaturas que más me gustaban eran aquellas que yo veía que podían tener una aplicación inmediata en la vida (asignaturas “más prácticas”). No me gustaban asignaturas como Teoría y Modelos, documentación poca, aunque a pesar de ellos soy consciente de que son necesarias para nuestra profesión” (Sujeto 111194).

“Me gusta q tenga prácticas, porque ¿de qué me sirve la superteoría de la jeringa si no sé pinchar?” (Sujeto 010374).

“No me gusta la teoría pero es imprescindible luego no hay queja que valga. La mayoría de las asignaturas son necesarios (obvio) y además relacionan muchos temas. Me gusta que se trate a la persona desde el punto de vista social y psicológico, no sólo biológico → Asignaturas del area psicosocial” (Sujeto 000144).

“Me gusta mucho que haya peonadas de prácticas desde el principio, que muchas asignaturas son prácticas y por tanto más entretenidas que las que se basan en teoría, aunque sean importantes también. No me gusta ver que la práctica es totalmente distinta a la teoría, ni como nos consideran en los demás gremios. Además pienso que hay asignaturas que en primero no parecen tan importantes tal vez porque sea demasiado pronto para entenderlas o porque no creo que vayas a utilizarlas en el futuro” (Sujeto 00154).

“Porque me gusta eso de ayudar a la gente y animarles, veo la carrera de enfermería más bonita que medicina, medicina es como más... superficial, van a lo suyo y ya, no paran de hablar con la persona” (Sujeto 02064).

Finalmente, nos encontramos con relatos que están más próximos al perfil teórico, en los que se destaca la importancia de las asignaturas que generan una base curricular específica, así como la importancia de la labor enfermera frente a la médica:

“Me gusta el componente psicológico que nos tratan de inculcar y el afán de superación de no quedarnos como autómatas que pinchas y sondan, sino profesionales que ayudan, escuchan, cuidan, investigan...” (Sujeto 000654).

“Aprender a madurar rápidamente, aprendes a reflexionar, aprendes a interaccionar, aumenta el pensamiento crítico, aprendes a ser más objetivo...” (Sujeto 00014).

“No me gusta la imagen desconocida que tiene la sociedad, una imagen equivocada. No son las enfermeras/os ayudantes del médico, son unos sanitarios profesionales autónomos perfectamente capacitados y con una serie de tareas igual o mayor de importantes que las de los que se hacen llamar médicos. Quitando esto me gusta todo” (Sujeto 000624).

“Me gusta saber que es algo más que saber usar un esfigmomanómetro y poner una inyección. Me gusta el hecho de que existe una gran base de conocimientos y el hecho de que haya ido evolucionando” (Sujeto 000454).

Los discursos que hemos ido presentando nos muestran la existencia de múltiples voces que se superponen, se cruzan y entrecruzan en el seno del colectivo enfermero y demuestran la ausencia de un relato unificado.

Para finalizar la exposición de los resultados de este cuestionario, nos gustaría señalar algunos discursos que nos muestran que toda esta situación que venimos mostrando se traduce en un amplio abanico de problemas de ajustes a sus funciones por parte de las enfermeras, que se evidencia a través de los múltiples síntomas de insatisfacción laboral, tal y como venimos defendiendo desde el principio de nuestra tesis. A modo de ejemplo les mostramos un par de repuestas dadas a la pregunta ¿por qué quieres ser enfermero/a? y que en nuestra opinión, evidencian claramente, esta problemática laboral: *“No sé si actualmente volvería a estudiar enfermería, probablemente no”* y *“Ya no sé si lo volvería a hacer”*.

A lo largo del presente capítulo hemos podido observar la presencia de notables diferencias a la hora de valorar los distintos modelos formales de la disciplina enfermera, estas han sido especialmente significativas en el caso de los estudiantes de las escuelas de La Paz y Fundación Jiménez Díaz. Estos resultados son coherentes con nuestros prejuicios teóricos respecto de la importancia que el contexto de socialización tiene en el proceso de generación de una identidad profesional.

Los testimonios de los participantes de nuestra muestra ponen de manifiesto la ausencia de un discurso oficial de carácter normativo que prevalezca de manera nítida en el seno del colectivo enfermero. Ante esta situación hemos decidido buscar los relatos ideales, en un sentido weberiano, de los sujetos de nuestra muestra. Como hemos indicado, estos se dirigen en al menos dos direcciones, por un lado el perfil cuidador práctico-teórico y, por otro, el tipo de cuidado técnico-humanista. Sobre estos dos polos se va distribuyendo el gradiente de discursos de los sujetos de nuestra muestra.

CAPÍTULO 5.

DISCUSIÓN: UN MODELO PARA LA COMPRENSIÓN DE LA IDENTIDAD ENFERMERA EN ESPAÑA

5.1. Discusión

5.2. Hacia un modelo para la comprensión de la identidad enfermera en España

Este capítulo se propone alcanzar dos objetivos generales. El primero tiene que ver con lo que típicamente se suele incluir en el capítulo de discusión de cualquier informe empírico convencional, a saber, revisar lo que hemos hecho bien y mal, y tratar de ver en qué medida nuestra estrategia ha sido capaz de dar cuenta de nuestros objetivos y poner a prueba nuestras hipótesis o conjeturas iniciales.

Pero nuestro segundo objetivo es de más largo alcance y no suele ser demasiado habitual en un trabajo de tesis: intentaremos, a partir de los datos derivados de los dos estudios generales que hemos presentado, perfilar un modelo teórico que nos permita comprender cabalmente los procesos de constitución de la identidad enfermera en nuestro país y, eventualmente, en el mundo occidental.

5.1. Discusión

Para empezar con nuestra tarea, cabe recordar que, en general, los resultados obtenidos tras el análisis de los distintos cuestionarios son coherentes con los prejuicios teóricos que sobre la identidad enfermera manteníamos, como hemos señalado con anterioridad. Por lo que respecta a las imágenes que elabora sobre sí misma, la Enfermería se nos muestra como una disciplina indentitariamente crítica, móvil, funcionalmente “esquizofrénica”, todo lo cual se manifiesta subsidiariamente en todo un abanico de problemas de ajuste a sus funciones. Este carácter crítico de la identidad enfermera se proyecta también en el interior del propio colectivo enfermero y los resultados obtenidos así nos lo muestran. A pesar de los problemas que en la adaptación del cuestionario de representaciones históricas enfermeras aparecieron y, teniendo en cuenta, que se trata de un instrumento provisional, consideramos, como ya hemos indicado con anterioridad, que este cuestionario es útil para proporcionarnos información respecto a la importancia que la historia tiene en la conformación de la identidad enfermera.

En todos los grupos analizados, aparece un primer factor con una valoración positiva de los cuidados enfermeros y que destaca como importante la labor realizada por las enfermeras, excepto en los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz que aparece en el segundo factor. Un elemento que nos parece significativo es que en todos los casos aparece el ítem 15: *“El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería*

que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica". Como ya hemos señalado, la publicación de este texto de Nightingale está considerado como el *mito fundacional* de la Enfermería, por lo que parece claro, en nuestra opinión, que es importante para todos los grupos destacar que la Enfermería es una disciplina científica, lo que pone de manifiesto las dudas que para el propio colectivo enfermero tiene el estatuto epistémico de la disciplina enfermera. Como ya hemos anticipado, esta conciencia de debilidad o inmadurez disciplinar o epistemológica, se manifiesta en una suerte de retórica *refundacionalista*, una suerte de obsesión por encontrar los fundamentos epistemológicos últimos de la disciplina, que acabarían, hipotéticamente, de una vez por todas, con la dispersión y la diversidad teórica. Entendemos que esta obsesión *refundacionalista* no es privativa de la Enfermería, sino que afecta a cualquier disciplina que se perciba a sí misma como epistemológicamente débil.

Consideramos que puede ayudar a clarificar estas ideas la reconstrucción de la historia "ideal" para cada grupo, para la muestra total, en este primer factor, estaría formada por los ítems 15 (EV-ET), 19 (ET-EP) y 17 (EP-FUT):

El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.

El segundo factor encontrado en la muestra total es el único factor que aparece en todos los grupos, con la excepción del grupo de los docentes, cuestión que abordaremos más adelante. Recordemos que lo hemos denominado la crisis de los cuidados y como su nombre da a entender, este factor señala el abandono de los problemas relevantes relativos al cuidado o su eliminación de la agenda histórica de la Enfermería, lo que refuerza el argumento que venimos sosteniendo respecto de la conflictividad de la identidad enfermera. Así nos lo muestra la historia "ideal" de la muestra total para este factor,

formada por los ítems 8, 26 y 24, correspondientes respectivamente a las transiciones entre EV-ET, ET-EP y EP-FUT:

Con la emergencia de la etapa técnica, los aspectos relevantes del cuidado centrado en el enfermo son integrados, en un intento de conjugar una atención integral. Los cuidados centrados en el paciente en su intento de aplicar la metodología científica (proceso de Enfermería) a los problemas y situaciones de salud sólo consiguen simplificarlos y convertirlos en irrelevantes. La Enfermería del futuro, integrando los cuidados globales y la cultura seguirá simplificando los problemas del cuidado hasta convertirlos en irrelevantes.

Respecto al tercer factor que surge del análisis factorial exploratorio para la muestra total, éste pone de relieve la falta de independencia para la toma de decisiones que tienen las enfermeras o dicho con otras palabras, la supeditación que existe respecto al colectivo médico y que hemos denominado como la **Enfermería en la sombra**. Situación que, como nos muestran los ítems (7, 10 y 3) con mayores saturaciones para cada una de las transiciones históricas para este factor, no se ha modificado a lo largo del tiempo:

Con la emergencia de la etapa técnica, la dependencia de la toma de decisiones respecto al cuidado de los enfermos de la etapa oscura, cambian de nombre pero siguen sin ser resueltos. En la etapa profesional, los problemas no resueltos de toma de decisiones del cuidado adoptan otros nombres, pero, en realidad, siguen sin resolver. Aunque el futuro nos depare nuevos enfoques teóricos, los problemas importantes de la Enfermería seguirán sin ser resueltos.

El análisis de varianza realizado con la muestra total nos muestra cómo las puntuaciones factoriales para el grupo de estudiantes y de profesionales son claramente diferentes. Las medias de las puntuaciones de los estudiantes para el primer factor son más bajas y más altas para el segundo, lo que parece apuntar a una peor consideración de la Enfermería como disciplina científica y, hacia la intuición del carácter problemático e irresuelto de la disciplina. Sin embargo, las medias de las puntuaciones de los estudiantes son más bajas que las de los profesionales en el último factor, por lo que a pesar de estos problemas sin resolver, consideran que las enfermeras gozan de mayor autonomía.

A continuación vamos a detenernos a realizar un análisis más detallado del resto de los grupos. Como se ha mostrado en los resultados del análisis factorial exploratorio realizado, los dos primeros factores obtenidos para la muestra total y para la muestra de estudiantes son los mismos, esta situación es, en buena parte, debida a que los estudiantes constituyen un 72.29% del total de la muestra.

El primero de ellos, el cuidado como valor, nos muestra cómo a lo largo de la historia se han ido produciendo cambios en la forma de entender y atender las necesidades de cuidados de las personas. Estos cambios se deben a las distintas nociones que de salud y de persona se han dado a lo largo del tiempo, lo que se ha traducido en que los cuidados se van haciendo progresivamente más complejos. Así, desde el cuidado del “alma”, donde el cuidado a la persona enferma es un mandato evangélico, constituyendo una oportunidad de redención tanto para el enfermo como para el cuidador, se ha llegado al cuidado holístico, donde el sujeto cuidado es el ser humano, entendido ya como un ser biopsicosocial. Por tanto, el cuidado engloba las esferas física, psicológica y social de la persona. En paralelo a esta situación, se ha producido una profesionalización de las enfermeras. La idea de que la Enfermería es una disciplina científica es un elemento importante, como ya hemos señalado con anterioridad, como lo demuestra la presencia del ítem 15. En el caso de los estudiantes, este relato histórico “ideal” de este factor estaría compuesto por los ítems 20, 19 y 17:

La etapa técnica es consecuencia de la síntesis entre los factores sociales, educativos y tecnológicos. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.

El otro factor que es común con el grupo de la muestra total es **la crisis de los cuidados**. Si el factor anterior nos mostraba una evolución histórica positiva de los cuidados, en este caso, es justo al revés, señalando que, a pesar de los cambios producidos, los problemas verdaderamente importantes de la Enfermería siguen sin ser resueltos o bien han sido directamente eliminados de la agenda histórica de los cuidados.

En el caso de la muestra de estudiantes, el tercer factor no tiene una lectura tan clara como en el caso anterior, ya que, como hemos señalado en el capítulo de resultados, contiene al mismo tiempo ítems que evalúan positivamente el discurrir histórico de la Enfermería con otros que ponen de manifiesto como los problemas en relación con los cuidados no han sido resueltos. En nuestra opinión, este factor condensa de algún modo la “realidad” enfermera, esto es, cómo las enfermeras consideran que su labor es importante, pero no han podido o no han sabido transmitir esta valía a la sociedad, ni siquiera, en muchos casos, al propio colectivo enfermero.

El relato histórico ideal de la muestra de estudiantes estaría formado por los ítems 15, 26 y 17:

El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica. Los cuidados centrados en el paciente en su intento de aplicar la metodología científica (proceso de Enfermería) a los problemas y situaciones de salud sólo consiguen simplificarlos y convertirlos en irrelevantes. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.

Al analizar los distintos subgrupos de la muestra de estudiantes, nos encontramos con que los factores que en ellos aparecen, son los mismos que para la muestra general de estudiantes, pero no así su orden de aparición y, por tanto, su importancia relativa. Así, este orden se mantiene en el caso de los alumnos de primer curso y en el caso de la E.U.E. La Paz; para los alumnos de tercer curso el factor que habíamos decidido no interpretar pasa del tercer al segundo lugar, lo que puede mostrarnos que el desarrollo curricular de los alumnos, que, recordemos, implica un mayor contacto con el ambiente laboral a través de las prácticas clínicas, remarca la situación de indefinición que con respecto a la valoración de su labor tienen la enfermeras. Más significativo si cabe, nos parece el caso de los estudiantes de la E.U.E. Fundación Jiménez Díaz, donde el primer factor que aparece es el de la crisis de los cuidados. Esta situación puede deberse a la distinta formación académica formal que sobre la historia de la enfermería reciben los alumnos de las dos escuelas estudiadas.

En un intento de clarificar estas diferencias, vamos a ir mostrando los relatos históricos ideales de cada uno de estos cuatro grupos. Éste en el caso de los alumnos de primero estaría formado por los ítems 15, 26 y 17:

El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica. Los cuidados centrados en el paciente en su intento de aplicar la metodología científica (proceso de Enfermería) a los problemas y situaciones de salud sólo consiguen simplificarlos y convertirlos en irrelevantes. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.

Como se puede apreciar, este relato es el mismo que el de la muestra de estudiantes. Para los alumnos de tercer curso, su historia “ideal” estaría compuesta por los ítems 15, 19 y 14:

El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente. La aparición de nueva tecnología en la vertiente técnica de los cuidados llevará a la Enfermería a un abandono definitivo de los problemas importantes.

Además, el ANOVA realizado a la muestra de estudiantes por curso académico nos muestra la existencia de claras diferencias en las puntuaciones de los estudiantes de primero y tercero para los tres factores, siendo estadísticamente significativa en el caso del segundo factor y del tercer factor. Este análisis de varianza nos muestra que los estudiantes de primer curso tienen una valoración más positiva del **cuidado como valor** que los de tercero, pero también consideran que los problemas sin resolver respecto de los cuidados son mayores que en el caso de los estudiantes de tercero.

Este relato histórico “ideal”, para los alumnos de la escuela de La Paz formado por los ítems 15, 16 y 24, sería:

El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente. La Enfermería del futuro, integrando los cuidados globales y la cultura seguirá simplificando los problemas del cuidado hasta convertirlos en irrelevantes.

Finalmente, para los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz su historia ideal, se correspondería con los ítems 1, 18 y 14:

En la etapa técnica de la Enfermería eliminó la riqueza de la Enfermería centrada en el enfermo de la misma forma que ésta contribuyó a eliminar la idea del cuidado como valor religioso. La publicación del modelo de las Necesidades Básicas Humanas de Henderson (1955) condujo inmediatamente al rechazo de los aspectos técnicos del cuidado y a su sustitución por el cuidado holístico. La aparición de nueva tecnología en la vertiente técnica de los cuidados llevará a la Enfermería a un abandono definitivo de los problemas importantes.

Respecto al grupo de los profesionales, estos guardan algunas diferencias, aunque también similitudes, con los grupos anteriores. De manera, que el primer factor obtenido nos muestra una visión positiva de la disciplina enfermera en el devenir histórico, a través de destacar estatuto teórico formal de la Enfermería. Desde su *fundación* con la publicación del texto de Nightingale *Notas de Enfermería. Qué es y qué no es* hasta el momento actual, lo que se puede interpretar como una reivindicación de la Enfermería como disciplina científica, con un sujeto y objeto de estudio propios, lo que se traduce en su independencia de otros colectivos del ámbito de las ciencias de la salud.

Sin embargo, tras esta visión positiva nos volvemos a encontrar con la crisis de los cuidados, es decir, que a pesar de esta visión positiva e independiente del ámbito de los

cuidados, existen problemas que históricamente la Enfermería no ha sido capaz de solucionar, como nos muestra la historia “ideal” de este factor compuesta por los ítems 8, 26 y 24, que se corresponden con las transiciones entre EV-ET, ET-EP y EP-FUT:

Con la emergencia de la etapa técnica, los aspectos relevantes del cuidado centrado en el enfermo son integrados, en un intento de conjugar una atención integral. Los cuidados centrados en el paciente en su intento de aplicar la metodología científica (proceso de Enfermería) a los problemas y situaciones de salud sólo consiguen simplificarlos y convertirlos en irrelevantes. La Enfermería del futuro, integrando los cuidados globales y la cultura seguirá simplificando los problemas del cuidado hasta convertirlos en irrelevantes.

El último elemento destacado de la muestra de profesionales tiene que ver con la opinión que del presente y futuro tiene este grupo. Recordemos que lo hemos denominado como la **visión romántica de la Enfermería**, ya que evalúa positivamente la situación actual y especialmente, la futura de la Enfermería. Consideramos que esta valoración tiene mucho que ver con el juicio que de su propio trabajo realizan las enfermeras profesionales y, sobre todo, de la necesidad de un futuro mejor. El relato histórico ideal de este grupo (ítems 15, 21 y 22) sería:

El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica. La Enfermería en el momento actual asume la importancia de los cuidados holísticos tal y como lo había hecho la Enfermería humanística e incluye el cuidado técnico. La Enfermería del futuro será consecuencia de una síntesis (nueva) entre los enfoques teóricos dominantes en la actualidad.

Cuando dividimos la muestra de profesionales por tipo de trabajo, podemos observar la aparición de significativas diferencias; así, el grupo de enfermeras asistenciales comparte los mismos factores y en idéntico orden que los de la muestra de profesionales, algo que parece lógico dado que el grupo de enfermeras asistenciales constituye más del 70% del

total de la muestra de profesionales, diferencia que también nos encontramos en el análisis de varianza para la muestra de profesionales por tipo de trabajo, donde las puntuaciones factoriales de los profesionales asistenciales y docentes son claramente diferentes en los tres factores. Así, podemos apreciar que las puntuaciones medias de los docentes son más bajas para los dos primeros factores, la **formalización del cuidado** y la **crisis de los cuidados**, de lo que se desprende que tienen una peor valoración del estatuto teórico formal de la disciplina y una mejor consideración sobre la falta de resolución de los conflictos relevantes sobre el cuidado que los profesionales asistenciales. En lo que respecta al tercer factor, una **visión romántica de la Enfermería**, los profesionales docentes tienen una mejor valoración que los asistenciales, respecto del presente y, especialmente, del futuro de la disciplina enfermera.

A pesar de que las enfermeras asistenciales, como ya hemos señalado, comparten los mismos factores que la muestra de profesionales, podemos apreciar ligeras diferencias en la construcción de su relato histórico ideal, que en este caso estaría formado por los ítems 15, 21 y 24 que se corresponden con las EV-ET, ET-EP y EP-FUT:

El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica. La Enfermería en el momento actual asume la importancia de los cuidados holísticos tal y como lo había hecho la Enfermería humanística e incluye el cuidado técnico. La Enfermería del futuro, integrando los cuidados globales y la cultura seguirá simplificando los problemas del cuidado hasta convertirlos en irrelevantes.

En el caso de las enfermeras docentes, como ya habíamos anticipado, aparecen considerables diferencias, ya que en este grupo no aparece el factor que denominamos la crisis de los cuidados. El primer factor sí es común con el grupo de profesionales, recordemos que lo denominamos la **formalización del cuidado**, donde se produce una valoración positiva en el devenir histórico de la disciplina enfermera, poniendo de manifiesto la relevancia de las teorías y modelos enfermeros. El segundo factor que denominamos la **visión humanística del cuidado**, nos pone de manifiesto una visión de la

persona y del cuidado donde priman los aspectos humanísticos más que los técnicos. Finalmente, el tercer factor, la conciencia crítica disciplinar destaca la presencia de problemas de la Enfermería en tanto que disciplina científica, que no han sido resueltos. El relato histórico ideal de este grupo estaría compuesto por los ítems 12, 16 y 13:

La etapa técnica llevó a la Enfermería a superar el cuidado como valor religioso, de la misma manera que la época oscura (e.t. vocacional) había servido para superar el cuidado practicado únicamente por miembros de órdenes religiosas. La publicación del modelo de las necesidades básicas humanas de Henderson (1955) llevó de forma inmediata a olvidar la importancia del cuidado técnico y a la Enfermería a proporcionar cuidados holísticos. El futuro de la Enfermería depende de la posibilidad de abordar los problemas que actualmente tratamos de resolver a través de los enfoques teóricos.

Continuemos con los Cuestionarios sobre Teorías de la Enfermería y sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería. Estos cuestionarios se han mostrado útiles para señalar la existencia de distintos perfiles identitarios como ha quedado claro, al menos en nuestra opinión, en el capítulo de resultados.

Recordemos que en dicho capítulo hemos podido observar cuáles son y cómo son evaluados por parte de los sujetos de nuestra muestra los principales modelos teóricos disciplinares. En todos los grupos los enfoques teóricos con mayor frecuencia de aparición y mejor valoración han coincidido en todos los casos. Como ya hemos señalado anteriormente, para la muestra total los modelos teóricos más señalados y valorados son la Teoría del Autocuidado, el Modelo de Necesidades Básicas y la Teoría del Entorno. Algo que, en principio, parece evidente si tenemos en cuenta que los dos primeros son los enfoques teóricos con mayor implantación en nuestro país. Para la presentación de estos resultados, y como hemos señalado en capítulos anteriores, no hemos tenido en cuenta el grado de elaboración teórica de dichos modelos o enfoques.

El caso de los estudiantes podríamos decir que resulta paradigmático para los prejuicios teóricos de los que partíamos. Nos hemos ido encontrando con la existencia de un

gradiente identitario, con la presencia de un perfil identitario que se va desarrollando a lo largo de su desarrollo curricular. No obstante, a pesar de que las diferencias halladas entre los estudiantes por curso académico han sido notables, las encontradas en virtud del entorno de socialización, es decir, en virtud del centro en el que se formaron han sido claramente más acusadas.

Por lo tanto, no sólo se produce un cambio identitario por el mero “acúmulo” de conocimiento o discurrir académico, sino también, y de forma claramente más importante, por los diferentes ámbitos formativos donde se desarrolla la labor de formación. Esta situación de la que venimos hablando se ejemplifica de una manera evidente cuando volvemos a nuestros resultados. Así, los alumnos de la Fundación Jiménez Díaz señalan como relevantes un menor número de los distintos enfoques teóricos, además, también les otorgan una menor valoración.

Las diferencias con los estudiantes de la escuela de La Paz son evidentes, siendo además estadísticamente significativas a favor de estos alumnos para la Teoría del Autocuidado, el Modelo de Necesidades Básicas y la Teoría de Relaciones Interpersonales y a favor de los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz para la Teoría del Entorno. Este último resultado redunda en todo lo que venimos afirmando ya que como hemos visto Nightingale textualmente afirma que no está tratando de realizar un modelo teórico.

Estas diferencias de las que venimos hablando no fueron tan importantes en el caso de los profesionales, ni en las comparaciones entre estudiantes y profesionales, ni entre los profesionales por tipo de trabajo, es decir, entre docentes y asistenciales. Como ya hemos señalado con anterioridad, una posible explicación sería el importante porcentaje de profesionales asistenciales que desarrollan su trabajo dentro del Área 5 de salud y, especialmente en el Hospital Universitario La Paz, y que suponen prácticamente el 70% del total de enfermeras asistenciales, lo que podría estar limitando o amortiguando las previsibles diferencias. Recordemos que un porcentaje significativo de los mismos se han formado en la escuela de La Paz.

Respecto al cuestionario de figuras relevantes, los personajes más señalados para las principales muestras, esto es, la muestra total, los estudiantes y los profesionales, han sido

los mismos, recordemos Nightingale, Henderson y Orem. Recordemos que para esta prueba no pudimos construir el indicador Valoración como comentamos en el capítulo de resultados.

De nuevo las principales diferencias las encontramos dentro del grupo de estudiantes, ya que en el caso de los profesionales nos volvemos a encontrar con unas diferencias más discretas, probablemente, como ya hemos señalado anteriormente, por el porcentaje significativo de estudiantes formados en la Escuela Universitaria de La Paz y que desarrollan su labor asistencial en el Área 5 de salud, dentro de la cual se encuentra el Hospital La Paz.

Volvamos a la muestra de estudiantes. Al analizar las diferencias por curso académico, nos encontramos con que ambos grupos señalan como personajes más influyentes o relevantes a Nightingale, Henderson y Orem. Sin embargo, aparecen llamativas diferencias al observar los resultados obtenidos por el colectivo de informales con un claro descenso entre primero y tercero, y el notable ascenso que se da en tercer curso para los docentes y asistenciales. A pesar de estas diferencias halladas por curso académico, las debidas al centro en el que se formaron son aún más claras.

Recordemos que al analizar las diferencias a este respecto entre las dos escuelas de nuestra muestra, éstas son siempre estadísticamente significativas y siempre a favor de los estudiantes de La Paz. El caso de Nightingale es quizás el más llamativo, ya que como pudimos apreciar en el análisis estadístico de la prueba anterior, la diferencia se situaba a favor de los alumnos de la Fundación Jiménez Díaz y en este caso, por el contrario, lo hace a favor de los estudiantes de La Paz, lo que parece reforzar la idea que venimos manteniendo sobre una conciencia formal más acusada de los distintos enfoques teóricos disciplinares por parte de los estudiantes de esta escuela. A la vista de estos resultados, podemos concluir que los alumnos de La Paz, al menos en muchos casos, son capaces de distinguir la diferencia que existe entre un modelo teórico y un personaje históricamente significativo.

Además de estos personajes, las diferencias son estadísticamente significativas a favor de los estudiantes de La Paz para los casos de los docentes y los personajes históricos

enfermeros. Nos gustaría volver a recordar que, en el caso de los docentes, los alumnos de la Escuela La Paz señalaban especialmente a enfermeras, mientras que en el caso de la Fundación Jiménez Díaz eran médicos los señalados. En el caso de los personajes históricos enfermeros ninguno de ellos ha sido valorado por ningún estudiante de la Escuela Fundación Jiménez Díaz. Las diferencias significativas favorables a los alumnos de la Fundación Jiménez Díaz lo han sido para los profesionales asistenciales, para los personajes históricos no enfermeros, recordemos que con especial significación para el fundador de la escuela Jiménez Díaz, y para el colectivo de personajes informales. Consideramos que estos resultados manifiestan de forma nítida, la existencia de dos perfiles identitarios claramente diferentes entre los estudiantes de estas dos escuelas.

El Cuestionario sobre Motivación y Preferencias en la Elección y Ejercicio de la Profesión nos ha servido para reconstruir el discurso identitario de los sujetos de nuestra muestra, que como hemos podido apreciar en el capítulo de resultados, pone de manifiesto la ausencia de un relato único, claro y unificado en el seno del colectivo enfermero. En nuestra opinión esta situación evidencia la ausencia de una identidad disciplinar normativa, potente, que aglutine en gran medida los discursos del colectivo. Por el contrario, lo que observamos es una polifonía de voces dispares, con agendas normativas, de valores y objetivos diferentes o dispares, en ocasiones incluso contrapuestas y que como venimos sosteniendo a lo largo de esta tesis se traducen en un abanico de problemas laborales y se manifiestan en toda una gama de síntomas de malestar psicológico, incluido el *burnout*.

Como señalamos en el capítulo de resultados, a través de estos discursos se evidencia de una forma nítida la ausencia de un discurso disciplinar normativo, homogéneo que aglutine la gran mayoría de los discursos de las enfermeras. Así nos encontramos con que a la pregunta *¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?* las respuestas son: *“Me gusta la atención y la responsabilidad q asume ante un paciente”* frente a *“La simpleza de su tarea a seguir si la comparas con la de un médico”*. Pongamos otra pareja de ejemplos a la misma pregunta y que manifiestan esta misma dualidad: *“Me gustan la actividad, la capacidad de ayudar a los demás, las relaciones humanas”* y *“No están bien repartidas las asignaturas, mucho temario de humanidades y poco de Farma, M-Q... (Farmacología, Enfermería Médicoquirúrgica)”*.

A pesar de la ausencia de un discurso único, consideramos que existe un mayoritario consenso por parte de las enfermeras y estudiantes de enfermería de nuestra muestra, a la hora de señalar una serie de aspectos positivos y negativos alrededor de la disciplina enfermera.

Dentro de los aspectos positivos, nos encontramos con una alta valoración del trabajo realizado por las enfermeras, a modo de ejemplo, *“Me gusta casi todo de la profesión de Enfermería”*. También es remarcado con un alto valor la existencia de prácticas clínicas desde el primer curso de enfermería, como se evidencia de los siguientes discursos: *“Me gustan la parte práctica que tiene la carrera desde el 1º curso”*; o este otro *“Me gusta mucho las prácticas (debido a que creo que es la práctica en donde mejor se aprende esta y todas las carreras)...”*.

Respecto a los aspectos negativos, las críticas se condensan, en su gran mayoría, en tres grandes grupos, que coinciden con aquellos elementos significativos para la ausencia de una identidad profesional clara y que hemos venido señalando a lo largo de nuestra tesis. Estos elementos son: (1) el propio colectivo enfermero; (2) la falta de valoración o reconocimiento de la labor realizada; y (3) la(s) institución(es) donde se desarrolla su labor profesional.

El relato sobre el propio colectivo enfermero se centra en la falta de corporativismo, en la escasa unión que existe entre los profesionales enfermeros, así como en las posiciones diferenciales respecto a lo que debe hacer o realizar una enfermera, en especial, a la supeditación o dependencia que adoptan muchos profesionales frente al colectivo médico. *“No me gusta lo que me rodea en ocasiones, el conformismo, la falta de formación, de interés, de motivación, de trabajo en equipo, de recursos (a veces), de incentivos. No me gusta la “LA ENFERMERA DE ANDAR X CASA” que veo tan frecuentemente ni los estereotipos creados en torno a ella y que se reproducen una y otra vez, desde dentro y desde fuera (mayúsculas en el original)”*; o este otro *“Me desagrada la desmotivación y lo que hagan algunos profesionales. Creo que deberían existir reciclajes para motivar la formación continuada. Muchos de los profesionales de enfermería son responsables de la falta de consideración que tiene nuestra profesión”*; veamos un tercer fragmento *“No me gusta: La*

escasa valoración social y profesional-laboral de su labor. No solo es poco valorada por otros profesionales (Médicos/as), sino también por los propios enfermeros”.

Sobre la falta de valoración, la mayoría de los discursos, recogen que su labor no está valorada por los profesionales de la medicina, ni en muchos casos por las propias personas con las que trabajan. Un paso en esta problemática laboral señala o alcanza la falta de respeto. Además de esta escasa valoración, por verse su labor supeditada a la lógica médica, las enfermeras y futuras enfermeras señalan la poca autonomía para su ejercicio profesional. *“Ninguneo de otros profesionales (médicos, economistas, gestores, políticos) y del sistema”*, pero también por parte de los propios enfermos *“Estar infravalorada por los médicos y algunos pacientes”*, en este mismo sentido, *“No me gusta: La escasa valoración social y profesional-laboral de su labor. No solo es poco valorada por otros profesionales (Médicos/as), sino también por los propios enfermeros”*. Llegando algunos de los discursos a hablar de falta de respeto *“Me gusta todo menos el poco respeto que nos tienen los profesionales (con los que trabajamos) y los pacientes”*.

Finalmente, los discursos sobre las instituciones en las que se desarrolla su labor, fundamentalmente, la asistencial, nos muestran que el propio sistema facilita o permite esta falta de autonomía de la cual hablábamos en el punto anterior. Asimismo, se señala que un porcentaje importante de las limitaciones que padecen las enfermeras para su praxis diaria y que son reprochadas por los pacientes, son debidas a la organización del propio sistema. A modo de ejemplo les proponemos *“No me gusta la imposibilidad de utilizar los conocimientos teóricos en la práctica”*; o *“También, que se quejen, ocasionalmente, los enfermos de los cuidados administrativos cuando el problema es de la organización (por falta de recursos) y se quejan a la enfermera como persona directa”*; y también *“No me gusta: Falta de promoción profesional, falta de autonomía, limitaciones derivadas de titulación de diplomado (investigación,...)”*.

Todas estas situaciones de las que venimos hablando desembocan en una situación laboral poco o nada satisfactoria, de la cual, se pueden deducir los problemas de ajuste laboral de los que hemos hablado con anterioridad y que afectan con especial intensidad, por lo relatos que hemos visto, a las enfermeras asistenciales, recordemos un par de

repuestas dadas a la pregunta ¿por qué quieres ser enfermero/a? *“No sé si actualmente volvería a estudiar enfermería, probablemente no”* y *“Ya no sé si lo volvería a hacer”*.

Esta ausencia de un relato unificado que se reparte entre todos los grupos que componen nuestra muestra, nos ha llevado a buscar otra estrategia para hacer cabal la presentación de estos relatos. Lo que nos llevó a la creación de los relatos ideales, siguiendo la línea weberiana, como mostramos en el capítulo de resultados. De esta propuesta, surgen dos grandes líneas que engloban o aglutinan un porcentaje importante de los relatos y que nos permiten ir señalando la presencia de distintos perfiles identitarios dentro de nuestra muestra. Recordemos que se trataba del tipo de cuidado donde nos encontramos con dos extremos, el primero podríamos denominarlo como “cuidado técnico”, que sería aquel en el que lo relevante del trabajo enfermero es la realización de técnicas o procedimientos manuales; en el polo opuesto se encontraría el “cuidado humanista”, para el que lo importante de la labor enfermera no es el paciente o enfermo, sino la persona cuidada, en toda su complejidad.

El relato ideal del primero de ellos quedaría constituido de la siguiente manera: ¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería? *“Lo que menos me gusta son tareas como el aseo de enfermos. Lo que más son tareas como poner inyecciones, análisis, etc.*

¿Por qué estudiaste Enfermería? *“Siempre me atrajo la labor del enfermero; el hecho de ayudar al médico y tener un seguimiento más cercano con el paciente”*.

¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a? *“Lo que no me gustaría es no hacer gran cosa en el hospital más que hacer camas y llevar vías de un lado a otro, me gusta la “acción” y más si estoy en un quirófano”*.

¿Por qué quieres ser enfermero/a? *“Porque es un trabajo admirable y me gustaría trabajar en una UVI móvil”*.

Por su parte el relato ideal del cuidado humanista sería: ¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a? *“Me gustan la actividad, la capacidad de ayudar*

a los demás, las relaciones humanas de manera más cercana, ayudarles en todo lo que pueda para que se sientan mejor con ellos mismos, además de ayudar también a los familiares y amigos del paciente. Me gusta el lado humanista de la carrera. No me gusta el desgaste emocional que a veces ello supone”.

¿Por qué estudias Enfermería? “Me gusta (no sólo como trabajo, sino como forma de vida) el dedicarme a tratar de ayudar a las personas cuidándolas, acompañándolas. No sólo por el hecho de ayudar, sino desde el punto de vista “egoísta” de gran satisfacción personal”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a? “No me gusta: esta posibilidad, de por el simple hecho de estar cumpliendo unos requisitos mínimos de tu trabajo, la parte esencial, puede perderse, pasando por encima de muchos valores que debería tener todo enfermero, acabando por mirar, en muchas ocasiones sólo por un sueldo, y no por el verdadero sentido de nuestro trabajo”.

Entre ambos extremos se va desplegando un abanico de posiciones intermedias: “[Me gusta] *Pillar vías centrales*”; “No me gusta: *Lavar culos y hacer camas (labores de auxiliar)*”; “Me gusta poder estar con la persona, escucharla e intentar que la estancia hospitalaria sea lo más cómoda, agradable que sea posible. Tener que realizar tantas tareas técnicas, que la mayoría son delegadas por el médico y reducir tiempo para estar con la persona”; y “Que es una carrera con una mayor capacitación humana que técnica...”. Que nos van mostrando como los discursos de los sujetos de nuestra muestra se sitúan entre ambos extremos.

La segunda línea que mostramos es la que denominamos desarrollo disciplinar, dentro de la cual los extremos serían el perfil práctico cuyos relatos manifiestan la escasa importancia o relevancia que para el trabajo de las enfermeras tienen las asignaturas que tienen que ver con el desarrollo disciplinar o bien que restan valor a la disciplina enfermera al situarla como menos importante que la medicina. El otro perfil sería el que denominamos teórico, cuyos relatos defienden la autonomía y desarrollo disciplinar de la disciplina enfermera, además de señalar la importancia que los modelos teóricos y la historia de la disciplina para que esta se desarrolle.

El relato ideal del perfil práctico queda conformado de la siguiente manera: ¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería? *“Las asignaturas relacionadas con la salud y el funcionamiento del cuerpo me gustan. No me gustan las asignaturas como los fundamentos de enfermería”*.

¿Por qué estudias Enfermería? *“Para hacer Medicina cuando acabe”*.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a? *“La simpleza de su tarea a seguir si la comparas con la de un médico”*.

¿Por qué quieres ser enfermero/a? *“Porque quiero ayudar a la gente enferma, a darle ánimos, también por aprender cosas de medicina, enfermedades, tratamientos, medicamentos”*.

Recordemos cómo quedó constituido el relato ideal del perfil teórico: ¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería? *“Me gusta la visión que tiene del hombre sano o enfermo, la actitud de cuidado a aquel que lo necesite, sus bases teóricas y su progreso y avances logrados a lo largo de la historia. Actitud de investigación y avance. Es una carrera muy exigente y requiere una alta excelencia profesional”*.

¿Por qué estudias Enfermería? *“Porque me gusta ayudar a los demás. Me satisface y porque es una disciplina que evoluciona constantemente y por supuesto mejorable cada vez un poco más”*.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a? *“Me gusta el trato con las personas; es una profesión en la cual tienes que aprender todos los días y no se limita a campo de actuación al mero de hecho de pinchar pues es mucho más, fue eso”*.

¿Por qué quieres ser enfermero/a? *“Porque quiero poder cuidar a todo aquel que lo necesite y tener más conocimientos científicos”*.

De nuevo entre ambos extremos se distribuyen los relatos de los miembros de nuestra muestra: *“Me gusta el trato directo con el paciente. Lo que No me gusta es que yo*

No soy la que hace el diagnóstico de la enfermedad de un paciente, porque eso lo hace el médico. Por tanto lo que no me gusta es tener pocos conocimientos en ese ámbito (mayúsculas en el original)”; “Me gusta la cantidad de conocimientos acerca de la salud, el ser humano, etc... que he adquirido. Las asignaturas que más me gustaban eran aquellas que yo veía que podían tener una aplicación inmediata en la vida (asignaturas “más prácticas”). No me gustaban asignaturas como Teoría y Modelos, documentación poca, aunque a pesar de ellos soy consciente de que son necesarias para nuestra profesión”; “Porque me gusta eso de ayudar a la gente y animarles, veo la carrera de enfermería más bonita que medicina, medicina es como más... superficial, van a lo suyo y ya, no paran de hablar con la persona”; “Me gusta saber que es algo más que saber usar un esfigmomanómetro y poner una inyección. Me gusta el hecho de que existe una gran base de conocimientos y el hecho de que haya ido evolucionando”.

Toda esta situación que hemos venido mostrando de ausencia de un relato unificado en el seno del colectivo enfermero y también de los distintos grupos que lo componen, al menos en nuestra muestra, evidencia la ausencia de un perfil identitario normativo, que aglutine a la mayor parte de las sensibilidades del colectivo enfermero. El corolario de esta situación es la importante incidencia de problemas de insatisfacción laboral, baja autoestima profesional e incluso *burnout*, que aparecen en el colectivo enfermero como venimos señalando desde el principio de esta tesis y que provocan la emergencia de discursos como estos:

“Estudí enfermería porque creía (idealismo juvenil) que sería increíble poder hacer algo por los demás en una situación difícil”. “Ahora ya no quiero serlo. Estoy deseando dejar esta profesión”.

“Son estudios muy duros. Mientras cualquier otro estudiante hace menos horas, el estudiante de enfermería hace muchas más en menos tiempo. Está quemado, en un año de experiencia profesional está “quemado” (comillas en el original)”.

5.2. Hacia un modelo para la comprensión de la identidad enfermera en España

A través de estos cuestionarios hemos ido elaborando un modelo teórico que nos permita comprender con una cierta precisión estos resultados. Este modelo asume que la identidad es un proceso, es decir, una sucesión de estados vinculados entre sí por el supuesto de que se trata de estados de una misma entidad (*id-entitas*). Así, consideramos que la identidad enfermera se desarrolla a través de una dinámica que discurre a lo largo de tres ejes, que son al tiempo históricos y ontogenéticos, o biográficos, es decir, que se pueden aplicar tanto al desarrollo histórico de la disciplina como al de los individuos que aspiran o han aspirado a trabajar como cuidadores. Se trata, por tanto, de un modelo que nos debería permitir entender tanto el devenir histórico de las prácticas culturales que han dado lugar o desembocado eventualmente en la enfermería profesional, como el proceso de socialización de una enfermera actual concreta. Los ejes a los que nos referimos serían los siguientes:

1. La profesionalización del cuidado.
2. La sofisticación del perfil cuidador.
3. El desarrollo disciplinar.

Veamos con un cierto detenimiento el alcance de cada uno de estos tres ejes.

La profesionalización del cuidado.

Este eje se centra en el cambio en el tipo de cuidado que se genera en un contexto cultural concreto. O dicho de otra manera, este eje daría cuenta de la continuidad que existe entre las prácticas de cuidado informales, culturalmente dadas, y las prácticas institucionalizadas. La transición hacia la formalización e institucionalización de las prácticas cuidadoras no puede ser insensible a las condiciones concretas que han permitido que este cambio haya sido posible, estas condiciones de posibilidad han sido desarrolladas en profundidad, entre otros, por Sellán (2010) y Collière (1993). De todo lo anterior se deduce que existe un fascinante recorrido de ida y vuelta entre las estructuras primarias de cuidado (crianza, educación, escuela, etc.) y las instituciones formal o profesionalmente abocadas al

cuidado (centro de salud, hospital, centro de día, etc.) y que constituirían los polos o extremos de este eje (Sellán, Vázquez y Blanco, 2010).

Nos gustaría precisar que, en nuestra opinión, el cuidado profesional no se circunscribe o se agota en las prácticas enfermeras, sino que también existe cuidado médico, psicológico, antropológico, etc. Por lo tanto, ni todo el cuidado es patrimonio exclusivo de la enfermeras, ni toda la praxis enfermera es cuidadora. Para comprender con mayor precisión esta idea nos gustaría comenzar analizando el término profesión. Desde el punto de vista etimológico, según la Real Academia de la Lengua, el término profesión proviene del latín *professionis*, que significa acción y efecto de profesar. El uso común del concepto tiene diferentes acepciones, entre ellas, empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente; en este sentido, profesión puede definirse como una actividad que sirve de medio de vida y que determina el ingreso dentro de un colectivo profesional determinado. En cualquier caso, el concepto de profesión ha evolucionado a través del tiempo y ha sido producto de un desarrollo histórico (Sellán, 2010). Los teóricos del siglo XIX consideraban las profesiones como una modalidad de lo que Tocqueville (1845) denominó "corporaciones intermediarias", que eran organismos por medio de los cuales podía instaurarse un nuevo orden social, en sustitución de la sociedad tradicional. Para Max Weber (1905), la profesión estaba vinculada a lo religioso en la tradición cristiana, puesto que el acto de profesar está relacionado con la voluntad de consagrarse a Dios, obedecer a un ser superior, con un alto contenido de ascetismo, de entrega y de sufrimiento.

Las profesiones han sido consideradas como estructuras sociales autónomas en el sentido de que se encuentran formalmente establecidas y legitimadas, no sólo por el conjunto de formas y sistemas de organización socio-históricamente constituidos. Otros elementos importantes de la profesión son su legitimación intrínseca, su validez y su función, los cuales están enmarcados por las características históricas de la sociedad en que han surgido y se han desarrollado. Sus modos específicos de formación, reproducción, exclusión, certificación y evaluación dependen de las condiciones en las que surge, de los intereses de quienes la promueven y del poder político de sus miembros. En consecuencia, la profesión, como unidad estructural de la sociedad moderna, condensa procesos y elementos de la realidad social, política e ideológica en la que se circunscribe,

encontrándose formalmente establecida y legitimada por el sector social que la ha constituido como tal.

Por otra parte, en los años ochenta, Starr (1982) considera que una profesión es una ocupación que se regula a sí misma mediante una capacitación sistemática y obligatoria en un ámbito universitario, que se basa en conocimientos especializados y técnicos, y que se orienta más al servicio que a los intereses pecuniarios, principio consagrado en su código de ética. Para él, la profesión es un fenómeno sociocultural en el que intervienen un conjunto de conocimientos y habilidades, tradiciones, costumbres y prácticas que dependen del contexto económico, social y cultural en el que surge y se desarrolla. Una nueva concepción de las profesiones se da a partir de los trabajos de Cleaves (1985), quien establece que las profesiones son ocupaciones que requieren de un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, auto-organización, auto-regulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas.

Tras esta somera aproximación al concepto de profesión, nos gustaría mostrar la pertinencia de las pruebas que hemos realizado en el diseño de nuestro modelo identitario. En nuestra opinión, el conocimiento de la historia en general, y de la disciplina en particular es esencial para comprender, o, cuanto menos, para elaborar un modelo del proceso por el cual hemos llegado a estar donde estamos y, eventualmente, de lo que cabría disponer para alcanzar un cierto futuro. De este modo, los resultados del análisis factorial que efectuamos con las respuestas al cuestionario de representaciones históricas, nos muestran cómo el colectivo enfermero considera importante la labor que desempeña; esta conciencia del valor de la tarea llevada a cabo parecía cristalizar alrededor del factor con más peso, y que denominamos “el cuidado como valor”. Sin embargo, estos mismos resultados nos muestran la existencia de problemas dentro del seno de la disciplina enfermera que no han sido solucionados; en muchos casos, ni siquiera abordados y que se corresponden con el segundo factor al que denominamos “la crisis de los cuidados”. En un sentido similar, esto es, apuntando al carácter problemático de los procesos de identificación enfermeros, se muestra el tercer factor obtenido del análisis factorial, que, recordemos, denominábamos

“la enfermería en la sombra”, y que parecía señalar la falta de autonomía para la toma de decisiones que sufren las enfermeras. Estos resultados son coherentes con nuestros prejuicios sobre la problemática elaboración de una identidad profesional en permanente crisis, ya que a pesar de considerar su labor importante, las enfermeras y futuras enfermeras nos han conseguido trasladar esa valía a la sociedad, ni siquiera en muchos casos, al interior del propio seno enfermero. Además, señalan que no disponen de autonomía para el ejercicio profesional, por verse sometidas a la lógica médica. Esta cuestión de la autonomía es una condición indispensable, como hemos señalado para poder considerar a una profesión como tal.

La sofisticación del perfil cuidador

El segundo eje, que hemos denominado “sofisticación del perfil cuidador”, trata de visibilizar la concepción del cuidado predominante por parte de una determinada enfermera por lo que se refiere a la idea que maneja sobre su objeto, es decir, sobre aquello que es objeto de cuidado, cuyos tipos ideales serían el cuidado “técnico” y el “humanista”. Lo que aquí entendemos como una concepción técnica del cuidado tendría como objeto el organismo, entendido como un conjunto mecánicamente ordenado de órganos. La concepción “humanista”, por su parte, asumiría que el *objeto* del cuidado no es un organismo, sino, en todo caso, un cuerpo, es decir, un organismo con fines o metas, eventualmente, un proyecto, que se realiza idealmente en los mundos biológico, psicológico y social (ver, entre otros, Sellán y Blanco, 2005).

Para poder comprender en profundidad el sentido de este eje se hace ineludible recordar, aunque sea brevemente, la deriva de las prácticas cuidadoras en el siglo pasado en nuestro país. Como ya hemos señalado con anterioridad, la Enfermería comienza su andadura universitaria en 1978. Con anterioridad a esta fecha, existía la formación de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) desde al año 1953, que a su vez integró las anteriores titulaciones independientes de enfermeras, matronas y practicantes.

Cada una de estas tres titulaciones, enfermeras, matronas y practicantes, traía su particular deriva histórica, su identidad profesional particular y sus propios intereses y conflictos (ver, entre otros, Sellán, 2010; Sellán, Vázquez, Blanco y Hernando, 2011), por lo

que la unificación bajo la denominación de A.T.S., sólo fue formal o nominal, pero no real; basta recordar las diferencias de formación, en lo que tocaba al género, a las que abocaba la titulación de A.T.S., ya que la coeducación en los estudios de Ayudante Técnico Sanitario estaba expresamente prohibida por el Decreto 6 de julio de 1955. Además, si analizamos el nombre, aunque sólo sea someramente, queda patente y de forma el tipo de prejuicios que se estaban manejando en cuanto a la concepción del cuidado implicada: es (1) un ayudante, y, por tanto, no tiene plena autonomía; y (2) un técnico, cuyo ejercicio profesional está orientado a la vertiente técnica asistencial, y al que no se le presupone la capacidad o la formación necesaria para justificar racionalmente sus estrategias de cuidado.

Esta situación nos colocaría ante dos polos o extremos posibles; por un lado, se situaría un perfil técnico, más centrado en el tipo de praxis biomédico y cuyo origen cercano se puede rastrear en las posiciones adoptadas por los practicantes como auxiliares de los médicos. Por otro lado, tendríamos un perfil más holístico, que incidiría con mayor fuerza en una visión de la persona como tal y no como mero objeto que sufre o padece una determinada dolencia, generalmente, de tipo fisicalista, esto es, limitada al organismo, y reduciendo así la persona a un mero organismo enfermo, doliente y que precisa de curación, no de ayuda. Este perfil identitario hundiría sus raíces en una visión vocacional de la enfermería que se remontaría a los tiempos en que las religiosas eran las encargadas principales de proveer cuidados a los menesterosos. Recordemos que con el inicio de la iglesia católica las prácticas cuidadoras se van, paulatinamente, institucionalizando y el cuidado de los enfermos se convirtió en un referente moral y en una vocación sagrada (Sellán, 2007).

Dentro de este marco de perfiles históricos identitarios enfermeros, nos faltarían las matronas, como todos sabemos dentro de la Enfermería existe una especialidad en enfermería obstétrico-ginecológica, conocida comúnmente como “matronas”. Generalmente, las matronas se definen a sí mismas como matronas y no como enfermeras especialistas. De hecho, existen importantes movimientos dentro del colectivo para tratar de separar su formación de la de las enfermeras y obtener una titulación propia e

independiente. Lo que manifiesta claramente, la imposibilidad de que exista una identidad única compartida por enfermeras y matronas.

En nuestra opinión, una visión completa y rigurosa de la persona que sufre, o que puede llegar a sufrir, una alteración de la salud, exige un cambio de mirada sobre el objeto, ahora ya sujeto, de la enfermería. Para ello es indispensable la incorporación de nuevas miradas teóricas sobre dichas personas y la situación que viven. Si esta hipótesis es plausible, aquellas enfermeras o estudiantes cuyo perfil identitario en este eje se sitúe más próximo a la visión holística tendrán una mejor valoración de los modelos teóricos disciplinares.

En nuestra muestra, como mostramos en el capítulo de resultados, los modelos teóricos que obtuvieron una mejor valoración fueron la Teoría del Autocuidado y el Modelos de Necesidades Básicas, algo en buena parte lógico, como ya señalamos, por tratarse de los modelos con mayor implantación en nuestro país. Sin embargo, del análisis de las distintas muestras podemos comprobar la existencia de profundas diferencias, siendo especialmente significativas las halladas en la muestra de estudiantes.

Como ya señalamos con anterioridad, eran previsibles las diferencias entre los estudiantes de los cursos de primero y tercero, ya que el mayor bagaje académico debería traducirse en un mayor conocimiento y valoración de los diferentes enfoques teóricos disciplinares, estas diferencias como pudimos apreciar, aparecieron. Así se pasó de frecuencias de aparición de alrededor del 50-55% para los modelos teóricos de Orem y Henderson a frecuencias del 90-95%; en el apartado de la valoración se pasó de un 1.59 y un 1.14 a un 3.78 y 3.85, para estos mismo modelos teóricos. Sin embargo, estas diferencias fueron netamente inferiores a las encontradas entre los alumnos de las Escuelas Universitarias de nuestra muestra, donde en el caso de la Fundación Jiménez Díaz el modelo mejor valorado, la Teoría del Entorno obtuvo un 58% de frecuencia de aparición y un 1.57 de valoración. Frente a un 99% de frecuencia y un 5.24 sobre 6 en valoración alcanzado por la Teoría del Autocuidado en los estudiantes de la Escuela de La Paz. Además, otros 4 enfoques teóricos obtuvieron valoraciones por encima de 1.

Consideramos que es conveniente recordar la importante diferencia en cuanto al nivel de elaboración teórica que existe entre los modelos mejor valorados por parte de cada escuela; así, recordemos que la Teoría del Autocuidado, puede ser considerada como una gran teoría enfermera, mientras que la denominada Teoría del Entorno, carece de intención propedéutica en relación con la construcción de una auténtica teoría enfermera.

Referentes para el desarrollo de la conciencia disciplinar

Finalmente, sobre el tercer eje, el Desarrollo Disciplinar, nos gustaría comenzar con una cuestión terminológica. En nuestra opinión, una disciplina es un conjunto de reglas que homologan o regulan una forma de construir conocimiento en un determinado ámbito, es decir, apunta a un estatuto epistemológico, más que al territorio ocupado por una determinada disciplina, es decir, un estatus ontológico. Hecha esta precisión, nos gustaría continuar mostrando una posible estrategia de organización del gradiente que expresaría este eje:

1. Personajes generadores de valores
2. Personaje Histórico No enfermero:
 - a. Religiosos.
 - b. Médicos.
3. Profesionales Asistenciales.
4. Personaje Histórico Enfermero.
5. Docentes.
6. Teóricas enfermeras.
7. Teoría enfermera propia.
8. Epistemología enfermera.

Vamos a tratar de ir mostrando en qué consiste cada uno de los puntos de la anterior clasificación y cómo cada uno de ellos va a ir elaborando este gradiente de desarrollo disciplinar:

1. El primer referente en el proceso de gestación de la conciencia disciplinar, y tanto en la constitución histórica como en la constitución biográfica de la identidad enfermera, son los personajes o instancias que generan valores que justifican el cuidado. Adscribimos a este grupo de referentes identitarios a todos aquellos personajes o instancias que no pertenecen al mundo de la enfermería, pero que tienen influencia en la decisión de la enfermera o futura enfermera de estudiar esa carrera; dentro de este grupo estarían los personajes ficticios, amigos, familiares y conocidos que han tenido un peso específico para la toma de decisión del estudio de la Enfermería.

2. Los personajes históricos no enfermeros son aquellas figuras de renombre histórico y que se relacionan de una manera directa o indirecta con la enfermería, aunque sería más preciso hablar de las prácticas cuidadoras. Como hemos mostrado, encontraríamos dos tipos de figuras relevantes. Por un lado, estarían los personajes religiosos como por ejemplo, San Juan de Dios, las hermanas de la Caridad, los Hermanos Obregones, etc. Por otro lado, se situarían algunas de las figuras médicas relevantes como es el caso de Pasteur o Jiménez Díaz.

3. En el siguiente escalón nos encontraríamos con los profesionales asistenciales, se trata de profesionales asistenciales que ejercen una notable influencia de modelaje, fundamentalmente, en los estudiantes de enfermería y jóvenes profesionales, que desean parecerse a ellos, de forma habitual por la destreza que muestra en el manejo de distintas técnicas, generalmente manuales, aunque no solo.

4. Los personajes históricos enfermeros son como su nombre indica figuras relevantes para la disciplina, que han ido sentando las bases para el desarrollo de la Enfermería como disciplina y profesión. Algunas de las más destacadas serían Nightingale o Collière.

5. A continuación nos encontraríamos con los docentes, un colectivo que ejerce una importantísima influencia, como hemos podido comprobar en el capítulo de resultados. Queremos puntualizar que al hablar de los docentes nos estamos refiriendo a aquellos docentes, que están permitiendo o facilitando que los estudiantes vayan incorporando en su

bagaje experiencial la gramática densa que es la Enfermería. Se trata por lo general, aunque no de manera exclusiva, de enfermeras.

6. Las teóricas enfermeras son aquellas enfermeras que han desarrollado desde un modelo profesional hasta una teoría general y que han contribuido al desarrollo de la Enfermería en cualquiera de estas dos vertientes, a saber, la profesional o la científica.

7. Un peldaño por encima se encontrarían aquellas enfermeras que son capaces de elaborar un modelo teórico propio, que integra la dimensión epistémica y axiológica (valorativa) en el seno de una perspectiva disciplinar original, históricamente situada y socialmente comprometida.

8. El último escalón lo hemos denominado “epistemología enfermera” y se trataría de aquellas enfermeras que además de elaborar un modelo teórico propio son capaces de llevarlo más allá y relacionarlo con los conocimientos de otras disciplinas generando un conocimiento, una *episteme*, que excede los límites ontológicos de la disciplina enfermera.

A través de los cuestionarios sobre teorías enfermeras y sobre personajes relevantes hemos podido ir cartografiando los enganches históricos, entendiendo que en este caso por historia nos referimos tanto a la historia personal como a la historia disciplinar o profesional, donde los sujetos de nuestra muestra enraizaban su identidad profesional. De manera que las diferencias como hemos mostrado en los resultados han sido en un buen número de casos notables.

El caso más evidente lo constituyen, como ya hemos visto, las submuestras incluidas dentro de la muestra de estudiantes, donde se puede apreciar como una mayor y mejor conocimiento de la historia disciplinar, lo que necesariamente conlleva un incremento en el conocimiento de los modelos teóricos, permite o cuanto menos facilita, que los referentes históricos se sitúen dentro de la disciplina enfermera. Nos parecen especialmente significativos los resultados obtenidos por Nightingale en ambos cuestionarios en el caso de los estudiantes de La Paz. Así pasa de un 19% de frecuencia de aparición en el cuestionario de teorías y modelos enfermeros, a un 89% en el cuestionario de figuras relevantes. Lo que

evidencia la capacidad por parte de estos alumnos de diferenciar entre modelo teórico y relevancia histórica, esto no ocurre en el caso de los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz.

Como se puede intuir por el desarrollo que de nuestro modelo identitario hemos ido realizando, estos tres ejes no son independientes entre sí. Por el contrario, se encuentran profundamente interrelacionados, de manera que el avance o tránsito por uno de ellos provoca irremediabilmente el avance por los otros.

CAPÍTULO 6.

CONCLUSIONES

El *Cuestionario para el Estudio de las Representaciones Históricas de la Enfermería* se ha mostrado como un instrumento útil para evaluar las nociones que del devenir histórico de la disciplina enfermera tenían tanto los estudiantes como los profesionales enfermeros. Dentro de las limitaciones del presente trabajo, cabe destacar, como ya hemos señalado, que el cuestionario que hemos adaptado es un instrumento provisional, por lo que de cara a futuras investigaciones sería conveniente introducir una serie de mejoras, entre ellas, podríamos destacar la conveniencia de reemplazar algunos ítems cuyos pesos son bajos para los factores encontrados, por otros ítems que saturaran en aquellos factores cuya carga ha sido más baja, con lo que se conseguiría un aumento en la fiabilidad de dicho instrumento.

Los resultados obtenidos con nuestro cuestionario ponen de relieve la presencia de un relato histórico cuya característica principal es la conflictividad, entendiendo esta conflictividad, como la ausencia de un relato unificado ya no sólo para el colectivo enfermero en su conjunto, sino para cada uno de los grupos que lo conforman. De manera que la historia de la Enfermería no es juzgada como positiva o negativa, sino que ambos juicios se encuentra entrelazados en la narración que de la historia hacen nuestros sujetos. Así, nos encontramos que todos los grupos ponen de manifiesto la importancia de la Enfermería, destacando la relevancia de la labor que realizan las enfermeras, esto es, el cuidado. Para lo cual, como ya hemos señalado con anterioridad, resulta imprescindible remarcar la importancia que la publicación del texto de Nightingale, *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es*. Esta obra está considerada como el *mito fundacional* de la Enfermería, lo que evidencia las dudas que para el propio colectivo enfermero tiene el estatuto epistémico de la disciplina enfermera; de ahí posiblemente la necesidad de destacar o remarcar la idea de que la Enfermería es una disciplina científica. Esto pondría de manifiesto, como ya hemos anticipado, esta conciencia de debilidad o inmadurez disciplinar o epistemológica, que se proyecta en una suerte de retórica *refundacionalista*, una suerte de obsesión por encontrar los fundamentos epistemológicos últimos de la disciplina, que acabarían, hipotéticamente, de una vez por todas, con la dispersión y la diversidad teórica. De manera que la Enfermería se nos muestra como una disciplina indentitariamente crítica, móvil, funcionalmente “esquizofrénica”, en conflicto permanente e irresuelto con otras profesiones sanitarias y consigo misma, todo lo cual se manifiesta subsidiariamente en un abanico de problemas de

ajuste a sus funciones, cuyo corolario son los síntomas de malestar psicológico, incluido el *burnout*, que aparecen en el desempeño profesional de las enfermeras, convirtiendo a esta disciplina en una de las profesiones con mayor prevalencia de este tipo de problemas.

Esta problemática de la que venimos hablando se refuerza al menos por dos vías diferentes. Por un lado, la falta de conocimiento de los textos clásicos formales de la disciplina enfermera, como se deduce del hecho de que estos ítems agrupen un importante porcentaje de valores perdidos por parte de los sujetos de nuestra muestra. Por otro lado, la presencia de un factor en todos los grupos, con la excepción de los docentes, que señala el abandono de los problemas relevantes relativos al cuidado o su eliminación de la agenda histórica de la Enfermería. A lo que se suma la falta de independencia para la toma de decisiones, problema que también es remarcado por los sujetos de la muestra, todo esto, no hace sino ahondar en el argumento que venimos sosteniendo respecto de la conflictividad de la identidad enfermera.

Los *Cuestionarios sobre Teorías de la Enfermería y sobre Enfermeras o Personas relacionadas con la Enfermería* se han mostrado como instrumentos útiles para mostrar la existencia de distintos perfiles identitarios como ha quedado claro en el capítulo de resultados.

En dicho capítulo hemos podido observar cuáles son y cómo son evaluados por parte de los sujetos de nuestra muestra los principales enfoques teóricos disciplinares, así como quienes son las figuras más relevantes. El cuestionario sobre teorías enfermeras nos muestra que en todos los grupos coinciden los enfoques teóricos con mayor frecuencia de aparición y mejor valoración; siendo en todos los casos la Teoría del Autocuidado y el Modelo de Necesidades Básicas, recordemos que se trata de los modelos con mayor implantación en nuestro país. La única excepción la constituyen los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, donde era la Teoría del Entorno.

El cuestionario de personajes relevantes nos muestra como en todos los grupos emerge de forma notoria, al igual que sucedía en el cuestionario de historia de la enfermería, la figura de Nightingale, siendo también relevante la aparición de otros personajes que van a resultar determinantes en el proceso de construcción identitaria

disciplinar. Cuando no existen referentes relevantes dentro de la disciplina enfermera éstos son buscados por fuera de la misma, como hemos podido comprobar mediante el modelo de construcción identitaria que hemos mostrado. Esta situación se traduce en la existencia de diversos perfiles disciplinares y, que como hemos visto, en el caso de los estudiantes de distintas escuelas es claramente significativo.

Así, los estudiantes de La Paz tienen una conciencia formal más acusada de los distintos modelos disciplinares, siendo capaces de diferenciar también entre una figura histórica y un enfoque teórico, como sucede, por ejemplo, en el caso de Nightingale. Por su parte los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz poseen una escasa conciencia formal de las figuras históricas dentro del marco disciplinar, por lo que “hunden” sus raíces en personajes ajenos a de la disciplina enfermera.

Los valores que organizan una cultura institucional concreta, de naturaleza educativa, en este caso, tienen un peso decisivo en la configuración de la identidad disciplinar, tanto que pasan por encima de la propia organización curricular, de los contenidos educativos concretos y de los objetivos curriculares previstos, que, en este caso, y como sabemos comparten ambos centros.

El corolario de este proceso que hemos ido remarcando, de ausencia de un el relato histórico enfermero uniforme, a lo que se une una muy distinta valoración de los personajes históricos disciplinares, se traduce en la existencia de estos problemas de ajuste laboral y disciplinar y que se van a manifestar a través de la insatisfacción laboral, cansancio profesional e incluso *burnout*.

Nuestro planteamiento, como hemos ido señalando, asume que no es posible estudiar el proceso de configuración de la identidad profesional en el ámbito enfermero desde una perspectiva estrictamente nomotética, es decir, asumiendo que existe algún tipo de regularidad o de legalidad transcendente que nos permitiría entender todo proceso posible de configuración identitaria. Por eso es conveniente que estemos atentos a la manera particular en que los principios o las generalizaciones se incardinan y se especifican en la textura concreta de la vida personal y de los escenarios en los que ésta despliega su

drama. Por lo demás, tenemos la sensación de que intentar profundizar en la lógica de este proceso nos conducirá a una mayor comprensión de la insatisfacción laboral, lo que en el caso concreto de las enfermeras no es importante sólo porque nos permita optimizar su nivel de ajuste personal y de satisfacción con su puesto de trabajo, sino que incorporar el rol profesional a la gramática densa y compleja de la vida es, inevitablemente, parte de la larga agenda de deberes que la enfermera tiene que ir cumpliendo a lo largo de su proceso de crecimiento como persona, si quiere desarrollar plenamente el sentido histórico y social de su profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Abad, F.J., Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011). *Medición en Ciencias Sociales y de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Alarcón, J., Vaz, F.J., Guisado, J.A., Benavente, M.J., López, J. y Morgado, M. (2004). Relación entre el síndrome de *burnout*, psicopatología y ambiente en el trabajo de enfermeras de Hospital General. *Archivos de Psiquiatría*, 67(2), 129-138.
- Albaladejo, R., Villanueva, P., Ortega P. y Astasio, P. (2004). Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516. Disponible en www.scielo.isciii.es.
- Albar, M.J. y García, M. (2005). Social support y emotional exhaustion among hospital nursing staff. *European Journal Psychiatric*, 19(2), 96-106.
- Alberdi, R.M. (1987a). La enfermería y la palabra. En *I Jornadas Nacionales de Enfermería*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Alberdi, R.M. (1987b). La influencia de género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*, 2 (11), 20-26.
- Apker, J.; Propp, K.M. y Zabava, W.S. (2005). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180-189.
- Apker, J.; Zabava Ford, W.S. y Fox D.H. (2003). Predicting Nurses Organizational and Professional Identification: The Effort of Nursing Roles, Professional Autonomy, and Supportive Communication. *Nursing Economics*, 21 (5), 226-232.
- Bernaldo, M. y Labrador-Encinas, F.J. (2007). Evaluación del estrés laboral y *burnout* en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 323-335.
- Blanco, F. (2002). *El cultivo de la mente: un ensayo histórico-crítico sobre la cultura psicológica*. Madrid: Machado Libros.

- Blanco, F. y Castro, J. (2000). La descripción de la actividad epistémica de los psicólogos en los manuales de Historia de la Psicología: índices de malestar en la construcción de la identidad profesional de los psicólogos. *Revista de Historia de la Psicología*, 20(3-4), 59-72.
- Blanco, F. y Castro, J. (2001). Las categorías psicológicas en el debate sobre la identidad española tras la crisis del 98. *II Jornadas de Hispanismo Filosófico*, Santander, Febrero de 2001.
- Blanco, F., y Sellán, M.C. (2011). La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales como laboratorio filosófico: el sentido del dolor. *I Encuentro de la Sección Ibérica de la ISCAR*. Miraflores de la Sierra del 3 al 5 de febrero de 2011.
- Blanco, F., Vázquez, A., Sellán, M.C., Díaz, M.L., Santamaría, J.M. y Arribas, A. (2010). El Manejo del dolor en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y el debate sobre los límites humanos: Consideraciones Prácticas y Filosóficas. *IV Congreso Internacional de Farmacología y Terapéutica y IX Congreso Nacional de la Sociedad Cubana de Farmacología*. La Habana (Cuba) del 13 al 16 de diciembre de 2010.
- Boesch, E.E. (1991). *Symbolic action theory and cultural psychology*. New York: Springer-Verlag.
- Brescó, I. (2010). *Dando forma al pasado: una investigación sobre el posicionamiento identitario de los sujetos en la interpretación y (re)construcción narrativa de eventos históricos*. Tesis doctoral inédita. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Burke, K. (1969). *A Grammar of Motives*. Berkeley: University of California Press.
- Cánovas, M.A. (2004). Cultura de trabajo y género: un estudio antropológico de la enfermería en Murcia. En *Actas de las XXV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (A.E.E.D.)*. Madrid: A.E.E.D, 221-231.

- Capón, A., Rodríguez, B., Sobrado, Z., Tizón, E. y Vázquez, M. (2004). Estudio de estrés laboral en enfermeras de atención hospitalaria. *Enfermería Científica*, 268-269 (julio-agosto), 20-25.
- Carasa, P. (1985). *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid: Universidad de Valladolid y Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca.
- Caruana, A. (1989). *Evaluación del estrés en profesionales de la salud*. Tesis doctoral publicada. Alicante: Universidad de Alicante.
- Castro, J. (2004). La construcción psico-sociológica de la identidad española en torno a la crisis del 98. *Doctoral Dissertation*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Castro, J. y Blanco, F. (1998). El diseño de una identidad argentina y latinoamericana en la obra psico-sociológica de José Ingenieros. *Encuentro Internacional "Identidad y Subjetividad"*. Ciudad de la Habana (Cuba), Abril.
- Castro, J. y Blanco, F. (2006). La trama regeneracionista: sobre el valor civilizatorio de la historia y otros cuentos. En M. Carretero, A. Rosa y F. González (Eds.), *Enseñanza de la Historia y Memoria Colectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Castro, J., Jiménez, B., Morgade, M. y Blanco, F. (2001). La función de los mitos fundacionales en la promoción de una identidad disciplinar para la psicología. *XIV Symposium de la Sociedad Española de Historia de la Psicología*. Santander, Abril de 2001.
- Celma, M. (2007). *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras*. Tesis doctoral inédita. Granada: Universidad de Granada.
- Chacón, M., Grau, J., Massip, C., Ochoa, I., Grau, R. y Abadal, Y. (2006). El control del síndrome de desgaste profesional o burnout en enfermería oncológica: una experiencia de intervención. *Terapia Psicológica*, 24(1), 39-53.

- Cleaves, P.S. (1985). *Las profesiones y el Estado: El caso de México*. México: El Colegio de México.
- Collière, M.F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana.
- Cuevas, P., O'Ferrall, F.C. y Crespo, J. (1998). Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la Salud Mental en enfermeros de un hospital comarcal. *Enfermería Científica*, 194-195, 31-33.
- Díaz, M.L. (2010). *Aproximación desde la antropología a la organización del trabajo de enfermería en una unidad de hospitalización*. Diploma de Estudios Avanzados inédito. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Dombeck, M.T. (2003). Work Narratives: Gender and Race in Professional Personhood. *Research in Nursing & Health*, 26, 351-365.
- Donahue, M.P. (1988). *Historia de la Enfermería*. (2ª Ed.). Barcelona: Doyma.
- Du Toit, D. (1995). A sociological analysis of the extended and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students as two universities in Brisbane, Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 164-171.
- Dubet, F. (2006). *El declive de la institución: profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Barcelona: Gedisa.
- Durkheim, E. (2001). *La división del trabajo social*. (4ª Ed.). Tres Cantos: Akal.
- Escribá, V., Mas, R.; Cárdenas, E., Burguete, D. y Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico. *Revista Rol de Enfermería*, 23(7-8), 506-511.
- Ewens, A. (2003). Changes in nursing identities: supporting a successful transition. *Journal of Nursing Management*, 11, 224-228.

- Fagerberg, I. (2003). Registered Nurses' work experiences: personal accounts integrated with professional identity. Nursing and health care management and policy. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 284-291.
- Fagerberg, I. y Kihlgren, M. (2000). Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (1), 137-145.
- Fernández, A., Rosa, A. y Ondé, D. (2000). Creando historias de la psicología. Algunos efectos de la enseñanza de la asignatura. *Revista de Historia de la Psicología*, 21(2-3), 25-34.
- Ferrando, P.J. y Anguiano, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en Psicología. *Papeles del psicólogo*, 31, 18-33.
- Fornés, J., Martínez-Abascal, M.A. y García, G. (2008). Análisis factorial del Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de Enfermería. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 267-283.
- Fuente, L. de la, Fuente, E.I. de la y Trujillo, H. (1997). Burnout y satisfacción laboral. Indicadores de salud laboral en el ámbito sanitario. *Clínica y Salud*, 8(3), 481-494.
- García, E., Gil, G. y Rodríguez, C. (2000). *Análisis factorial*. Madrid: La Muralla.
- García, I. y Buendía, A. (2001). Identidad e identificación de la enfermería. *Revista ROL de Enfermería*, 24 (7-8), 539-545.
- García, C. y Martínez, M.L. (2001). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero*. Madrid: Harcourt.
- García, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 219-229.

- García, M., Sáez, M.C. y Llor, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 215-228.
- Gergen, K.J. y Gergen, M.M. (1984). The social construction of narrative accounts. En K.J. Gergen y M.M. Gergen (eds.) *Historical Social Psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gil-Monte, P.R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Monográfico, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 101-102.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1998). A study on significant sources of the “burnout syndrome” in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, 1, 116-123.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse en el trabajo (*burnout*) según el M.B.I. –HSS en España. *Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 2, 135-149.
- Gil-Monte, P.R. y Schaufeli, W.B. (1991). Burnout en enfermería: Un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(19), 121-130.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el Síndrome de Burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6(2), 43-63.
- Goffman, E. (1989). La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu.

- González, C. (2006). *Las Cuidadoras. Historia de las practicantas, matronas y enfermeras (1857-1936)*. Almería: Institutos de Estudios Almerienses.
- González, F., Navarro, A. y Sánchez M.A. (2005). *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Barcelona: Ars XXI.
- González-Romá, V., Ripol, P., Caballer, A., Ferreres, A., Gil, P. y Peiró, J.M. (1998). Comparación de modelos causales sobre la experiencia de *burnout*. Un estudio multimuestra. *Ansiedad y Estrés*, 1, 81-95.
- Gutiérrez, J.L., Moreno, B., Garrosa, E. y López, A. (2005). Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 477-492.
- Halford, S. y Leonard, P. (2002). Space and place in the construction and performance of gendered nursing identities. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (2), 201-208.
- Henderson, V. (1971). *Principios básicos de los cuidados de Enfermería*. Ginebra: CIE.
- Henderson, V. y Nite, G.A. (1988). *Enfermería teoría y práctica*. (6ª ed.). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Hernández Conesa, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- Hernández, G., Olmedo, E. e Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (*burnout*) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.
- Hernando, M.F., Díaz, M.L. y Blanco, F. (2011). Aproximaciones a la construcción de la identidad y representación social de la enfermera a través de dibujos. *I Encuentro de la Sección Ibérica de la ISCAR*. Miraflores de la Sierra del 3 al 5 de febrero de 2011.
- Hernando, M.F., Díaz, M.L., García, M., Blanco, F. y Santamaría, J.M. (2011). Estudio sobre la identidad e imagen de la enfermera a través de dibujos. *Referencia. Revista de*

Enfermagem. Suplemento especial. XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Vol. I. p. 471.

Hughes, D. (1988). When nurse know best: some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. *Sociology of Health & Illness*, 1, 1-22.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (1996). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson.

Leiter, M.P., Gascón S. y Martínez-Jarreta, B. (2007). Modelo de doble proceso sobre el "Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (*burnout*): Su relevancia en profesionales de Enfermería de España y Canadá. *Informació psicológica*, 91-92, 95-109.

López-Castillo, J., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J.L., Luna, J.D. y Catalan, J. (1999). Emotional Distress and Occupational Burnout in Health Care Professionals Serving HIV-Infected Patients: A Comparison with Oncology and Internal Medicine Services. *Psychotherapy Psychosomatics*, 68, 348-356.

MacIntosh, J. (2003). Reworking Professional Nursing Identity. *Western Journal of Nursing Research*, 25 (6), 725-741.

Manzano, G. (1997). *Estrés en personal de enfermería*. Tesis doctoral publicada. Bilbao: Universidad de Deusto.

Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 197-213.

Marriner, A. y Railey, M. (2011). *Modelos y teoría en enfermería*. (7ª ed.). Barcelona: Elsevier.

Martínez, J.R. (2004). Salir del armario: la difícil situación de asumir una nueva identidad. De A.T.S. a enfermera. *Revista ROL de Enfermería*, 27 (10), 698-704.

Martínez, J.R. (2005). Enfermería sencillamente complicado. *Revista ROL de Enfermería*, 28 (4), 255-264.

- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1993). *Maslach Burnout Inventory*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Mateos, A.I. y Blanco, F. (1996). Life as narrative: the role of narrative in the configuration of personal identity. *2nd Conference for Socio-Cultural Research*. Geneva, September.
- Maturana, H. y Varela, F. (2003). *El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires: Lumen.
- Medina, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y práctica en la formación universitaria de enfermería*. Barcelona: Laertes.
- Melia, K.M. (1984). Student nurses' construction of occupational socialitation. *Sociology of Health and Illness*, 6 (2), 132-151.
- Melia, K.M. (1987). *Learning and Working: The Occupational Socialisation of Nurses*. Londres: Tavistock.
- Miró, M. (2008). ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976). Tesis doctoral inédita. Mallorca: Universidad de las Islas Baleares.
- Moreno, B. y Oliver, C. (1993). El MBI de estrés en profesionales asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. En Forns, M. y Anguera, M.T. (Eds.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: PPU.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1996). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 739-761). Madrid. Biblioteca Nueva.
- Moreno, B., Garrosa, E y González, J.L. (2000). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales*, 3(1), 18-28.

- Moreno, B., Garrosa, E., Benavides, A.M. y Gálvez, M. (2003) Estudios transculturales del *burnout*. Los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombia de Psicología*, 12, 9-18.
- Moreno, B., González, J.L., Garrosa, E. y Peñacoba, C. (2002). Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. *ROL Enfermería*, 25(11), 18-26.
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1991). El burnout una forma específica de estrés laboral. En Buela, G. y Caballo, V. (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, B., Rodríguez, R. y Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del M.B.I.-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 1, 69-77.
- Muldoon, O.T. y Reilly, J. (2002). Career choice in nursing students: gendered constructs as psychological barriers. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (1), 93-100.
- Nelson, S. & Gordon, S. (2004). The rhetoric of rupture: Nursing as a practice with a history? *Nursing Outlook*, 52(5), 255-261.
- Nicolson, P., Burr, J. y Powell, J. (2003). Becoming an advanced practitioner in neonatal nursing: a psycho-social study of the relationship between educational preparation and role development. *Children. Journal of Clinic Nursing*, 14 (6), 727-738.
- Nietzsche, F. (1981). *La Genealogía de la Moral*. Madrid: Alianza.
- Nightingale, F. (2002). *Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson.
- Öhlén, J. y Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 720-727.

- Olmedo, E. (1997). *Personalidad y afrontamiento. Determinantes del síndrome de estar quemado en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral publicada. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna.
- Olmedo, M., Santed, M.A., Jiménez, R. y Gómez, M. D. (2001). El síndrome de *Burnout*: variables laborales. Personales y psicopatológicas. *Psiquis*, 22(3), 117-129.
- Orem, D.E. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Paolicchi, P. (2002). Tiempo calculado y tiempo narrado. *Estudios de Psicología*, 23(1), 29-48.
- Parker, J. y Takahashi, A. (2005). Nursing Identity and Difference. *Nursing Inquiry*, 12 (2), 65.
- Parkes, K.R. (1984). Locus of Control, Cognitive Appraisal, and Coping in Stressful Episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 655-668.
- Peplau, H.E. (1990). *Relaciones interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat.
- Pizarroso, N. y Blanco, F. (1998). Historia, Ideología e Identidad, ideología e historia: un caso de comunalidad discursiva. *Comunicación y Cultura*, 5-6, 11-20.
- Radcliffe-Brown, A.R. (1972). *Estructura y función en la sociedad primitiva*. Madrid: Península.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-Klinik.
- Randle, J. (2002). Bullying in the profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), 395-401.

- Rasskin, I. y Blanco, F. (2002). Consciousness beyond the psychological realm: the case of Singer's The magician of Lublin. *European Society of the History of the Human Sciences*. 1st Annual Meeting, Barcelona, Spain, 27-31 August.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. (22ª ed.) Madrid: Espasa Calpe.
- Reig, A. y Caruana, A. (1989). Estrés ocupacional y patrón A de comportamiento como predictores de insatisfacción laboral y del estado de salud en personal de enfermería de hospital. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 5(14), 147-162.
- Reig, A., Caruana, A. y Peralba, J.I. (1989). Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de enfermería español y norteamericano. *Enfermería Científica*, 91, 4-14.
- Rosa, A. (2006). Recordar, describir y explicar el pasado ¿qué, cómo y para el futuro de quién? En Carretero, M.; Rosa, A.; González, M.F. (Comps.), *Enseñanza de la historia y memoria colectiva*. Paidós, Buenos aires.
- Rosa, A. y Blanco, F. (2007). Actuations of identification in the games of identity. In http://www.europhd.psi.uniroma1.it/html/_onda02/07/PDF/12th_lab_scientificmaterial/rosa/actuations_of_identification.pdf.
- Rosa, A., Blanco, F. y Huertas, J.A. (1998) Uses of historical knowledge: an exploration of the construction of professional identity in students of psychology. En J. Voss y M. Carretero (Eds.), *Learning and Reasoning in History*. London: Woburn Press.
- Rosa, A., Blanco, F., Díaz, F. & De Castro, R. (1998). Europe as a discursive resource for Spanish national identity. In U. Hedetoft (Ed.), *Political Symbols, Symbolic Politics: European Identities in Transformation*. Aldershot: Ashgate.
- Rosa, A., Blanco, F., Huertas, J.A.; Mateos, A. I. y Díaz, F. (1996): "Acts of identification and the games of identity". *International Workshop on Cultural and National Identity. A Social Approach to Social Integration in Multicultural Societies*, Universidad Autónoma de Madrid.

- Rosa, A., Blanco, F., Travieso, D. y Huertas, J.A. (2000). Imaginando historias de España en el tiempo de unas elecciones generales. En Rosa, A., Belleli, G. y Backhurst, D. (eds.): *Memoria colectiva e identidades sociales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rosa, A., Blanco, F., Travieso, D., y Huertas, J.A. (1999). Argumentando sobre el cambio histórico. Explicaciones sobre el pasado, el presente y el futuro de España. *Psicología Política*, 18, 49-75.
- Rosa, A., Blanco, F., y Huertas, J.A. (1991). ¿Para qué hacemos Historia de la Psicología? *Revista de Historia de la Psicología*, 12, 405-412.
- Rosa, A., Blanco, F., y Huertas, J.A. (1998). Haciendo historia para el futuro de la psicología. *Anuario de Psicología*, 29, 73-87.
- Rosa, A., Castro, J. & Blanco, F. (2006). Otherness in historic situated self-experiences. In L. Simao & J. Valsiner (Comps.). *Otherness in question: Development of the self*. New York: InfoAge.
- Roy, C. (1976). *Introduction to nursing: an adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ruiz, M.A., Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31, 34-45.
- Salas, M.J. (2003). Enfermería y la construcción sociocultural de la identidad profesional. *Documentos de Enfermería*, 19, 7-8.
- Salas, M.J. (2003). Enfermería y la construcción sociocultural de la identidad profesional. 2ª Parte. *Documentos de Enfermería*, 20, 4.
- Sánchez, R. y Blanco, F. (1996). The constitution of identity by film viewers: The case of Taxi Driver. *2nd Conference for Socio-Cultural Research*. Ginebra, Septiembre.

- Sánchez, R. y Blanco, F. (1998). Un análisis del proceso de producción de un cortometraje. Cambios estructurales y continuidad narrativa. *Comunicación y Cultura*, 3, 13-27.
- Sánchez-Criado, T. y Blanco, F. (2005) Introducción: Los constructivismos ante el reto de los estudios de la ciencia y la tecnología. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, Número Especial*, 1-43. En <http://www.aibr.org/antropologia/44nov/>
- Santamaría, J.M. (2008). *Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del Autocuidado según el modelo de Dorothea Orem*. Tesis doctoral inédita. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares.
- Santana, L., Hernández E., Eugenio P., Sánchez-Palacios, M., Pérez, R. y Falcón R. (2009). Síndrome de *burnout* entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enfermería Clínica*, 19(1), 31-34.
- Seco, M., Andrés, O. y Ramos, G. (1999). *Diccionario del español actual*. Madrid: Aguilar.
- Sellán, M.C. (2006). La Psicologización del Cuidado: Krausismo, Psicología y Enfermería. *Revista de Historia de la Psicología*, 27 (2-3), 127-134.
- Sellán, M.C. (2007). *Identidad y conflicto en el ejercicio del cuidado. Una aproximación histórica a la dinámica de la identidad enfermera en España*. Tesis doctoral inédita. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Sellán, M.C. (2010). *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea*. (2ª ed.). Madrid: FUDEN.
- Sellán, M.C. y Blanco, F. (2005) Hacia un modelo historiográfico sobre las relaciones entre enfermería y psicología. *Revista de Historia de la Psicología*, 26(2-3), 213-219.
- Sellán, M.C. y Vázquez, A. (2011). El desarrollo institucional de la enfermería psiquiátrica en España (1932-1977). Un ángulo ciego en el *complejo psi*. En Mora, J.A., Martín, M.L. y

- Gallardo, J.A. (coords.) *Historia de la Psicología y Ciencias Afines*. Málaga: EDA; pp. 183-185.
- Sellán, M.C., Vázquez, A. y Blanco, F. (2010). Cuerpo, apariencia y poder. Una odisea iconográfica a través de la enfermería española contemporánea (1896-1977). En González, C. y Martínez, F. (Eds.), *La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia* (pp. 447-468). Granada: Comares.
- Sellán, M.C., Vázquez, A., Blanco, F. y Hernando, M.F. (en prensa). La enfermería española contemporánea. Historia de un conflicto sin resolver. *Revista Híades*.
- Sellán, M.C., Blanco, F., Vázquez, A., Díaz, M.L. y Hernando, M.F. (2011). Elementos para una filosofía mediacional del cuidado: ética en los límites. *Referencia. Revista de Enfermagem*. Suplemento especial. XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Vol. II. p. 385.
- Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguaclara.
- Siles, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index de Enfermería*, 50, 7-9. Disponible en <http://www.indexf.com/index-enfermeria/50revista/5196.php>
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.
- Tocqueville, A. (1990). *De la democracia en América*. Madrid: Aguilar.
- Valsiner, J. (1994). Narratives in the making of History of Psychology. En Rosa A. y Valsiner J. (Comp.). *Historical and Theoretical Discourse in Social-Cultural Psychology*. Madrid: Aprendizaje.
- Vázquez, A. (2008). Maslow más allá de la psicología: influencias sobre las formas de pensar el cuidado. *Revista de Historia de la Psicología*; 29 (3-4): 269-274.
- Vázquez, A., Blanco, F. y Sellán, M.C. (2011). El papel de la historia en la constitución de la

identidad enfermera en España. Una aproximación mediacional. *I Encuentro de la Sección Ibérica de la ISCAR*. Miraflores de la Sierra del 3 al 5 de febrero de 2011.

Vázquez, A., Blanco, F., Sellán, M.C., Santamaría, J.M. y Arribas, A. (2011). Una aproximación mediacional a las representaciones históricas enfermeras en España: una identidad en conflicto. *Referencia. Revista de Enfermagem*. Suplemento especial. XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Vol. I. p. 488.

Ventosa, F. (1984). *Historia de la enfermería española*. Madrid: Ciencia 3.

Villanueva, L.A. (2005). Las transformaciones históricas y sociales del sistema hospitalario. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 48 (4), 158-160.

Voloshinov, V.N. (1992). *Marrxismo y filosofía del lenguaje*. Madrid: Alianza.

Weber, M. (1949). *The Methodology of the Social Sciences*. Glencoe: Free Press.

Weber, M. (1979). *La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo*. Barcelona: Península.

Wright, G.H. Von (1974). *Explicación y Comprensión*. Madrid: Alianza.

Zurriaga, R., Ramos, J., González-Romá, V., Espejo, B. y Zornoza, A. (2000). Efecto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, el compromiso y el absentismo en organizaciones sanitarias. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 3, 85-98.

ANEXOS

ANEXO I. CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN**DATOS GENERALES DEL ALUMNO**

CÓDIGO _____

FECHA DE LA EVALUACION: EDAD: SEXO: Hombre MujerNOTA DE INGRESO EN LA ESCUELA DE ENFERMERIA:

VIA DE ACCESO A LA DIPLOMATURA:

- F.P.
- Selectividad
- Diplomatura / Licenciatura
- Cupo de extranjeros
- Discapacitados
- Mayores de 25 años

ELECCIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERIA:

- 1ª Opción
- 2ª Opción
- 3ª Opción
- 4ª Opción
- 5ª Opción
- Otras: Especificar _____

¿TRABAJA EN EL AMBITO SANITARIO?: Sí No

DATOS GENERALES DE LOS PROFESORES

CODIGO _____

FECHA:

EDAD

SEXO: Hombre Mujer

RELACIONES PERSONALES:

NÚMERO DE HIJOS:

- Con pareja habitual
- Sin pareja habitual
- Sin pareja

ESTUDIOS REALIZADOS (Puede marcar más de una alternativa) :

- A.T.S.
- Diplomado en Enfermería
- Especialista en Enfermería (Especificar Especialidad: _____)
- Otros estudios universitarios (Especificar: _____)
- Actualmente está cursando estudios (Especificar: _____)

CARGO QUE OCUPA: _____

TIEMPO QUE LLEVA EN EL MISMO CARGO:

UNIVERSIDAD: _____

TIEMPO QUE LLEVA EJERCIENDO LA DOCENCIA:

TIPO DE CONTRATO: Funcionario Temporal (Interino)

ASIGNATURAS QUE IMPARTE:

NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJA A LA SEMANA:

NÚMERO DE AÑOS QUE LLEVA EJERCENDO LA PROFESIÓN:

TIEMPO QUE LLEVA EN EL MISMO CENTRO:

NÚMERO DE HOSPITALES EN LOS QUE HA TRABAJADO:

SERVICIOS / UNIDADES HOSPITALARIAS DONDE HA TRABAJADO CON ANTERIORIDAD:

¿HA TRABAJADO EN ATENCIÓN PRIMARIA?: SI NO

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO AL LUGAR DE TRABAJO:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

DATOS GENERALES DEL PROFESIONAL

CODIGO _____

FECHA:

EDAD

SEXO: Hombre Mujer

RELACIONES PERSONALES:

NÚMERO DE HIJOS:

- Con pareja habitual
- Sin pareja habitual
- Sin pareja

ESTUDIOS REALIZADOS (Puede marcar más de una alternativa):

- A.T.S.
- Diplomado en Enfermería
- Especialista en Enfermería (Especificar Especialidad: _____)
- Otros estudios universitarios (Especificar: _____)
- Actualmente está cursando estudios Especificar: _____

CARGO QUE OCUPA: _____

TIEMPO QUE LLEVA EN EL MISMO CARGO:

UNIDAD / SERVICIO DONDE TRABAJA: _____

TIEMPO QUE LLEVA TRABAJANDO EN LA ACTUAL UNIDAD:

TIPO DE CONTRATO: Fijo Temporal (Interino / Eventual)

NÚMERO DE PERSONAS QUE ATIENDE DIARIAMENTE:

NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJA A LA SEMANA:

EDADES DE LOS PACIENTES A LOS QUE ATIENDE: (Puede marcar más de una alternativa)

- Neonatos
- Lactantes
- Pediátricos
- Adolescentes
- Adultos
- Ancianos

TURNO DE TRABAJO:

- Mañana
- Tarde
- Noche
- Rotatorio mañana - noche
- Rotatorio tarde - noche
- Rotatorio mañana - tarde - noche
- Otro horario (Especificar: _____)

NÚMERO DE AÑOS QUE LLEVA EJERCENDO LA PROFESIÓN:

TIEMPO QUE LLEVA EN EL MISMO CENTRO:

NÚMERO DE HOSPITALES EN LOS QUE HA TRABAJADO:

SERVICIOS / UNIDADES HOSPITALARIAS DONDE HA TRABAJADO CON ANTERIORIDAD:

¿HA TRABAJADO EN ATENCIÓN PRIMARIA?: SI NO

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO AL LUGAR DE TRABAJO:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO II. CUESTIONARIO SOBRE IDENTIDAD PERCIBIDA

En la página siguiente puedes ver cinco cuadros en los que se incluye una pregunta. Te pedimos que escribas, tratando de poner algo en cada uno de los cuadros, acerca de lo que piensas que es un/a enfermero/a. Trata de expresarlo en la forma más concreta que puedas.

Vamos a ponerte un ejemplo sobre un CARPINTERO. Ésta sería sólo una manera de responder.

¿CÓMO ES?

Es una persona con barba, parecida al abuelo de Heidi. Suelen ser apacibles y amables. Nunca me han dado problemas cuando les he hecho un pedido.

¿QUÉ HACE?

Se dedica a trabajar la madera; hacen puertas, marcos de cuadros, muebles en general. Antes trabajaban en gremios; ahora son una profesión más.

¿CÓMO LO HACE?

Mediante el uso de destornilladores, martillos, lijas, cuchillas especiales de madera, sierras, barnices, pinturas, clavos... empleando técnicas especiales.

¿DÓNDE Y CUÁNDO LO HACE?

En su taller (cabañas destartaladas llenas de herramientas y serrín); suele hacerlo cuando le hacen un pedido...

También en una fábrica de muebles; en ese caso lo hace cuando sea su jornada de trabajo.

¿PARA QUÉ LO HACE?

Para que los demás podamos colocar los libros o comer o sentarnos...

Nosotros aquí lo hemos hecho en un orden, pero tú puedes hacerlo en el orden que quieras. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas. Nos interesa tu criterio. Puedes emplear toda la extensión del cuadro.

Cuando termines pasa a la página siguiente. Muchas Gracias.

¿QUÉ ES UN/A ENFERMERO/A?

¿QUÉ HACE?	¿CÓMO ES?	¿DÓNDE Y CUÁNDO LO HACE?
¿PARA QUÉ LO HACE?	¿CÓMO LO HACE?	

ANEXO III. CUESTIONARIO SOBRE TEORÍAS DE ENFERMERÍA

A continuación escribe los nombres de las teorías o ideas que conoces de la Enfermería que te resulten más relevantes. Tienes hasta quince espacios. Una vez hayas terminado evalúa, pon una nota, a esa teoría o idea en función de lo que te agrade, siendo 1 “MÁXIMO DESAGRADO” y 6 “MÁXIMO AGRADO”.

1.	1 2 3 4 5 6
2.	1 2 3 4 5 6
3.	1 2 3 4 5 6
4.	1 2 3 4 5 6
5.	1 2 3 4 5 6
6.	1 2 3 4 5 6
7.	1 2 3 4 5 6
8.	1 2 3 4 5 6
9.	1 2 3 4 5 6
10.	1 2 3 4 5 6
11.	1 2 3 4 5 6
12.	1 2 3 4 5 6
13.	1 2 3 4 5 6
14.	1 2 3 4 5 6
15.	1 2 3 4 5 6

ANEXO IV. CUESTIONARIO SOBRE ENFERMERAS O PERSONAS RELACIONADAS CON LA ENFERMERÍA

Enumera las quince enfermeras o personas relacionadas con la Enfermería que te resulten más relevantes o que te vengan a la memoria antes. Evalúa su importancia poniéndolos en orden (de 1 a 15) en la columna de la derecha. No es necesario que rellenes todos si no quieres.

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	

**ANEXO V. CUESTIONARIO SOBRE VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA ENFERMERÍA
DE CARA AL BIENESTAR INDIVIDUAL Y SOCIAL**

Trata de escribir en esta cara del folio, **¿CUÁLES CREES TÚ QUE SON LAS VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA ENFERMERÍA DE CARA AL BIENESTAR INDIVIDUAL Y SOCIAL?**. Utiliza el espacio que creas necesario; no es necesario que lo agotes. Cuando hayas terminado pasa a la página siguiente.

ANEXO VI. CUESTIONARIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS TEORÍAS ENFERMERAS

A continuación tienes quince espacios. Trata de poner en ellos las características que, a tu juicio, debería tener la Enfermería o una teoría enfermera para que fuera de tu agrado. Trata de pensar en cómo te gustaría o no que fuera la Enfermería. Piensa rápido. Trata de ser lo más concreto/a que puedas. Una vez hayas terminado evalúa su importancia poniendo esas características en orden (de 1 a 15) en la columna de la derecha.

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	

ANEXO VIII. CUESTIONARIO SOBRE IDENTIDADES DISCIPLINARES AFINES

Seguimos con otro tipo de preguntas. Te recordamos que no tienes por qué agotar el espacio. ¿Qué DIFERENCIAS y SEMEJANZAS ves tú entre el trabajo de un/a ENFERMERO/A y un/a:

	DIFERENCIAS	SEMEJANZAS
1) PSICÓLOGO/A?		
2) TRABAJADOR/A SOCIAL?		
3) PSICOPEDAGOGO/A ?		
4) SOCIÓLOGO/A?		
5) ANTROPÓLOGO/A?		
6) FILÓSOFO/A?		
7) MÉDICO/A?		
8) FISIOTERAPEUTA?		
9) TERAPEUTA OCUPACIONAL?		
10) BIÓLOGO/A?		

ANEXO IX. CUESTIONARIO SOBRE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

A continuación vas a ver una serie de afirmaciones sobre la Historia de la Enfermería. Por favor, lee cada una de ellas y evalúa en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con las mismas, siendo 1 “EN TOTAL DESACUERDO” y 6 “EN TOTAL ACUERDO”. No hay respuestas verdaderas o falsas ni buenas o malas. Estamos interesados en saber qué opinan los estudiantes de Enfermería del desarrollo histórico de la disciplina. Responde según tu propio criterio. Muchas Gracias.

1. En la etapa técnica de la Enfermería eliminó la riqueza de la Enfermería centrada en el enfermo de la misma forma que ésta contribuyó a eliminar la idea del cuidado como valor religioso.	1	2	3	4	5	6
2. La etapa profesional originó una verdadera revolución teórica y todos los aspectos del cuidado de la etapa técnica son integrados por completo.	1	2	3	4	5	6
3. Aunque el futuro nos depare nuevos enfoques teóricos, los problemas importantes de la Enfermería seguirán sin ser resueltos.	1	2	3	4	5	6
4. Aunque en la etapa actual de la Enfermería en que nos encontramos, no parece tener respuestas para los problemas enfermeros serios, la aparición en pocos años de un enfoque teórico con una noción integrada de persona-cultura nos pondrá en la disposición adecuada para poder resolverlos.	1	2	3	4	5	6
5. Durante la etapa técnica, la Enfermería permaneció insensible a los problemas realmente importantes la publicación en 1952 del modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegarda Peplau consiguió de forma inmediata que la Enfermería volviese a plantearse los.	1	2	3	4	5	6
6. En el futuro la Enfermería seguirá enfatizando la importancia del cuidado técnico a costa de perder los problemas enfermeros más importantes.	1	2	3	4	5	6
7. Con la emergencia de la etapa técnica, la dependencia de la toma de decisiones respecto al cuidado de los enfermos de la etapa oscura, cambian de nombre pero siguen sin ser resueltos.	1	2	3	4	5	6
8. Con la emergencia de la etapa técnica, los aspectos relevantes del cuidado centrado en el enfermo son integrados, en un intento de conjugar una atención integral.	1	2	3	4	5	6
9. La etapa profesional ha llevado a la Enfermería a superar la etapa técnica de la misma manera que la etapa técnica había llevado a superar la etapa vocacional (época oscura).	1	2	3	4	5	6
10. En la etapa profesional, los problemas no resueltos de toma de decisiones del cuidado adoptan otros nombres, pero, en realidad, siguen sin resolverse.	1	2	3	4	5	6
11. La etapa profesional ha eliminado los cuidados centrados en la enfermedad, de la misma forma que en la etapa técnica se había eliminado el cuidado como valor religioso.	1	2	3	4	5	6
12. La etapa técnica llevó a la Enfermería a superar el cuidado como valor religioso, de la misma manera que la época oscura (e.t. vocacional) había servido para superar el cuidado practicado únicamente por miembros de órdenes religiosas.	1	2	3	4	5	6
13. El futuro de la Enfermería depende de la posibilidad de abordar los problemas	1	2	3	4	5	6

que actualmente tratamos de resolver a través de los enfoques teóricos.	
14. La aparición de nueva tecnología en la vertiente técnica de los cuidados llevará a la Enfermería a un abandono definitivo de los problemas importantes.	1 2 3 4 5 6
15. El cuidado como valor religioso impidió durante mucho tiempo a la Enfermería que se convirtiera en una auténtica disciplina. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Enfermería como disciplina científica.	1 2 3 4 5 6
16. La publicación del modelo de las necesidades básicas humanas de Henderson (1955) llevó de forma inmediata a olvidar la importancia del cuidado técnico y a la Enfermería a proporcionar cuidados holísticos.	1 2 3 4 5 6
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de cuidar al ser humano.	1 2 3 4 5 6
18. La publicación del modelo de las Necesidades Básicas Humanas de Henderson (1955) condujo inmediatamente al rechazo de los aspectos técnicos del cuidado y a su sustitución por el cuidado holístico.	1 2 3 4 5 6
19. La Enfermería humanista permitió integrar los cuidados técnicos con los cuidados centrados en el paciente.	1 2 3 4 5 6
20. La etapa técnica es consecuencia de la síntesis entre los factores sociales, educativos y tecnológicos.	1 2 3 4 5 6
21. La Enfermería en el momento actual asume la importancia de los cuidados holísticos tal y como lo había hecho la Enfermería humanística e incluye el cuidado técnico.	1 2 3 4 5 6
22. La Enfermería del futuro será consecuencia de una síntesis (nueva) entre los enfoques teóricos dominantes en la actualidad.	1 2 3 4 5 6
23. En la etapa técnica se integra el cuidado centrado en la enfermedad y en la persona.	1 2 3 4 5 6
24. La Enfermería del futuro, integrando los cuidados globales y la cultura seguirá simplificando los problemas del cuidado hasta convertirlos en irrelevantes.	1 2 3 4 5 6
25. La Enfermería actual recoge a nivel teórico la ambigüedad conceptual de los cuidados técnicos y de los modelos de cuidados enfermeros.	1 2 3 4 5 6
26. Los cuidados centrados en el paciente en su intento de aplicar la metodología científica (proceso de Enfermería) a los problemas y situaciones de salud sólo consigue simplificarlos y convertirlos en irrelevantes.	1 2 3 4 5 6

ANEXO X. PLANES DE ESTUDIOS DE LA DIPLOMATURA DE ENFERMERÍA DE DISTINTAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

UNIVERSIDAD VALENCIA

1^{er} CURSO		
ASIGNATURAS	CRÉDITOS	CARÁCTER
Fisiopatología médica	5	T
Fisiopatología quirúrgica	4,5	T
Salud pública	6	T
Bioestadística y demografía aplicada	4,5	T
Control de la infección en la comunidad	4,5	T
Fundamentos de enfermería	9	T
Prácticas de fundamentos de enfermería. Fundamentos biológicos	5	T
Bases bioquímicas y biofísicas	4,5	T
Estructura y función del cuerpo humano	6,5	T
Ciencias psicosociales aplicadas	7	T
2^o CURSO		
ASIGNATURAS	CRÉDITOS	CARÁCTER
Enfermería medicoquirúrgica I	6	T
Prácticas de enfermería medicoquirúrgica-quirúrgica I	15	T
Enfermería medicoquirúrgica II	6	T
Enfermería comunitaria	6	T
Enfermería maternoinfantil I	5	T
Enfermería maternoinfantil II	6	T
Nutrición y dietética	4,5	T
Farmacología clínica aplicada a enfermería	5,5	T
Administración de los servicios de enfermería	7	T
Enfermería geriátrica	7	T
Enfermería psiquiátrica y de salud mental	6	T
Legislación y ética profesional	4,5	T
3^{er} CURSO		
ASIGNATURAS	CRÉDITOS	CARÁCTER
Prácticas de enfermería medicoquirúrgica II	15	T
Prácticas de salud pública y enfermería comunitaria	9	T
Prácticas de enfermería maternoinfantil	6	T

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS

La Diplomatura en Enfermería es una carrera de primer ciclo (tres años de duración) en la que se cursan un total de 231,5 créditos repartidos en 29 Asignaturas, 18 Troncales, 5 Obligatorias y 6 Optativas, más las de Libre Elección.

Asignatura	Créditos (Plan Antiguo)	Créditos (Plan Nuevo)
Troncales	163,5	177
Obligatorias	28,5	22,5
Optativas	16,5	9
Libre elección	21	23
Total	229,5	231,5

Semestre	Asignatura	Créditos
Anual	Enfermería Comunitaria. Ecología Humana I	18
Anual	Enfermería Médico-Quirúrgica I	13,5
Anual	Fundamentos de Enfermería	15
1	Anatomía Humana	6
1	Citología e Histología Humana	5,5
1	Historia de la Enfermería y Ciencias de la Salud	4,5
2	Bioquímica y Fisiología Humana	7,5
2	Ciencias Psicosociales Aplicadas	7,5

Semestre	Asignatura	Créditos
Anual	Enfermería Médico-Quirúrgica II	22,5
Anual	Enfermería Comunitaria. Ecología Humana II	13
Anual	Farmacología, Nutrición y Dietética	10
1	Enfermería Materno-Infantil I	8,5
1	Enfermería Materno-Infantil II	8,5
1	Enfermería Geriátrica	7,5
2	Optativas (1º o 2º semestre)	4,5
2	Libre elección (1º o 2º semestre)	5

Semestre	Asignatura	Créditos
Anual	Enfermería Médico-Quirúrgica III	6,5
Anual	Administración de los Servicios de Enfermería	7
Anual	Legislación y Ética Profesional	4,5
Anual	Planes de Cuidados Informatizados. Documentación Sanitaria	4,5
2	Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental	7,5
2	Urgencias y Emergencias Sanitarias	4,5

2	Atención al Paciente Crítico	4,5
2	Enfermería Médico-Quirúrgica IV	6,5
2	Educación y Promoción de la Salud	4,5
1 o 2	Optativas	4,5
1 o 2	Libre elección	18

Asignaturas incompatibles. No se pueden aprobar las asignaturas de la columna de la derecha mientras no se superen las de la izquierda.

Asignatura	Incompatible con
Anatomía Humana	Enfermería Obstétrico-Ginecológica
	Enfermería Médico-Quirúrgica II
Citología e Histología Humana	Enfermería Obstétrico-Ginecológica
	Enfermería Médico-Quirúrgica II
Bioquímica y Fisiología Humana	Enfermería Obstétrico-Ginecológica
	Enfermería Médico-Quirúrgica II
Enfermería Médico-Quirúrgica I	Enfermería Médico-Quirúrgica II
Enfermería Médico-Quirúrgica II	Enfermería Médico-Quirúrgica III
	Urgencias y Emergencias Sanitarias
	Atención al Paciente Crítico
	Enfermería Oncológica
Enfermería Comunitaria. Ecología Humana I	Enfermería Comunitaria. Ecología Humana II
Enfermería Comunitaria. Ecología Humana II	Promoción y Educación para la Salud

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

DIPLOMADO EN ENFERMERIA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA "CASA DE SALUD VALDECILLA"

- ▶ **Edificio:** ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA "CASA DE SALUD VALDECILLA"
- ▶ **Tipo de centro:** Centro Público
- ▶ **Dirección:** AVENIDA DE VALDECILLA S/N, 39008 SANTANDER

DIPLOMADO EN ENFERMERIA

- ▶ **Tipo:** DIPLOMATURA
- ▶ **Plan de estudios:** Renovado
- ▶ **Fecha homologación:** 5/18/1999
- ▶ **Año de publicación:** 1999
- ▶ **Créditos:** 232. (180 ECTS).
- ▶ **Duración primer ciclo:** 3 **Duración segundo ciclo:** 0

- ▶ Asignaturas por curso

Asignaturas del primer curso					
Código	Nombre	Tipo	Créditos	Periodo	Ciclo
4234	<u>ANATOMIA</u>	Troncal	6.5	Cuatri. 1º	1
4224	<u>CIENCIAS PSICOSOCIALES APLICADAS</u>	Troncal	6	Cuatri. 1º	1
4225	<u>ENFERMERIA COMUNITARIA I</u>	Troncal	7.5	Cuatri. 1º	1
4235	<u>FISIOLOGIA</u>	Troncal	9.5	Anual	1
4238	<u>FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA</u>	Troncal	19	Anual	1
4240	<u>GENERALIDADES DE ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA</u>	Obligatoria	5.5	Cuatri. 2º	1
4236	<u>NUTRICION Y DIETETICA</u>	Troncal	4.5	Cuatri. 2º	1
5256	<u>PROMOCION DE LA SALUD</u>	Obligatoria	6	Cuatri. 2º	1
Créditos troncales					53
Créditos obligatorios					11.5
Créditos optativos					0
Créditos de libre configuración					0
Asignaturas del segundo curso					
Código	Nombre	Tipo	Créditos	Periodo	Ciclo
4226	<u>ENFERMERIA COMUNITARIA II</u>	Troncal	5.5	Cuatri. 1º	1
4228	<u>ENFERMERIA GERIATRICA</u>	Troncal	7.5	Cuatri. 1º	1
4231	<u>ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA I</u>	Troncal	31	Anual	1
4233	<u>ENFERMERIA PSIQUIATRICA Y DE SALUD MENTAL</u>	Troncal	10.5	Cuatri. 1º	1
4237	<u>FARMACOLOGIA</u>	Troncal	5.5	Cuatri. 1º	1
5257	<u>LEGISLACION Y ETICA PROFESIONAL</u>	Troncal	3	Cuatri. 2º	1

Créditos troncales					63
Créditos obligatorios					0
Créditos optativos					9
Créditos de libre configuración					10
Asignaturas del tercer curso					
Código	Nombre	Tipo	Créditos	Periodo	Ciclo
4223	<u>ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA</u>	Troncal	7	Cuatri. 2º	1
4227	<u>ENFERMERIA COMUNITARIA III</u>	Troncal	15	Anual	1
4229	<u>ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL I</u>	Troncal	9	Anual	1
4230	<u>ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL II</u>	Troncal	9	Anual	1
4232	<u>ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA II</u>	Troncal	23	Anual	1
Créditos troncales					63
Créditos obligatorios					0
Créditos optativos					9
Créditos de libre configuración					13.5
Asignaturas optativas					
Código	Nombre	Tipo	Créditos	Periodo	Ciclo
4245	<u>BIOETICA</u>	Optativa	4.5	Cuatri. 2º	1
4246	<u>ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PSICOSOCIAL EN EL MARCO DE LA SALUD</u>	Optativa	4.5	Cuatri. 2º	1
4263	<u>PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS</u>	Optativa	4.5	Cuatri. 2º	1
4254	<u>PRINCIPIOS GENERALES DE RADIOLOGIA Y LABORATORIO</u>	Optativa	4.5	Cuatri. 2º	1
4264	<u>PSICOGERIATRIA</u>	Optativa	4.5	Cuatri. 2º	1
4252	<u>SEXUALIDAD HUMANA</u>	Optativa	4.5	Cuatri. 1º	1
4268	<u>TERAPIAS NATURALES Y SU APLICACION EN ENFERMERIA</u>	Optativa	4.5	Cuatri. 1º	1

* Las asignaturas que figuran sombreadas no se impartirán en este curso académico.

PLAN DE ESTUDIOS DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA Y PODOLOGÍA DE FERROL

NOMENCLATURA:

Crédito.- Sistema de cómputo del haber académico. La superación de una asignatura conlleva la obtención del número de créditos que ésta tenga asignados.

Asignaturas Troncales.- Reúnen los contenidos homogéneos mínimos y de obligada inclusión en todos los Planes de Estudio que conducen a la obtención de un mismo título oficial en todo el territorio español.

Asignaturas Obligatorias.- Establecidas libremente por cada Universidad, en el ejercicio de su autonomía, se incluyen dentro del correspondiente Plan de Estudios, como obligatorias para el alumno.

Asignaturas Optativas.- Ofertadas por cada Universidad en los correspondientes Planes de Estudio y que alumno escogerá entre las mismas, su finalidad es lograr que los alumnos obtengan un *curriculum* o especialidad personalizada.

Asignaturas de Libre Elección.- De entre los créditos que componen una titulación, son de libre elección aquellas que se ofertan entre las asignaturas optativas de otras titulaciones o de la propia, seminarios o curso ofertados por la Universidad, independientemente de los estudios que se estén realizando, en beneficio de una configuración flexible de los currículos.

C.- Cuatrimestral

A.- Anual

DIPLOMATURA EN ENFERMERÍA

En la Diplomatura en Enfermería, actualmente se imparte el Plan de Estudios aprobado en Junta de Gobierno del 4 de Junio de 1996, publicado en B.O.E. el 12 de Enero de 1998.

PLAN DE ESTUDIOS

TITULACIÓN: Diplomado en Enfermería

PLAN DE ESTUDIOS: Código 80 (750 1 11)

NÚMERO TOTAL DE HORAS: 4.615 horas

NÚMERO DE CRÉDITOS: 236 créditos

* Valor crédito teórico = 10 horas

* Valor crédito práctico/aula = 10 horas

* Valor crédito práctico/clínico = 37,5 horas

PRIMER CURSO (77 créditos)

Asignaturas Troncales (44 créditos):

- A - Fundamentos de Enfermería (13 créditos)
- A - Estructura y función del cuerpo humano (10 créditos)
- C - Ciencias Psicosociales aplicadas a Enfermería I (7,5 créditos)
- A - Enfermería Comunitaria I (9 créditos)
- C - Bioestadística (4,5 créditos)

Asignaturas Obligatorias (15 créditos):

- A - Cuidados básicos de Enfermería (15 créditos)

Asignaturas Optativas (elección de 12 créditos):

- C - Documentación (6 créditos)

- C - Informática Sanitaria (6 créditos)
- C - Higiene Hospitalaria (6 créditos)
- C - Enfermería Laboral (6 créditos)
- C - Planes de Cuidados en Enfermería (6 créditos)
- C - Actuación en situaciones de emergencia (6 créditos)

Libre Elección (6 créditos)

SEGUNDO CURSO (76.5 créditos)

Asignaturas Troncales (57 créditos):

- A - Enfermería Médico-Quirúrgica I (33 créditos)
- C - Farmacología (5 créditos)
- C - Nutrición y dietética (5 créditos)
- C - Enfermería Comunitaria II (5,5 créditos)
- C - Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental (6 créditos)
- C - Ética y legislación (2,5 créditos)

Asignaturas Obligatorias (4.5 créditos):

- C - Enfermería Médico-quirúrgica: Bases Fisiopatológicas (4.5 créditos)

Asignaturas Optativas (elección de 6 créditos):

- C - Metodología avanzada en Enfermería (6 créditos)
- C - Psicología de grupos aplicados a los cuidados de Enfermería (6 créditos)
- C - Técnicas y procedimientos de Enfermería en nutrición artificial (6 créditos)
- C - Drogodependencias y marginación social (6 créditos)
- C - Planes de Cuidados en Enfermería Médico-quirúrgica (6 créditos)
- C - Técnicas alternativas en los cuidados (6 créditos)

Libre Elección (9 créditos)

TERCER CURSO (82.5 créditos)

Asignaturas Troncales (63 créditos):

- C - Enfermería Materno-Infantil I (8,5 créditos)
- A - Enfermería Materno-Infantil II (9 créditos)
- A - Enfermería Médico-Quirúrgica II (18 créditos)
- A - Enfermería Comunitaria III (13 créditos)
- C - Enfermería Geriátrica (7,5 créditos)
- C - Administración de los servicios de Enfermería (7 créditos)

Asignaturas Obligatorias (4,5 créditos):

- C - Promoción de la Salud (4,5 créditos)

Asignaturas Optativas (elección de 6 créditos):

- C - Gerontología (6 créditos)
- C - Garantía de la calidad en los cuidados de Enfermería (6 créditos)
- C - Enfermería intensiva, planes de cuidados en unidades especiales (6 créditos)
- C - Cuidados paliativos (6 créditos)
- C - Planes de cuidados en enfermería infantil (6 créditos)

Libre Elección (9 créditos)

ANEXO XI. CUESTIONARIO SOBRE HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA

A continuación vas a ver una serie de afirmaciones sobre la Historia de la Psicología. Por favor, lee cada una de ellas y evalúa en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con las mismas, siendo 1 “EN TOTAL DESACUERDO” y 6 “EN TOTAL ACUERDO”. No hay respuestas verdaderas o falsas ni buenas o malas. Estamos interesados en saber qué opinan los estudiantes de Psicología del desarrollo histórico de la disciplina. Responde según tu propio criterio. Muchas Gracias.

1. El conductismo eliminó la riqueza de la Psicología de la introspección de la misma forma que esta contribuyó a eliminar las ventajas de la especulación filosófica.	1	2	3	4	5	6
2. Con la revolución cognitiva todos los hallazgos importantes del conductismo son integrados por el nuevo enfoque, que sigue asumiendo la necesidad de un estudio objetivo de la mente.	1	2	3	4	5	6
3. Aunque el futuro nos depare nuevos enfoques teóricos, los problemas importantes de la Psicología seguirán sin ser resueltos.	1	2	3	4	5	6
4. Aunque la Psicología cognitiva actual no parece tener respuesta para los problemas psicológicos serios, la aparición en pocos años de un enfoque teórico con una noción de sujeto psicológico más amplia nos pondrá en la disposición adecuada para poder resolverlos	1	2	3	4	5	6
5. Durante el período de predominio conductista, la Psicología permaneció insensible a los problemas realmente importantes. La publicación en 1958 del modelo de procesamiento serial de Broadbent consiguió de forma inmediata que la Psicología volviese a plantearse los.	1	2	3	4	5	6
6. En el futuro la Psicología seguirá enfatizando el rigor metodológico a costa de perder los problemas psicológicos más importantes.	1	2	3	4	5	6
7. Con la emergencia del conductismo, los problemas que la Psicología introspeccionista había dejado sin resolver cambian de nombre, pero siguen sin ser resueltos.	1	2	3	4	5	6
8. Con la emergencia del conductismo muchos de los conceptos importantes de la Psicología de la conciencia son integrados por el nuevo enfoque, en un intento de seguir siendo fieles a la necesidad de un estudio objetivo de la mente.	1	2	3	4	5	6
9. La revolución cognitiva ha llevado a la Psicología a superar el conductismo de la misma manera que el conductismo había llevado a superar la Psicología mentalista wundtiana.	1	2	3	4	5	6
10. Con la revolución cognitiva, los problemas no resueltos por los conductistas adoptan nombres de tipo mentalista, pero, en realidad, siguen sin resolverse.	1	2	3	4	5	6
11. La Psicología cognitiva ha eliminado el rigor científico del conductismo, de la misma forma que el conductismo había eliminado la especulación teórica de nuestra disciplina.	1	2	3	4	5	6
12. El conductismo llevó a la Psicología a superar los problemas de la	1	2	3	4	5	6

introspección, de la misma manera que la Psicología de la introspección había servido para superar la mera especulación filosófica.	
13. El futuro de la Psicología depende de la posibilidad de abordar los problemas que actualmente tratamos de resolver a través de enfoques teóricos.	1 2 3 4 5 6
14. La aparición de una nueva generación de ordenadores llevará a la Psicología a un abandono definitivo de los problemas importantes.	1 2 3 4 5 6
15. La metodología introspectiva impidió durante mucho tiempo que la Psicología se convirtiera en una auténtica ciencia. La publicación en 1913 del Manifiesto Conductista de Watson consiguió inmediatamente el reconocimiento de la Psicología como ciencia.	1 2 3 4 5 6
16. La publicación del modelo de procesamiento serial de Broadbent (1958) llevó de forma inmediata a olvidar la importancia del rigor conceptual y a la introducción en Psicología de una metáfora poco verosímil (la metáfora del ordenador).	1 2 3 4 5 6
17. El futuro nos seguirá deparando formas cada vez más rigurosas y comprensivas de entender el comportamiento humano.	1 2 3 4 5 6
18. La publicación del Manifiesto Conductista en 1913 condujo inmediatamente al rechazo del núcleo teórico de la Psicología y a su sustitución por los dogmas conductistas.	1 2 3 4 5 6
19. La Psicología de la conciencia permitió integrar los métodos de la fisiología experimental con los problemas filosóficos tradicionales.	1 2 3 4 5 6
20. El conductismo es consecuencia de la síntesis (nueva) entre la filosofía empirista y la teoría de la evolución.	1 2 3 4 5 6
21. La Psicología del procesamiento de la información asume la importancia de los procesos mentales, tal y como lo había hecho la Psicología de la conciencia tradicional e importa el rigor metodológico del conductismo.	1 2 3 4 5 6
22. La Psicología del futuro será consecuencia de una síntesis (nueva) entre los enfoques teóricos dominantes en la actualidad.	1 2 3 4 5 6
23. El conductismo integra el asociacionismo estrecho de la filosofía empirista y una versión de la teoría de la evolución.	1 2 3 4 5 6
24. La Psicología del futuro, integrando los puntos de vista cognitivista y conductual, seguirá simplificando los problemas hasta convertirlos en irrelevantes.	1 2 3 4 5 6
25. La Psicología del procesamiento de la información recoge en su programa teórico la ambigüedad conceptual de la Psicología de la conciencia y el rigorismo metodológico del conductismo.	1 2 3 4 5 6
26. La Psicología de la conciencia en su intento de aplicar los métodos de la fisiología experimental a los problemas filosóficos sólo consigue simplificarlos y convertirlos en irrelevantes	1 2 3 4 5 6

ANEXO XII. MATRICES DE ESTRUCTURA Y RMSEA

MUESTRA TOTAL

Matriz de estructura

	Factor		
	1	2	3
SMEAN(Item1)			,309
SMEAN(Item2)	,350		
SMEAN(Item3)			,333
SMEAN(Item4)			
SMEAN(Item5)			
SMEAN(Item6)		,466	
SMEAN(Item7)			,554
SMEAN(Item8)		,377	
SMEAN(Item9)			
SMEAN(Item10)		,331	,470
SMEAN(Item11)	,375		
SMEAN(Item12)	,535		,316
SMEAN(Item13)	,459		
SMEAN(Item14)		,555	
SMEAN(Item15)	,538		
SMEAN(Item16)	,505	,334	
SMEAN(Item17)	,618		
SMEAN(Item18)	,454	,393	
SMEAN(Item19)	,695		
SMEAN(Item20)	,535	,337	
SMEAN(Item21)	,665		
SMEAN(Item22)	,589		
SMEAN(Item23)	,377	,369	
SMEAN(Item24)		,692	
SMEAN(Item25)	,457	,383	
SMEAN(Item26)		,700	

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

RMSEA

$\chi^2=580$ (g.l.=250; p=0.000) **RMSEA=0.057** (I.C. 90%)

ESTUDIANTES**Matriz de estructura^a**

	Factor		
	1	2	3
SMEAN(Item1)			,455
SMEAN(Item2)			,402
SMEAN(Item3)		,333	
SMEAN(Item4)			
SMEAN(Item5)			,318
SMEAN(Item6)		,500	
SMEAN(Item7)			,346
SMEAN(Item8)	,403		
SMEAN(Item9)			,411
SMEAN(Item10)		,352	,402
SMEAN(Item11)			,393
SMEAN(Item12)	,403		,502
SMEAN(Item13)	,373		,396
SMEAN(Item14)		,577	
SMEAN(Item15)	,564		
SMEAN(Item16)	,440		,460
SMEAN(Item17)	,704		
SMEAN(Item18)	,381	,306	,503
SMEAN(Item19)	,678		,388
SMEAN(Item20)	,668		
SMEAN(Item21)	,602		,436
SMEAN(Item22)	,595		,373
SMEAN(Item23)	,589		
SMEAN(Item24)	,337	,646	
SMEAN(Item25)	,516	,346	,301
SMEAN(Item26)		,714	

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

- a. Sólo aquellos casos para los que ESTATUS = Estudiante, serán utilizados en la fase de análisis.

RMSEA

$\chi^2=456$ (g.l.=250; p=0.000) **RMSEA=0.054** (I.C. 90%)

PROFESIONALES**Matriz de estructura^a**

	Factor		
	1	2	3
SMEAN(Item1)			
SMEAN(Item2)	,343		
SMEAN(Item3)		,364	
SMEAN(Item4)		,317	
SMEAN(Item5)	,410		
SMEAN(Item6)		,463	
SMEAN(Item7)			,309
SMEAN(Item8)	,394	,416	
SMEAN(Item9)	,337		
SMEAN(Item10)		,431	
SMEAN(Item11)			,551
SMEAN(Item12)	,681		
SMEAN(Item13)			,553
SMEAN(Item14)		,567	
SMEAN(Item15)	,746		
SMEAN(Item16)	,575		
SMEAN(Item17)	,310		,579
SMEAN(Item18)	,514	,336	
SMEAN(Item19)	,549		,448
SMEAN(Item20)			
SMEAN(Item21)	,413		,638
SMEAN(Item22)			,632
SMEAN(Item23)		,314	
SMEAN(Item24)		,613	
SMEAN(Item25)		,333	
SMEAN(Item26)		,580	

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

- a. Sólo aquellos casos para los que ESTATUS = Profesional, serán utilizados en la fase de análisis.

RMSEA

$\chi^2=403$ (g.l.=250; p=0.000) **RMSEA=0.081** (I.C. 90%)

ESTUDIANTES DE PRIMERO**Matriz de estructura^a**

	Factor		
	1	2	3
SMEAN(Item1)			,399
SMEAN(Item2)	,310		,346
SMEAN(Item3)		,388	
SMEAN(Item4)			
SMEAN(Item5)			,432
SMEAN(Item6)		,618	
SMEAN(Item7)			
SMEAN(Item8)	,384		
SMEAN(Item9)			,313
SMEAN(Item10)		,420	
SMEAN(Item11)			,322
SMEAN(Item12)	,372	,321	,500
SMEAN(Item13)			,312
SMEAN(Item14)		,519	
SMEAN(Item15)	,513	,347	,324
SMEAN(Item16)			,659
SMEAN(Item17)	,709		
SMEAN(Item18)			,709
SMEAN(Item19)	,532		,534
SMEAN(Item20)	,664		
SMEAN(Item21)	,387		,459
SMEAN(Item22)	,541	,300	,402
SMEAN(Item23)	,525	,303	
SMEAN(Item24)		,646	
SMEAN(Item25)	,434	,413	
SMEAN(Item26)		,674	

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

- a. Sólo aquellos casos para los que CURSO = Primero, serán utilizados en la fase de análisis.

RMSEA

$\chi^2=402$ (g.l.=250; p=0.000) **RMSEA=0.06** (I.C. 90%)

ESTUDIANTES DE TERCERO

Matriz de estructura^a

	Factor		
	1	2	3
SMEAN(Item1)		,353	
SMEAN(Item2)			,366
SMEAN(Item3)			,342
SMEAN(Item4)			
SMEAN(Item5)			
SMEAN(Item6)			,353
SMEAN(Item7)		,537	
SMEAN(Item8)	,333		,425
SMEAN(Item9)		,604	
SMEAN(Item10)		,430	,414
SMEAN(Item11)	,433		,372
SMEAN(Item12)	,405		,429
SMEAN(Item13)	,612		
SMEAN(Item14)			,647
SMEAN(Item15)	,557		,334
SMEAN(Item16)	,587		,442
SMEAN(Item17)	,799		
SMEAN(Item18)	,471		,557
SMEAN(Item19)	,835		,302
SMEAN(Item20)	,602		,445
SMEAN(Item21)	,805		,414
SMEAN(Item22)	,680		
SMEAN(Item23)	,607	-,505	,347
SMEAN(Item24)	,347		,642
SMEAN(Item25)	,639		,464
SMEAN(Item26)	,373		,725

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

- a. Sólo aquellos casos para los que CURSO = Tercero, serán utilizados en la fase de análisis.

RMSEA

$\chi^2=366$ (g.l.=250; p=0.000) **RMSEA=0.075** (I.C. 90%)

ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE LA PAZ**Matriz de estructura^a**

	Factor		
	1	2	3
SMEAN(Item1)			,403
SMEAN(Item2)	,313		,416
SMEAN(Item3)			
SMEAN(Item4)			
SMEAN(Item5)			,439
SMEAN(Item6)		,579	
SMEAN(Item7)			,403
SMEAN(Item8)		,485	
SMEAN(Item9)	,400		,370
SMEAN(Item10)			,426
SMEAN(Item11)	,380		,314
SMEAN(Item12)	,553	,374	,358
SMEAN(Item13)	,550		,300
SMEAN(Item14)		,591	
SMEAN(Item15)	,603	,455	
SMEAN(Item16)	,630	,304	,319
SMEAN(Item17)	,718		
SMEAN(Item18)	,558	,361	,417
SMEAN(Item19)	,792		
SMEAN(Item20)	,608	,502	
SMEAN(Item21)	,732		,315
SMEAN(Item22)	,707	,345	
SMEAN(Item23)	,417	,459	
SMEAN(Item24)	,317	,740	
SMEAN(Item25)	,585	,437	
SMEAN(Item26)		,721	

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

- a. Sólo aquellos casos para los que ESCUELA = La Paz, serán utilizados en la fase de análisis.

RMSEA

$\chi^2=421$ (g.l.=250; p=0.000) **RMSEA=0.063** (I.C. 90%)

ESTUDIANTES DE LA ESCUELA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Matriz de estructura^a

	Factor		
	1	2	3
SMEAN(Item1)			,448
SMEAN(Item2)		,386	
SMEAN(Item3)	,376		
SMEAN(Item4)			
SMEAN(Item5)			,352
SMEAN(Item6)	,514		
SMEAN(Item7)	,522		
SMEAN(Item8)		,572	
SMEAN(Item9)			
SMEAN(Item10)	,557		
SMEAN(Item11)			,342
SMEAN(Item12)	,306		
SMEAN(Item13)		,464	
SMEAN(Item14)	,582	-,364	,362
SMEAN(Item15)		,411	
SMEAN(Item16)			,398
SMEAN(Item17)		,601	
SMEAN(Item18)			,586
SMEAN(Item19)		,405	
SMEAN(Item20)		,393	
SMEAN(Item21)		,460	
SMEAN(Item22)		,420	
SMEAN(Item23)		,362	
SMEAN(Item24)	,325		,343
SMEAN(Item25)			,315
SMEAN(Item26)	,469		,318

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

- a. Sólo aquellos casos para los que ESCUELA = FJD, serán utilizados en la fase de análisis.

RMSEA

$\chi^2=305$ (g.l.=250; p=0.000) **RMSEA=0.057** (I.C. 90%)

PROFESIONALES ASISTENCIALES**Matriz de estructura^a**

	Factor		
	1	2	3
SMEAN(Item1)			
SMEAN(Item2)			
SMEAN(Item3)		,378	
SMEAN(Item4)			
SMEAN(Item5)	,565	,313	
SMEAN(Item6)		,503	
SMEAN(Item7)	,441	,315	
SMEAN(Item8)	,358	,445	
SMEAN(Item9)			,415
SMEAN(Item10)	,423	,440	
SMEAN(Item11)			,559
SMEAN(Item12)	,607		
SMEAN(Item13)	,301		,542
SMEAN(Item14)		,582	
SMEAN(Item15)	,802		
SMEAN(Item16)	,596		
SMEAN(Item17)			,626
SMEAN(Item18)	,481	,316	
SMEAN(Item19)	,601		,455
SMEAN(Item20)		,408	
SMEAN(Item21)	,331		,738
SMEAN(Item22)			,703
SMEAN(Item23)	,346		
SMEAN(Item24)		,713	
SMEAN(Item25)		,316	
SMEAN(Item26)		,666	

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

- a. Sólo aquellos casos para los que LABORAL = Asistencial, serán utilizados en la fase de análisis.

RMSEA

$\chi^2=351$ (g.l.=250; p=0.000) **RMSEA=0.086** (I.C. 90%)

PROFESIONALES DOCENTES

Matriz de estructura^a

	Factor		
	1	2	3
SMEAN(Item1)		,624	
SMEAN(Item2)	,363		
SMEAN(Item3)	,396		,622
SMEAN(Item4)	,348	-,314	
SMEAN(Item5)			-,400
SMEAN(Item6)	,383		
SMEAN(Item7)			
SMEAN(Item8)	,460		
SMEAN(Item9)	,501		
SMEAN(Item10)			,329
SMEAN(Item11)	,378		-,737
SMEAN(Item12)	,616	,691	
SMEAN(Item13)			-,622
SMEAN(Item14)		-,419	
SMEAN(Item15)	,599	,508	,359
SMEAN(Item16)	,953		
SMEAN(Item17)		,353	-,353
SMEAN(Item18)	,577		
SMEAN(Item19)	,334	,625	
SMEAN(Item20)		,489	-,531
SMEAN(Item21)		,720	
SMEAN(Item22)			
SMEAN(Item23)			
SMEAN(Item24)			,418
SMEAN(Item25)			,541
SMEAN(Item26)			

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

- a. Sólo aquellos casos para los que LABORAL = Docente, serán utilizados en la fase de análisis.

RMSEA

$\chi^2=294$ (g.l.=250; p=0.000) **RMSEA=0.151** (I.C. 90%)

		CURSO		
		Primero	Tercero	Total
Henderson	SI	66	108	174
	NO	66	6	72
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	59,14	p= 0,0000
Con corrección de Yates	57,00	p= 0,0000

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
Henderson	SI	123	51	174
	NO	5	67	72
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	82,91	p= 0,0000
Con corrección de Yates	80,38	p= 0,0000

		GRUPOS		
		Estudiantes	Profesionales	Total
Henderson	SI	180	86	266
	NO	66	33	99
	Total	246	119	365

Chi-cuadrado	0,03	p= 0,8559
Con corrección de Yates	0,00	p= 0,9553

Teoría del Entorno

		PROFESIONALES		
		Asistenciales	Docentes	Total
Nightingale	SI	37	13	50
	NO	49	20	69
	Total	86	33	119

Chi-cuadrado	0,13	p= 0,7195
Con corrección de Yates	0,02	p= 0,8795

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
Curso	Primero	14	22	36
	Tercero	10	46	56
	Total	24	68	92

Chi-cuadrado	5,03	p= 0,0250
Con corrección de Yates	4,00	p= 0,0456

		CURSO		Total
		Primero	Tercero	
Nightingale	SI	36	56	92
	NO	96	58	154
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	12,47	p= 0,0004
Con corrección de Yates	11,56	p= 0,0007

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
Nightingale	SI	24	68	92
	NO	104	50	154
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	39,64	p= 0,0000
Con corrección de Yates	37,99	p= 0,0000

		GRUPOS		
		Estudiantes	Profesionales	Total
Nightingale	SI	92	50	142
	NO	154	69	223
	Total	246	119	365

Chi-cuadrado	0,72	p= 0,3962
Con corrección de Yates	0,54	p= 0,4630

Teoría del Autocuidado

		PROFESIONALES		
		Docentes	Asistenciales	Total
Orem	SI	28	62	90
	NO	5	24	29
	Total	33	86	119

Chi-cuadrado	2,11	p= 0,1468
Con corrección de Yates	1,47	p= 0,2253

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
CURSO	Primero	65	7	72
	Tercero	62	41	103
	Total	127	48	175

Chi-cuadrado	19,27	p= 0,0000
Con corrección de Yates	17,79	p= 0,0000

		CURSO		
		Primero	Tercero	Total
Orem	SI	72	103	175
	NO	60	11	71
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	38,20	p= 0,0000
Con corrección de Yates	36,47	p= 0,0000

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
Orem	SI	127	48	175
	NO	1	70	71
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	102,48	p= 0,0000
Con corrección de Yates	99,65	p= 0,0000

		GRUPOS		
		Estudiantes	Profesionales	Total
Orem	SI	175	90	265
	NO	71	29	100
	Total	246	119	365

Chi-cuadrado	0,81	p= 0,3671
Con corrección de Yates	0,60	p= 0,4373

Teoría de las Relaciones Interpersonales

		GRUPOS		
		Asistenciales	Docentes	Total
Peplau	SI	44	19	63
	NO	42	14	56
	Total	86	33	119

Chi-cuadrado	0,39	p= 0,5304
Con corrección de Yates	0,18	p= 0,6728

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
CURSO	Primero	54	0	54
	Tercero	41	14	55
	Total	95	14	109

Chi-cuadrado	15,77	p= 0,0001
Con corrección de Yates	13,58	p= 0,0002

		CURSO		
		Primero	Tercero	Total
Peplau	SI	48	55	103
	NO	84	59	143
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	3,55	p= 0,0596
Con corrección de Yates	3,08	p= 0,0794

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
Peplau	SI	89	14	103
	NO	39	104	143
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	83,89	p= 0,0000
Con corrección de Yates	81,54	p= 0,0000

GRUPOS				
		Estudiantes	Profesionales	Total
Peplau	SI	103	63	166
	NO	143	56	199
	Total	246	119	365

Chi-cuadrado	3,96	p= 0,0465
Con corrección de Yates	3,53	p= 0,0602

ANEXO XIV. RESULTADOS DE CHI-CUADRADO DEL CUESTIONARIO SOBRE ENFERMERAS O PERSONAS RELACIONADAS CON LA ENFERMERÍA

Asistenciales

		GRUPOS		
		Asistenciales	Docentes	Total
Asistenciales	SI	16	10	26
	NO	70	23	93
	Total	86	33	119

Chi-cuadrado	1,91	p= 0,1668
Con corrección de Yates	1,29	p= 0,2565

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
CURSO	Primero	0	13	13
	Tercero	6	28	34
	Total	6	41	47

Chi-cuadrado	2,63	p= 0,1049
Con corrección de Yates	1,28	p= 0,2572

	CURSO			Total
		Primero	Tercero	
Asistenciales	SI	13	34	47
	NO	119	80	199
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	15,79	p= 0,0001
Con corrección de Yates	14,53	p= 0,0001

	ESCUELA		Total	
		La Paz		Fundación Jiménez Díaz
Asistenciales	SI	6	41	47
	NO	122	77	199
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	35,89	p= 0,0000
Con corrección de Yates	33,97	p= 0,0000

		GRUPOS		
		Estudiantes	Profesionales	Total
Asistenciales	SI	47	26	73
	NO	199	93	292
	Total	246	119	365

Chi-cuadrado	0,38	p= 0,5391
Con corrección de Yates	0,23	p= 0,6351

Docentes

		GRUPOS		
		Docentes	Asistenciales	Total
Docentes	SI	12	11	23
	NO	21	75	96
	Total	33	86	119

Chi-cuadrado	8,50	p= 0,0036
Con corrección de Yates	7,05	p= 0,0079

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
CURSO	Primero	8	10	18
	Tercero	17	39	56
	Total	25	49	74

Chi-cuadrado	1,21	p= 0,2716
Con corrección de Yates	0,66	p= 0,4163

		CURSO		
		Primero	Tercero	Total
Docentes	SI	18	56	74
	NO	114	58	172
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	36,63	p= 0,0000
Con corrección de Yates	34,96	p= 0,0000

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
Docentes	SI	25	49	74
	NO	103	69	172
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	14,12	p= 0,0002
Con corrección de Yates	13,10	p= 0,0003

		Grupos		
		Estudiantes	Profesionales	Total
Docentes	SI	74	23	97
	NO	172	96	268
	Total	246	119	365

Chi-cuadrado	4,75	p= 0,0292
Con corrección de Yates	4,22	p= 0,0400

Henderson

		Grupos		
		Asistenciales	Docentes	Total
Henderson	SI	61	24	85
	NO	25	9	34
	Total	86	33	119

Chi-cuadrado	0,04	p= 0,8460
Con corrección de Yates	0,00	p= 0,9742

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
Curso	Primero	63	17	80
	Tercero	50	19	69
	Total	113	36	149

Chi-cuadrado	0,80	p= 0,3714
Con corrección de Yates	0,49	p= 0,4827

		CURSO		
		Primero	Tercero	Total
Henderson	SI	80	69	149
	NO	52	45	97
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	0,00	p= 0,9898
Con corrección de Yates	0,01	p= 0,9060

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
Henderson	SI	113	36	149
	NO	15	82	97
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	85,81	p= 0,0000
Con corrección de Yates	83,40	p= 0,0000

GRUPOS				
		Estudiantes	Profesionales	Total
Henderson	SI	149	80	229
	NO	97	39	136
	Total	246	119	365

Chi-cuadrado	1,52	p= 0,2175
Con corrección de Yates	1,25	p= 0,2637

Informales

		GRUPOS		
		Asistenciales	Docentes	Total
Informales	SI	1	0	1
	NO	85	33	118
	Total	86	33	119

Chi-cuadrado	0,39	p= 0,5339
Con corrección de Yates	0,25	p= 0,6174

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
CURSO	Primero	0	14	14
	Tercero	3	4	7
	Total	3	18	21

Chi-cuadrado	7,00	p= 0,0082
Con corrección de Yates	3,94	p= 0,0472

		CURSO		
		Primero	Tercero	Total
Informales	SI	14	7	21
	NO	118	107	225
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	1,56	p= 0,2113
Con corrección de Yates	1,04	p= 0,3072

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
Informales	SI	3	18	21
	NO	125	100	225
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	13,11	p= 0,0003
Con corrección de Yates	11,51	p= 0,0007

		Grupos		
		Estudiantes	Profesionales	Total
Informales	SI	21	1	22
	NO	225	118	343
	Total	246	119	365

Chi-cuadrado	8,39	p= 0,0038
Con corrección de Yates	7,08	p= 0,0078

Nightingale

		Grupos		
		Asistenciales	Docentes	Total
Nightingale	SI	61	24	85
	NO	25	9	34
	Total	86	33	119

Chi-cuadrado	0,04	p= 0,8460
Con corrección de Yates	0,00	p= 0,9742

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
CURSO	Primero	66	28	94
	Tercero	48	18	66
	Total	114	46	160

Chi-cuadrado	0,12	p= 0,7294
Con corrección de Yates	0,03	p= 0,8662

		CURSO		
		Primero	Tercero	Total
Nightingale	SI	94	66	160
	NO	38	48	86
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	4,77	p= 0,0289
Con corrección de Yates	4,20	p= 0,0403

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
Nightingale	SI	114	46	160
	NO	14	72	86
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	67,72	p= 0,0000
Con corrección de Yates	65,54	p= 0,0000

		GRUPOS		
		Estudiantes	Profesionales	Total
Nightingale	SI	160	85	245
	NO	86	34	120
	Total	246	119	365

Chi-cuadrado	1,48	p= 0,2233
Con corrección de Yates	1,21	p= 0,2718

Orem

PROFESIONALES				
		Docentes	Asistenciales	Total
Orem	SI	24	56	80
	NO	9	30	39
	Total	33	86	119

Chi-cuadrado	0,63	p= 0,4284
Con corrección de Yates	0,33	p= 0,5662

ESCUELA				
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
CURSO	Primero	66	4	70
	Tercero	57	9	66
	Total	123	13	136

Chi-cuadrado	2,47	p= 0,1163
Con corrección de Yates	1,63	p= 0,2010

		CURSO		
		Primero	Tercero	Total
Orem	SI	70	66	136
	NO	62	48	110
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	0,59	p= 0,4442
Con corrección de Yates	0,41	p= 0,5244

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
Orem	SI	123	13	136
	NO	5	105	110
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	179,77	p= 0,0000
Con corrección de Yates	176,35	p= 0,0000

		GRUPOS		
		Estudiantes	Profesionales	Total
Orem	SI	136	80	216
	NO	110	39	149
	Total	246	119	365

Chi-cuadrado	4,73	p= 0,0296
Con corrección de Yates	4,25	p= 0,0392

Peplau

		GRUPOS		
		Asistenciales	Docentes	Total
Peplau	SI	38	13	51
	NO	48	20	68
	Total	86	33	119

Chi-cuadrado	0,22	p= 0,6363
Con corrección de Yates	0,07	p= 0,7902

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
CURSO	Primero	65	1	66
	Tercero	43	7	50
	Total	108	8	116

Chi-cuadrado	6,91	p= 0,0086
Con corrección de Yates	5,10	p= 0,0239

		CURSO		
		Primero	Tercero	Total
Peplau	SI	66	50	116
	NO	66	64	130
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	0,93	p= 0,3360
Con corrección de Yates	0,70	p= 0,4043

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
Peplau	SI	108	8	116
	NO	20	110	130
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	148,35	p= 0,0000
Con corrección de Yates	145,26	p= 0,0000

GRUPOS				
		Estudiantes	Profesionales	Total
Peplau	SI	116	51	167
	NO	130	68	198
	Total	246	119	365

Chi-cuadrado	0,60	p= 0,4398
Con corrección de Yates	0,44	p= 0,5090

Personaje Histórico Enfermero

		PROFESIONALES		
		Docentes	Asistenciales	Total
PHE	SI	12	17	29
	NO	21	69	90
	Total	33	86	119

Chi-cuadrado	3,56	p= 0,0590
Con corrección de Yates	2,72	p= 0,0991

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
CURSO	Primero	14	0	14
	Tercero	16	0	16
	Total	30	0	30

Chi-cuadrado	#¡DIV/0!	p= #¡DIV/0!
Con corrección de Yates	#¡DIV/0!	p= #¡DIV/0!

		CURSO		
		Primero	Tercero	Total
PHE	SI	14	16	30
	NO	114	102	216
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	0,39	p= 0,5301
Con corrección de Yates	0,19	p= 0,6652

		ESCUELA		
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	Total
PHE	SI	30	0	30
	NO	98	118	216
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	31,50	p= 0,0000
Con corrección de Yates	29,35	p= 0,0000

		GRUPOS		
		La Paz	Profesionales	Total
PHE	SI	30	29	59
	NO	98	90	188
	Total	128	119	247

Chi-cuadrado	0,03	p= 0,8637
Con corrección de Yates	0,00	p= 0,9822

Personaje Histórico No Enfermero

		GRUPOS		
		Asistenciales	Docentes	Total
PHNE	SI	14	9	23
	NO	72	24	96
	Total	86	33	119

Chi-cuadrado	1,85	p= 0,1739
Con corrección de Yates	1,21	p= 0,2712

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
CURSO	Primero	5	6	11
	Tercero	4	21	25
	Total	9	27	36

Chi-cuadrado	3,53	p= 0,0601
Con corrección de Yates	2,14	p= 0,1437

		CURSO		
		Primero	Tercero	Total
PHNE	SI	11	25	36
	NO	121	89	210
	Total	132	114	246

Chi-cuadrado	9,05	p= 0,0026
Con corrección de Yates	8,00	p= 0,0047

		ESCUELA		Total
		La Paz	Fundación Jiménez Díaz	
PHNE	SI	9	27	36
	NO	119	91	210
	Total	128	118	246

Chi-cuadrado	12,35	p= 0,0004
Con corrección de Yates	11,11	p= 0,0009

		GRUPOS		
		Estudiantes	Profesionales	Total
PHNE	SI	36	23	59
	NO	210	10	220
	Total	246	33	279

Chi-cuadrado	52,90	p= 0,0000
Con corrección de Yates	49,65	p= 0,0000

ANEXO XV. RELATOS MÁS RELEVANTES EXTRAÍDOS DEL CUESTIONARIO SOBRE MOTIVACIÓN Y PREFERENCIAS EN LA ELECCIÓN Y EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

MUESTRA DE ESTUDIANTES DE PRIMERO DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

01014

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Lo que más me gusta es que se cuida a la persona y se la ayuda cuando más lo necesita, cuando no tiene salud o esta no es la adecuada”.

01024

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“El hecho de ayudar a la gente que lo necesita y la Asignatura de anatomía”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Que tratan de animar a los pacientes que están más tristes por su enfermedad”.

01034

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Anatomía, Fisiología, microbiología... conocer y comprender enfermedades y estados y saber qué hace en cada momento (← lo que me gusta)”.

01074

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“No me gusta que las prácticas dependan en parte de los alumnos un curso por encima de ti, y si les caes bien haces más cosas y si no no”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Porque quiero dedicarme a las urgencias”.

01094

¿Por qué estudias Enfermería?

“En realidad siempre he querido medicina, pero me parecía una carrera de muchos años y compleja, y como lo que me gustaba era la sanidad, decidía estudiar enfermería”.

010134

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta que la carrera de enfermería se está abriendo tanto a hombres como mujeres, al trato humano y cercano a los que lo necesitan.”

No me gusta que esta carrera siga siendo un muchas ocasiones considerada como subordinada a la de medicina”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Por el trato con los pacientes”.

010164

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque siempre he querido hacerlo.”

Siempre me he preocupado por el cuidado de los demás y la dedicación a hacer las cosas con un fin”.

010174

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Pues lo que más me gusta es conocer el funcionamiento del cuerpo y descubrir cosas que antes no sabías el porqué”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Lo que menos me gustaría es que un enfermo este empeorando, no saber la causa y por lo tanto no sentirme útil”.

010184

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta mucho las prácticas (debido a que creo que es la práctica en donde mejor se aprende esta y todas las carreras) y lo que menos me gusta algunas asignaturas como bioestadística,... además tiene un horario muy extenso pudiendo resultar la carrera muy agobiante”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Lo que más me gusta es la relación que tu puedes formar con el paciente y lo que menos me gusta es el trato que algunos pacientes o familiares te pueden dar”.

010204

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“De la carrera lo que menos me gusta es el horario y algunas asignaturas que las considero muy teóricas.

Me gustan las prácticas”.

010294

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Lo que me gusta de la carrera: poder ayudar a las personas que me necesitan.

Lo que menos me gusta son algunas asignaturas que son mucho de estudiar”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Para poder ayudar a los demás”.

010304

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gustan las prácticas.

No me gusta toda la teoría que hay que estudiar”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Porque quiero ayudar a las personas”.

010324

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Lo que me gusta de la carrera de enfermería es el poder ayudar a la gente, ver como se curan. Me encanta el avance de la ciencia y todo lo que esté

relacionado con la investigación, en cuanto a la posible cura y recuperación de determinadas enfermedades”

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta tener que ver cosas duras, ni niños enfermos ni nadie muerto, por lo que creo que realmente por ahora no es mi vocación”.

010334

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“No me gusta el principio porque es todo clase teórica, me gusta que más adelante será mucho más práctica”.

010374

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Muy poco tiempo para tanto temario.

Quiero licenciatura (subrayado en el original).

Me gusta q tenga prácticas, porque ¿de qué me sirve la superteoría de la jeringa si no sé pinchar?”.

010444

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta la parte práctica fundamentalmente, no me gusta que tiene demasiadas cosas teóricas que no tienen ninguna base práctica”.

¿Por qué estudias Enfermería?

“Estudio enfermería porque me gusta el trato con las personas y todo lo relacionado con la medicina. Siempre me ha llamado la atención la enfermería pero lo que de verdad me hubiera gustado estudiar es medicina”.

010534

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gustan las asignaturas técnicas para aprender mi futura profesión. Pero no me agrada la cantidad de asignaturas que se imparten y el excesivo tiempo en el hospital, ya que en tu vida diaria no te queda apenas tiempo para nada más”.

010544

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“No me gusta hacer el trabajo sucio de los demás gratuitamente durante 3 años. “Somos una mano de obra muy barata, los alumnos en prácticas” (comillas en el original).

Me gusta todo lo demás”.

010564

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Pillar vías centrales”.

010584

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“La carrera en sí me encanta, pero más que nada creo que es una carrera práctica y menos teórica. En 1º te meten mucha teoría y, de momento nos hemos centrado mucho en ellos y muy poco en la práctica.

El horario tampoco me convence, pero es lo que tiene tener que compaginar teoría y práctica”.

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque es lo que realmente me gusta, mi vocación es cuidar y ayudar a los demás”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“De la profesión me gusta todo, menos la falta de respeto por parte de algunos pacientes y el estrés que eso genera”.

MUESTRA DE ESTUDIANTES DE TERCER CURSO DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

01134

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gustan las prácticas de enfermería, pero me parecen demasiadas horas lectivas y prácticas al día”.

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque me gusta el cuidado al paciente”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta el poco reconocimiento que tiene”.

01144

¿Por qué estudias Enfermería?

“Por vocación desde la infancia.

Por mi interés por la ciencia, en especial por la medicina.

Me gusta la profesión por ser humanitaria, por el trato con personas.

Por parecerme interesante la actividad del cuerpo humano”.

01174

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Lo que mas me gusta son las practicas por el trato con paciente y la adquisición de destrezas y conocimientos.

Lo q menos: que me tiro 12h en la FJD metida”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Por vocación, porque me gusta cuidar a los enfermos, darle comprensión, hacerle su vida más llevadera, educarle en aspectos de la salud...”.

011104

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta que esté tan poco reconocido, que tenga tan poco margen de tomar decisiones propias, que se cobre poco”.

011124

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta el trato directo que se tiene con el paciente desde el primer día.

No me gusta que sea un diplomatura porque considero que hay mucha más materia como para otro año más y que lo único que se consigue de esta manera es agotarnos y no aprender lo suficiente”.

011154

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“De la carrera no me gusta que es muy intensiva. Siempre en el hospital no tienes tiempo para nada. Hay momentos en que el agobio te puede.

Lo que sí me gusta es la formación, el ir descubriendo, que te enteras de cómo se hacen y el por qué se hacen las cosas”.

011274

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque es la profesión que me gustaba desde pequeña, me gusta el cuidado de las personas y poder ayudar a los que lo necesitan”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gustan los horarios pues se trabaja los fines de semana.

Me gusta el trato con las personas; es una profesión en la cual tienes que aprender todos los días y no se limita a campo de actuación al mero de hecho de pinchar pues es mucho más, fue eso”.

011304

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque es una carrera gratificante que te permite el contacto directo con las personas, que te cuentan problemas, etc y poder ponerte en su lugar, ayudándolos, etc”.

011314

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta de la carrera que hacemos un bien social, al realizar nuestros cuidados para la mejora o mantenimiento del mayor nivel de salud de la población.

Y no me gusta que a veces no se reconoce nuestra profesión, como se debería reconocer y valorar”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Lo que no me gusta es que puede llegar a ser monótono y no es valorada y reconocida la profesión como debería.

Por lo demás, me gusta todo, sobre todo saber que los cuidados que realizamos son fundamentales para la mejora o mantenimiento del mayor nivel de salud de la población”

011324

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque es una profesión que me empezó a gustar cuando fui consciente de que el médico no tiene casi trato con el paciente.

Me gusta tratar, cuidar y acompañar a la gente”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta que es una profesión práctica, con trato con la gente. Me gusta porque ayudas a la gente a mantener o recuperar su salud.

Trabajas en equipo y eso es muy enriquecedor.

No me gusta lo poco reconocidas que estamos, el mal trato que recibimos a veces, la mucha responsabilidad que tenemos”.

011334

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque es algo que he querido desde pequeña además, de porque es la vía de acceso para ser matrona”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta la atención y la responsabilidad q asume ante un paciente.

No me gusta, que por “tradición” se esté supeditada al médico”.

011374

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

+ ME GUSTA: El trato con el paciente, las prácticas, mis compañeros, la “vida” del hospital.

- ME GUSTA: La vida social estudiando en esta escuela es bastante difícil, porque no tenemos tiempo. El temario teórico no está muy bien definido en algunas asignaturas referentes a enfermería”.

011424

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“No me gusta el hecho de estar 3 años dedicado completamente a esta carrera → 7 a.m. a 20 hr. es para y por la carrera.

Me gusta el aprender. Sé que saldremos preparados a pesar de todo.

Quiero ser enfermero xq me gusta mucho la sanidad y medicina no era lo que buscaba en un principio aunque ahora me doy cuenta de que sí que era”.

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque me gusta, me gusta, en determinadas unidades. Sentir que lo que hago, no es simple cuidado al paciente, y me siento agradecido”.

011434

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta: prácticas tempranas que te hacen aprender más y conocer desde un principio cómo será tu trabajo.

Te dignifica como persona al ayudar a los demás.

No me gusta: no aprendes algo en enfermedad si no poquito de muchas cosas.

Despreocupación de las instituciones.

Te aporta tanto física como psicológicamente.

Que le dedicas 12h al día a estos en un hospital.

No tienes vida social”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta: ayudar a los demás.

Cuando puedes dedicar más tiempo a los pacientes.

Detectar sus necesidades y subsanarlas.

Concienciar a la sociedad de problemas de salud.

No me gusta: el volumen de trabajo de cada enfermera (hasta 40 pacientes).

La exigencia y del día a día sin compensación y sin ayuda psicológica y considerara que te quedas a medias por no haber hecho medicina (creencia de la sociedad)”.

011444

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta que es una profesión que abarca muchos ámbitos y áreas (nivel hospitalario, atención primaria, centros de salud...).

Me ayuda a crecer como persona.

No me gusta la falta de tiempo a otras actividades en el transcurso de otras actividades”.

011504

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“No me gusta: la excesiva carga de trabajo, lectiva que se impone, el profesorado incompetente que tenemos (con alguna excepción), la pérdida de mis relaciones sociales

Me gustan: las prácticas (aunque más en 1º...)”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta: el sentirme útil para los demás, el sentir que estoy ayudando a alguien y que esa persona considera que soy importante para ella.

No me gusta: que muchas enfermeras intenten acercarse a la Medicina.

011524

¿Por qué estudias Enfermería?

“Para hacer Medicina cuando acabe”.

MUESTRA DE ESTUDIANTES DE PRIMERO DE LA PAZ EL PRIMER DÍA DE CLASE

02014

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“La simpleza de su tarea a seguir si la comparas con la de un médico”.

02034

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“De la carrera me gusta la formación que se recibe pero aún así considero que debería ser mayor”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta la cercanía en la relación con el paciente y la posibilidad de ayudar a los demás.

No me gusta como está reconocida a nivel social”.

02044

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta estudiar todo lo que tiene que ver con el cuerpo humano y las distintas enfermedades y como se pueden curar.

También me gusta el poder tratar con los pacientes.

Lo que no me gusta es que se reconoce poco el trabajo de una enfermera”.

02064

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque me gusta eso de ayudar a la gente y animarles, veo la carrera de enfermería más bonita que medicina, medicina es como más... superficial, van a lo suyo y ya, no paran de hablar con la persona”.

02094

¿Por qué estudiaste Enfermería?

“Porque me gusta el trabajo que realizan los médicos y las enfermeras con los pacientes y no me dio la nota para hacer medicina”.

020134

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Lo que me gusta de la enfermería es que su función, es la de estar tratando de forma continua al paciente, cuidándole, atendiéndole, etc. Creo que de verdad es una carrera con un fondo profundo y que llena”.

020164

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta el contacto con el paciente y algunas asignaturas, como Anatomía, pero no me gustan otras, como bioestadística”.

¿Por qué estudiaste Enfermería?

“Porque me gusta el mundo de las ciencias de la salud y siempre he tenido vocación para cuidar”.

¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta el trato con las personas pero no me gusta el trato con el médico dependiendo de si este tiene o no buena consideración de las enfermeras”.

020184

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta el trato con la gente y el cuerpo humano. No me gusta el contacto con los muertos o el olor de algunos órganos”.

¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta cuidar de la gente enferma y poder tratar el cuerpo humano. No me gusta el trato que a veces recibes de la gente ni los vómitos ni los muertos”.

020204

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gustan las prácticas”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Porque quiero ayudar a la gente enferma, a darle ánimos, también por aprender cosas de medicina, enfermedades, tratamientos, medicamentos”.

020214

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“La posibilidad de ayudar a otras personas y trabajar en el ámbito biosanitario de un modo distinto al de la Medicina”.

020234

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta el modo de trabajar de un/a enfermer@ y la versatilidad de su trabajo.

La carrera no es larga y permite acercarse al mundo sanitario de forma más sencilla, y el trato con el paciente es más intenso que en medicina.

No me gusta que aún trabajando en equipo, los enfermeros dependan de un doctor.

Tampoco me convence la poca definición de la palabra “enfermería” (comillas en el original)”.

¿Por qué estudiaste Enfermería?

“Era mi segunda opción tras medicina. Siempre me gustó la biología y más aún la anatomía, y me apetecía trabajar cuidando de aquellos que no pueden hacer por sí mismos. Todos somos iguales en la enfermedad”.

020254

¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gustan la actividad, la capacidad de ayudar a los demás, las relaciones humanas.

No me gusta el desgaste emocional que a veces ello supone”.

020264

¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta:

La labor de ayuda a la gente.

Las actuaciones en emergencias.

No me gusta:

Lavar culos y hacer camas (labores de auxiliar).

Ver morir a gente”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Porque es un trabajo admirable y me gustaría trabajar en una UVI móvil”.

020284

¿Por qué estudiaste Enfermería?

“Siempre me atrajo la labor del enfermero; el hecho de ayudar al médico y tener un seguimiento más cercano con el paciente”.

¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“NO: Que están peor valoradas que los médicos, y de hecho, los hay que tratan a sus enfermeras como esclavas.

SI: El trato cercano y la satisfacción personal”.

020394

¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Lo que no me gustaría es no hacer gran cosa en el hospital más que hacer camas y llevar vías de un lado a otro, me gusta la “acción” y más si estoy en un quirófano”.

020414

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Lo que menos me gusta son tareas como el aseo de enfermos.

Lo que más son tareas como poner inyecciones, análisis, etc.

Además es una carera no muy larga y con gran cantidad de salidas profesionales, tanto aquí como en el extranjero. Por otra parte, me resulta muy gratificante personalmente”.

020424

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“No: los temas relacionados con la Estadística y la Historia.

Sí: Prácticas y trato con el paciente. Anatomía”.

020444

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gustan los temas que tengan que ver con la profesión en sí misma; todo lo que tenga que ver con la medicina...

No me gusta los temas históricos”.

¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gustan los momentos duros que se pueden dar.

Me gusta que tu trabajo se vea recompensado; que sirva para curar a los demás”.

020464

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“La carrera es corta y se realiza en el ambiente de hospital. Además, me parece una carrera muy bonita e interesante”.

¿Por qué estudiaste Enfermería?

“Porque la nota no me llegaba para medicina”.

020474

¿Por qué estudiaste Enfermería?

“Porque me gusta y además la nota me daba para hacerlo y no para medicina”.

020594

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Las asignaturas relacionadas con la salud y el funcionamiento del cuerpo me gustan. No me gustan las asignaturas como los fundamentos de enfermería”.

020604

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“No me gusta la profesión, aunque la carrera tiene ciertas asignaturas interesantes”.

¿Por qué estudiaste Enfermería?

“Porque no me llegó la nota para estudiar Medicina ni Fisioterapia”.

¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Lo que NO: Estar supeditado a los doctores, es decir, sólo estar dedicado a la ayuda a de los pacientes y no curarles como hacen los médicos.

Lo que SI: Tener contacto con las personas y la actividad que requiere”.

020624

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta de la carrera que me van a enseñar bien aquí en la PAZ, que voy a aprender cosas más cercanas a la enfermedad vivida por el paciente más que la enfermedad en sí.

Lo que no me gusta de la carrera es que es una diplomatura y luego tienes que especializarte si no quieres quedarte estancada en sólo lo que has estudiado hasta ese momento”.

¿Por qué estudiaste Enfermería?

“Porque Medicina se me quedó muy grande. Vi la enfermería como algo más afín al paciente, hay más relación, intervienes más en su proceso de curación y conoces mejor a la persona, su enfermedad y llegas a entender más cosas, hasta de tu propia vida”.

¿Qué es lo que más te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta el trato directo con el paciente.

Lo que No me gusta es que yo No soy la que hace el diagnóstico de la enfermedad de un paciente, porque eso lo hace el médico. Por tanto lo que no me gusta es tener pocos conocimientos en ese ámbito”.

020694

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta todo excepto las asignaturas que hablan de leyes, administración, historia...”.

MUESTRA DE ESTUDIANTES DE PRIMER CURSO DE LA PAZ

00014

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Aprender a madurar rápidamente, aprendes a reflexionar, aprendes a interactuar, aumenta el pensamiento crítico, aprendes a ser más objetivo...”.

00024

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Muchos conocimientos en poco tiempo, limitándonos la posibilidad de conocer más sobre nuestra disciplina en un ámbito Universitario. (No me gusta)”.

¿Por qué estudias Enfermería?

“Me gusta (no sólo como trabajo, sino como forma de vida) el dedicarme a tratar de ayudar a las personas cuidándolas, acompañándolas. No sólo por el hecho de ayudar, sino desde el punto de vista “egoísta” de gran satisfacción personal”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta: esta posibilidad, de por el simple hecho de estar cumpliendo unos requisitos mínimos de tu trabajo, la parte esencial, puede perderse, pasando por encima de muchos valores que debería tener todo enfermero, acabando por mirar, en muchas ocasiones sólo por un sueldo, y no por el verdadero sentido de nuestro trabajo”.

00034

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta el enfoque humanitario que tiene. Ver a las personas como lo que son, estudiar con el objetivo de servir y ayudar”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta que están donde deben estar, pendientes de que nunca falte la humanidad necesaria”.

00044

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Que es una profesión muy humana, social y dinámica, que te permite ser útil y aprender y reflexionar con todo lo que vives (seguir mejorándote como persona). No me gusta que se la tome como una carrera fácil, está muy poco valorada”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Que te permite ir mejorando como persona al tiempo que cuidas y ayudas a personas en una situación de vida determinada”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Porque quiero sentirme útil, seguir aprendiendo, ayudar a otras personas en todo aquello que está en mi mano, contribuir a mejorar una profesión infravalorada y poco conocida por la sociedad”.

00054

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Lo que me gusta es todo lo que me está aportando para ser una buena enfermera y lo que me aporta como persona en todos los aspectos.

Lo que no me gusta es que haya asignaturas que no encuentro sentido de utilidad para mi profesión y otras cosas”.

00064

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta que nos hayan hecho ver que la enfermería no es sólo pinchar y sondar, sino que también son otras muchas cosas.

No me gusta lo concentrada que está la carrera, debería de durar más tiempo”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta que traten a la persona, intentando que se mejore en todos sus aspectos.

En muchas ocasiones no me gusta el trato que tienen con ellos (lo mal que los tratan)”.

00074

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta el poder ayudar a las personas en todo lo posible, trabajar en equipo y ser autónoma. El inconveniente que tiene es que tienes que trabajar festivos y fines de semana”.

00084

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque me gusta ayudar a los demás. Me satisface y porque es una disciplina que evoluciona constantemente y por supuesto mejorable cada vez un poco más. (que se obre)”.

000104

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta porque puedo tener los conocimientos suficientes para poder ayudar a la gente que lo necesita (enfermo) y también porque me sirve a nivel personal para saber como debo cuidar mi salud.

Lo que no me gusta es que aun no se reconoce como licenciatura”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Para sentirme útil a los que necesitan de cuidado o que no tienen el suficiente conocimiento para prestárselos ellos mismos”.

000114

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque es lo único que realmente me gusta. Necesito dedicarme a algo en lo que mantenga una relación de cercanía y de ayuda a las personas. Es algo que realmente me hace feliz, estar con la gente, cuidarla, ayudarla, aprender de ellos, enfrentarme a situaciones diferentes”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta que abra tantas puertas a tantos sitios, que es aplicable para muchas situaciones en muchos lugares y con muchas personas. Es aplicable para uno mismo. Existen además muchas especialidades en el hospital”.

000124

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Lo que más me gusta es la cantidad de prácticas clínicas que tiene. Además la mayoría de asignaturas son muy interesantes tanto profesional como personalmente”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Lo que más me gusta es la sensación de estar ayudando a alguien a que se encuentre mejor, de sentirte útil para los demás.

Lo que no me gusta el trato de inferioridad que se da los enfermeros con respecto a los médicos por parte de muchas personas aunque en realidad las dos carreras sean muy distintas”.

000144

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“No me gusta la teoría pero es imprescindible luego no hay queja que valga. La mayoría de las asignaturas son necesarios (obvio) y además relacionan muchos temas.

Me gusta que se trate a la persona desde el punto de vista social y psicológico, no sólo biológico → Asignaturas del area psicosocial”.

000174

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta que me enseñen a cuidar a los demás, cómo hacerlo. Me parece muy importante, incluso en el ámbito privado, particular (en mi vida). Me gusta la manera de enfocarlos de algunos profesores”.

000194

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Lo que me gusta es el trabajo con personas que necesitan tu ayuda; un trato con personas que necesitan que las cuides.

Me gustan las asignaturas que impartimos, incluyendo temas actuales que están en la sociedad, tanto como el estudio de la persona a nivel más orgánico.

Lo que no me gusta son todas las primeras situaciones que “vemos o hacemos algo nuevo”, porque me compactan, pero debo saber aguantarlo”.

000204

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta tratar con las personas de manera más cercana, ayudarles en todo lo que pueda para que se sientan mejor con ellos mismos, además de ayudar también a los familiares y amigos del paciente. Me gusta el lado humanista de la carrera. No me gusta la poca consideración que algunas personas tienen de la profesión”.

000254

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta la carrera en general, aunque sobre todo las asignaturas que tienen más que ver con la práctica enfermera. Considero que todas son importantes, aunque lógicamente no me parecen igual de interesantes. Tampoco me gusta el lugar donde estudiamos: creo que es una ventaja poder estudiar al lado del hospital, pero considero que no disfrutamos de “la vida universitaria” del mismo modo”.

000264

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Que es un trabajo muy bonito, aunque duro a la vez. Que trabajas con personas no con objetos y obtienes respuestas de ellas”.

000284

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“LO QUE ME GUSTA: que adquieres muchos conocimientos útiles, que te da la oportunidad esta carrera de conocerte a ti misma y ponerte a prueba. Que interactúas mucho con la gente. Que te hace reflexionar (mayúsculas en el original)”.

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque es lo que me gusta, aunque antes de entrar y empezar a conocer lo que era esto, yo pensaba que era algo muy distinto”.

000314

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Ayudar a las personas que lo necesiten.

Cuidar en los 3 aspectos, de forma Holística.

Interaccionar con los pacientes.

Escuchar y ayudar en lo que se pueda.

Aconsejar y acompañar a los pacientes y la familia en el duelo”.

000324

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gustan las prácticas y algunas asignaturas.

No me gustan otras asignaturas que considero las ponen para cubrir créditos y no valen para nada, pues no he visto a ninguna enfermera hacer lo que se estudia en ellas.

No me gusta estudiar”.

000384

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta la forma que tiene de ver a la persona y sus problemas de salud, así como de buscar soluciones a éstos teniendo en cuenta todo lo que rodea a dicha persona”.

000444

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta la visión que tiene del hombre sano o enfermo, la actitud de cuidado a aquel que lo necesite, sus bases teóricas y su progreso y avances logrados a lo largo de la historia. Actitud de investigación y avance.

Es una carrera muy exigente y requiere una alta excelencia profesional”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Porque quiero poder cuidar a todo aquel que lo necesite y tener más conocimientos científicos”.

000454

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta saber que es algo más que saber usar un esfignomanómetro y poner una inyección.

Me gusta el hecho de que existe una gran base de conocimientos y el hecho de que haya ido evolucionando.

No me gusta la concepción que tiene la gente sobre la enfermería”.

000494

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta que aunque en algunas situaciones se tenga la capacidad de tomar una decisión no puedes tomarla.

Me gusta de la profesión q es un trabajo en equipo”.

000524

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“La posibilidad de ayudar a otros. No me gusta que sea una carrera de tres años ya que son muchos conocimientos en poco tiempo. Me gusta porque es una carrera en la que aprendes muchas cosas, maduras más rápido por las situaciones a las que te enfrentas dsd el 1er año”.

000544

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“La combinación de clases prácticas-teóricas.

La aplicación de conocimientos a la vida cotidiana.

No me gusta el tiempo de estudio (3 años) muy poco”.

000584

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“De la profesión me gusta su grado de conocimiento, su forma de trabajar...

No me gusta el alto índice de síndrome del quemado, lo rápido que tienen que hacer todo...”.

000624

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta la imagen desconocida que tiene la sociedad, una imagen equivocada. No son las enfermeras/os ayudantes del médico, son unos sanitarios profesionales autónomos perfectamente capacitados y con una serie de tareas igual o mayor de importantes que las de los que se hacen llamar médicos. Quitando esto me gusta todo”.

000654

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Hasta el momento, no he tenido el tiempo suficiente cómo para plasmar aspectos negativos.

Me gusta el componente psicológico que nos tratan de inculcar y el afán de superación de no quedarnos como autómatas que pinchas y sondan, sino profesionales que ayudan, escuchan, cuidan, investigan...”.

MUESTRA DE ESTUDIANTES DE TERCERO DE LA PAZ

00134

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta: Las prácticas clínicas. Los conocimientos acerca de la patología, de los fármacos. Los conocimientos acerca de patrones comportamentales. El conocimiento de personas de distintas etapas del ciclo vital.

No me gusta: El tiempo que se emplea, que es bastante amplio, en el conocimiento de Tª enfermeras, al igual que ocurre en la historia de la enfermería. Que intentan disimular la realidad de esta profesión, por parte de los profesores”.

00154

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta mucho que haya peonadas de prácticas desde el principio, que muchas asignaturas son prácticas y por tanto más entretenidas que las que se basan en teoría, aunque sean importantes también.

No me gusta ver que la práctica es totalmente distinta a la teoría, ni como nos consideran en los demás gremios. Además pienso que hay asignaturas que en primero no parecen tan importantes tal vez porque sea demasiado pronto para entenderlas o porque no creo que vayas a utilizarlas en el futuro”.

00164

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta que sea corta.

Mucha materia en muy poco tiempo, a veces ni tienes tiempo para asimilar teoría.

Demasiadas prácticas en sitios donde no les gusta la docencia y aprendes nada tipo quirófano...”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta casi todo de la profesión de Enfermería.

No me gusta que la gente opine sobre la Enfermería sin saber de qué se trata ni lo que es, que los médicos se crean que somos sus sirvientas, el poco

reconocimiento que tiene con lo dura que es, las malas condiciones en las que muchas veces se trabaja (falta de sitio físico, recursos materiales y humanos, etc.). Trabajo en exceso. Demasiada responsabilidad, pocos días libres”.

001104

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque me encanta el cuidado de las personas, estar ahí para conseguir una sonrisa de alguien que se siente mal y no puede estar con su familia o en su casa. Para favorecer un mayor grado de salud de la población, enseñar que es más importante promover la salud que curar la enfermedad”.

001114

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta la visión que ésta propone de las personas, la posibilidad de llevar a la práctica lo que se aprende en el aula, la visión científica que se enseña y se otorga...”

No me gusta el reducido tiempo que se tiene para adquirir tantas habilidades y conocimientos”.

001134

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta todo lo que la Enfermería explica, implica y ES (mayúsculas en el original).

Lo que no me gusta es en lo que se convierte cuando llegas al hospital y ves a las enfermeras (algunas) trabajar.

No me gusta el agobio, el estrés, los trabajos, algunos profesores, no parecen trabajar que hacen que no disfrutemos de la carrera”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta ayudar a los demás, hacerles sentir mejor, sentirme útil para ellos.

No me gusta que no seamos reconocidos, que se considere a nuestra profesión como un mero acúmulo de tareas diarias. Que no se den cuenta de que SOMOS FUNDAMENTALES”.

001144

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta poder estar con la persona, escucharla e intentar que la estancia hospitalaria sea lo más cómoda, agradable que sea posible.

Tener que realizar tantas tareas técnicas, que la mayoría son delegadas por el médico y reducir tiempo para estar con la persona”.

001154

¿Qué es lo que le gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Sí → Cuidado del usuario, familia, comunidad.

→ Interés del profesorado en fomentar la autonomía de la persona.

No → La carrera debería ser más larga (en tiempo: para profundizar en ciertos aspectos)

→ Muchos de los “docentes” en prácticas no tienen interés en enseñar”.

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque me interesa tener una visión integral del individuo y adquirir las capacidades necesarias para realizar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y cuidado en personas enfermas; de modo que influya en la calidad de vida percibida de las personas”.

001214

¿Qué es lo que le gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gustan todos los conocimientos teóricos y prácticos que he recibido, y sobre todo, el crecimiento personal adquirido”.

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque me gusta cuidar, relacionarme con las personas, prevenir la enfermedad, promover la salud, educar”.

001264

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta la humanidad de la profesión, la cercanía con los pacientes, el respeto, la tolerancia con otras culturas. No me gusta el estancamiento de la

profesión y que algunas personas no pongan en práctica lo dicho anteriormente”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Porque es una profesión que te ayuda a darte cuenta de la cruda realidad, a saber respetar a los demás, a proporcionar ayuda, etc, y sobre todo te ayuda a crecer como persona”.

001304

¿Qué es lo que le gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Que las prácticas que hay no preparan lo suficiente para trabajar.

Además hay asignaturas que creo inútiles (Administración, Bioestadísticas) y otras con menos créditos que son más importantes (Farmacología)”.

001314

¿Qué es lo que le gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta por el trabajo que vaya a desempeñar y tengo que estudiarla, pero considero que de lo que se estudia a lo que se hace o aplica hay mucho camino, se estudia más de lo que realmente ves, y eso debe de cambiar”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta el trabajo con las personas, no me gusta que se base únicamente en procedimientos instrumentales, ya que considero que eso lo podría realizar cualquier persona, por eso pienso que la Enf. es mucho más (subrayado en el original)”.

001324

¿Qué es lo que le gusta o no de la carrera de Enfermería?

“No me gusta las pocas prácticas que hay y la estructuración para éstas ya que habría rotatorios que quitaría y otros aumentarían su tiempo”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta la posibilidad que tenemos de ayudar a las personas en cualquier ámbito de su vida, ya que simplemente una respuesta a sus preguntas (que no contesta el médico) o escucharles cuando tienen problemas les ayuda en gran medida a encontrarse mejor. No tiene porque estar relacionada con la realización de técnicas! (exclamación en el original)”.

001274

¿Qué es lo que le gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gustan la parte práctica que tiene la carrera desde el 1º curso.

No me gusta haber elegido esta escuela para mi formación”.

001624

¿Qué es lo que le gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta que me permite entender que les pasa y por qué a las personas enfermas. Entender los estados por los que estas pasan (a nivel físico, mental y social). Además fomenta mi espíritu crítico.

No me gusta la diferencia que existen entre determinadas asignaturas en cuanto a la aplicación del PAE, su duración (es muy corta) y la falta de pensamiento crítico de algunos profesores”.

¿Por qué estudias Enfermería?

“Me gusta la posibilidad de ayudar a las personas a mejorar su bienestar.

No me gusta la sensación de inferioridad de determinadas enfermeras así como su falta de implicación con su profesión”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me brinda la oportunidad de ayudar a las personas, lo cual provoca que me sienta bien conmigo mismo.

Además de poder investigar cómo mejorar en esta ayuda a los demás”.

MUESTRA DE PROFESIONALES ASISTENCIALES

11244

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Pocas prácticas y mal organizadas.

Profesores no cualificados

Prácticas en lugares con ningún espíritu docente”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta:

El sueldo.

Estar infravalorada por los médicos y algunos pacientes.

Si:

Trato humano.

Técnicas”.

11254

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta su característica humanitaria. No me gusta lo desconsiderada que esta”.

11264

¿Por qué estudias Enfermería?

“Estudié enfermería porque creía (idealismo juvenil) que sería increíble poder hacer algo por los demás en una situación difícil”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Ahora ya no quiero serlo. Estoy deseando dejar esta profesión”.

11454

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta la mediocridad, no me gusta tener que estar demostrando siempre “algo”, no me gusta que tengamos que depender del médico, que arrastremos que es una profesión femenina...”.

11764

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“La cantidad de posibilidades de desarrollar y actuar en muchas parcelas que afectan al ser humano.

No me gusta que todavía no somos capaces de tomar las riendas de nuestra profesión como propias”.

11784

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque me gusta tratar a las personas de una forma integral, desde sus necesidades básicas pasando por la ayuda a las personas en su adaptación a procesos vitales”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Que es un profesional capacitado y formado para aportar a la sociedad una serie de acciones para que pueda mantener la vida, la salud y el bienestar, planificando intervenciones que ayuden a alcanzar óptimos niveles de autonomía (calidad de vida)”.

11814

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta de la carrera el ejercicio profesional, su rol de servicio.

No me gusta la falta de reconocimiento social, y la falta de autonomía”.

11824

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta el trabajo con los enfermos.

No me gusta la dependencia de otros profesionales...”.

11844

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta que tienes contacto con el paciente de forma ininterrumpida desde el principio del 1º curso hasta el final de la carrera. Es una profesión cuya teoría no sería nada sin la práctica”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta la dedicación exclusiva (como si uno no tuviese vida privada o familiar) ni la dedicación deshumanizada, falta de calor y comprensión hacia los pacientes por sistemas que sólo se rigen por estrategias económicas que hacen de nuestra profesión, ENFERMEROS/AS AUTÓMATAS DESHUMANIZADOS, QUE TRABAJAN A CONTRARRELOJ. CREANDO EN SUS CONCIENCIAS LA DUDA RAZONABLE DE UNA LABOR BIEN REALIZADA O NO, O LA DESIDIA (mayúsculas en el original)”.

11854

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gusta el trato con el paciente.

No me gusta el divorcio de la teoría con la práctica”.

11864

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Lo que no me gusta (pero tampoco desesperanza porque creo que “estamos en ello” es que no se haya conseguido aún trabajar estrictamente con metodología enfermera que se aprende en las escuelas, por los planes de estudios estandarizados pero individualizados a la vez, que dan trabajo (sobre todo en ámbito hospitalario), urgen la intervención y existe un poco de sobrecarga para podernos dedicar a este otro aspectos”.

11514

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Lo que no me gusta es que, a veces, los problemas laborales me los tomo como algo personal y me influye en mi vida diaria

También, que se quejen, ocasionalmente, los enfermos de los cuidados administrativos cuando el problema es de la organización (por falta de recursos) y se quejan a la enfermera como persona directa”.

11524

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“De la carrera me gustó todo, tanto las asignaturas teóricas como las prácticas ya que ves tu trabajo antes de terminar.

Lo peor fue que hay mucho temario en muy poco tiempo”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta el tipo de relación con el paciente y el poder estar allí cuando te necesitan. Te hace sentir muy útil y te lo agradecen”.

11534

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta la relación de ayuda que se tiene con el usuario.

Me gusta actuar desde la prevención, curación, investigación”.

11314

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me encanta mi trabajo, me gusta formar parte de un equipo de salud. Fomentar el bienestar tanto físico como psíquico de los pacientes.

No me gusta que esté tan infravalorada”.

11334

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta: Todo, excepto el poco respeto y valoración que tiene por parte de otros colectivos (facultativos)”.

11114

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me permite realizar un trabajo retribuido económica y personalmente, puesto que me ofrece la posibilidad de realizar mi trabajo centrándome en las personas, en sus individualidades, en sus tan diferentes situaciones, con sus diferentes capacidades de afrontamiento y la satisfacción de saber que si lo hago bien, PERSONAS se verán beneficiadas. Eso me motiva. Es un reto (mayúsculas en el original)”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta lo que expliqué en la 1ª pregunta.

No me gusta lo que me rodea en ocasiones, el conformismo, la falta de formación, de interés, de motivación, de trabajo en equipo, de recursos (a veces), de incentivos. No me gusta la "LA ENFERMERA DE ANDAR X CASA" que veo tan frecuentemente ni los estereotipos creados en torno a ella y que se reproducen una y otra vez, desde dentro y desde fuera".

11134

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

"Lo que me gusta es que desde primero se hacen prácticas, aunque no demasiadas en toda la carrera. Aprendes muchas cosas y ves también cómo es la vida y la suerte que tienes de tener salud".

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

"Porque me gusta estar a pie de cama con el paciente, si no hubiese elegido Medicina, que los curan, a mí me gusta cuidar a las personas".

11154

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

"Me gustó la visión tan amplia de la disciplina que se impartía en algunas asignaturas.

No me gustaba la visión bio-médica de otras.

Me gustó la aproximación al hospital mediante las salas de demostración. También las Prácticas Clínicas tanto en Hospital como en Atención Primaria".

11164

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

"Me gusta todo menos el poco respeto que nos tienen los profesionales (con los que trabajamos) y los pacientes".

11174

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

"No me gusta la dependencia ni la sumisión que te empiezan a enseñar desde las escuelas y que se reafirma en el hospital".

11194

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“QUE SEPAMOS HACER BIEN NUESTRO TRABAJO CON RIGOR CIENTÍFICO.

NO ME GUSTA NADA COMO FUNCIONA LA ENFERMERÍA EN LA PRIVADA (mayúsculas en el original)”.

111104

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“No me gusta el escaso tiempo de formación del que disponemos, ni la tendencia a centrarse en el componente médico (teoría biologicista) de la profesión.

Tampoco me gusta la escasa exigencia que se tiende a demandar al alumno y la poca responsabilidad que se le otorga en los rotatorios de prácticas”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Es o mejor era la práctica”.

¿Por qué estudias Enfermería?

“Porque era parecido / en menos número de años a Medicina”.

111144

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Tener la posibilidad de valorar globalmente a las personas atendidas y ser una aliada de las mismas en situación de salud y enfermedad.

Falta de definición y la pasividad del colectivo”.

111154

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta el trabajo en sí, pero no es de mi agrado el marco conceptual en el que nos basamos pues no presenta unas teorías convincentes. Todo esto repercute en la credibilidad de compañeros de trabajo y personas que necesitan de nuestra ayuda”.

111164

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Muchos conocimientos en poco tiempo.

No están bien repartidas las asignaturas, mucho temario de humanidades y poco de Farma, M-Q... (Farmacología, Enfermería Médicoquirúrgica)”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Es una profesión muy bonita y que llena cuando las cosas se hacen bien.

La explotación, mal sueldo, mal horario, trato al público difícil, malos compañeros...”.

111174

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Ahora mismo solo trato de sobrevivir en mi trabajo”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“LO DEL TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DEL HOSPITAL, ES MÁS TEÓRICO QUE REAL, LA ENFERMERÍA ESTÁ SUPEDITADA A LOS MÉDICOS, DESDE LA DIRECCIÓN HASTA LA ÚLTIMA ENFERMERA (mayúsculas en el original)”.

111194

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta la cantidad de conocimientos acerca de la salud, el ser humano, etc... que he adquirido. Las asignaturas que más me gustaban eran aquellas que yo veía que podían tener una aplicación inmediata en la vida (asignaturas “más prácticas”).

No me gustaban asignaturas como Teoría y Modelos, documentación poca, aunque a pesar de ellos soy consciente de que son necesarias para nuestra profesión”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Creo que tenemos una labor muy importante de cara a la sociedad y la ayuda que prestamos a los que nos necesitan es imprescindible. Me ha enriquecido mucho. He adquirido muchas habilidades, conocimientos. He

reforzado cuidados personales, he aprendido otros nuevos, gracias a la experiencia de cada día”.

111204

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta el contacto humano que tienes diariamente con los pacientes y la gran cantidad de habilidades que adquieres en el desarrollo de la profesión (de comunicación, sociológicas, psicológicas,...).

Me gusta aprender de los demás.

No me gusta sentirme sola ante situaciones que requieren de otros profesionales. La actual desidia”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Porque ser enfermera es una forma de vida y es la que yo he elegido.

Para contribuir a una sociedad mejor (hablando desde un punto de vista generalista).

Creo que volvería a estudiar enfermería otra vez si retrocediera en el tiempo 9 años”.

111244

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta tener la sensación de que, a veces, eres un “ayudante” del médico. Cada cual tiene su terreno y constantemente, el terreno de la enfermería es invadido, o al menos lo intentan”.

111254

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Cuando estudiaba me gustaba y disfrutaba con la teoría, pero odiaba las prácticas”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta el aspecto humano.

Me gusta también el aspecto técnico.

Más bien lo admiro porque yo, al trabajar siempre en psiquiatría he perdido totalmente la práctica”.

111284

¿Por qué estudias Enfermería?

“Estudie enfermería porque quería ser matrona, pero luego cambié de opinión: prefería ser enfermera”.

111304

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Estudí A.T.S. Fue muy orientado a la función de la enfermera como ayudante del médico pero tuve una buena formación para ello y muchas prácticas, lo que me permitió tener mucha seguridad al trabajar. No me gustó la orientación hacia ser una buena técnica sumisa”.

111314

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“No me gusta la imposibilidad de utilizar los conocimientos teóricos en la práctica.

Me gusta el optimismo y la posibilidad de lograr mejorar nuestra profesión (sales habitualmente muy motivado)”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta la poca implicación de mis compañeros/as en mejorar nuestra profesión y en que ocupe el lugar que le corresponde para que podamos ser respetados por otros profesionales y podamos ejercer realmente como debemos”.

111334

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“A los estudios en sí, me parece que se quedan muy cortos, los verdaderos conocimientos se aprenden cuando empiezas a trabajar.

Lo que me gustó fue el estudiar el enfoque psicológico y humano”.

111364

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Fui enfermera para ser Matrona”.

111374

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“No sé si actualmente volvería a estudiar enfermería, probablemente no”.

111384

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta la nula capacidad de promoción profesional salvo que tengas el carnet político entre los dientes. Por ejemplo como se consiguen los puestos en las escuelas universitarias siendo la formación que dan en muchos casos mala o muy deficiente saliendo los alumnos con una formación ridícula”.

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Ya no sé si lo volvería a hacer”.

111404

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Actualmente desconozco un poco el plan de estudios, pero creo que las horas de prácticas están muy reducidas, y por lo tanto, el trato con el paciente.

El estar a pie de cama, enriquece tanto o más al futuro enfermero/a”.

111414

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta la atención integral que se puede dar al paciente y el apoyo a la familia y comunidad.

En la carrera se tocan muchas materias: biología, química, física, etc”.

111424

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta porque tratas muy íntimamente con personas en situaciones límite y en ocasiones sientes que realmente merece la pena.

No me gusta porque es una profesión en la sombra, mal considerada y peor remunerada”.

111444

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta su orientación práctica.

La ausencia de formación en investigación (cuando yo estudié) y la excesiva orientación a la dimensión médico-patológica (cuando yo estudié)”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta la falta de reconocimiento profesional y social ni la huida de las responsabilidades de algunos enfermeros/as.

Me gusta lo real e inmediato del trabajo enfermero y la diferencia que percibe la persona entre un buen o mal cuidado”.

111464

¿Por qué estudias Enfermería?

“Tenía claro que quería estudiar una disciplina incluida en el campo de la salud, (tenía muy claro que no quería ser médico).

No soy 100% vocacional. Enfermeros hay pocos; Profesionales de la enfermería muchos. Todos son necesarios”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“La recompensa a tu esfuerzo, el trabajo colectivo, las “gracias” sinceras de aquellos que han pasado por un trance doloroso, de angustia vital y han recuperado “la normalidad”.

Lo que menos me gustó son las condiciones laborales”.

111484

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“No me gusta encontrar en las Escuelas profesorado de otras profesiones, médicos, biólogos, farmacéuticos, psicólogos, etc... que puedan influir en que la enfermería sea una profesión sin cuerpo ni autonomía.

Nulo consenso entre las diferentes escuelas. Horas de prácticas escasas”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Seguimos unidas y subordinadas a la medicina y sus conocimientos subordinados.

Profesión que más aporta a la vida de cada enfermero/a por los conocimientos sobre la muerte, la ayuda, el cuidado y las personas que se obtienen de su ejercicio”.

MUESTRA DE PROFESIONALES DOCENTES

10114

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta la comunicación y facilitar la mejora (bienestar). Transmisión de conocimientos y conocer más (investigar).

No me gusta la parcialización, laboralización”.

10214

¿Por qué quieres ser enfermero/a?

“Es una forma de ser, de pensar y de hacer en la vida”.

10224

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me desagrada la desmotivación y lo que hagan algunos profesionales. Creo que deberían existir reciclajes para motivar la formación continuada.

Muchos de los profesionales de enfermería son responsables de la falta de consideración que tiene nuestra profesión”.

10234

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta:

Amplios conocimientos generalistas.

Preocupación por la calidad y el trabajo en equipo.

Duración de los estudios pregrado.

No me gusta:

Excesivas reflexiones teóricas.

A veces solo se ve “el mundo enfermero”.

Las dificultades para avanzar en el mundo académico sin recurrir a otros estudios”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta:

Cercanía con las personas.

Posibilidad de poder ayudar.

Retos profesionales y personales.

No me gusta:

Escaso reconocimiento.

Nos miramos mucho al ombligo y nos castigamos en solitario.

Ninguneo de otros profesionales (médicos, economistas, gestores, políticos) y del sistema”.

10244

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“No me gusta la imposibilidad de crecimiento académico.

La diferencia sustancial de currículos.

El nº de horas excesivo para una diplomatura.

Me gusta + el proceso enseñanza/aprendizaje:

Teoría.

Prácticas clínicas.

Prácticas no clínicas”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta:

La dependencia histórica.

La falta de autonomía.

La falta de proyección profesional.

Me gusta:

Las expectativas presentes de desarrollo profesional: asistencial y de gestión, académicas, docentes e investigadoras, etc”.

10254

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta el papel que tiene la enfermera en cuanto a fomentar la salud de las personas, familias y grupos, respetando y considerando sus características.

No me gusta limitarme a suplir sus déficit, no me gusta trabajar como en una cadena de producción sin individualizar los cuidados ni establecer una verdadera relación de ayuda”.

10274

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Formación multidisciplinar (Humanística).

Visión holística de la persona”.

10284

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Me gusta: Muy relacionada con la labor que posteriormente se lleva o se puede llevar a cabo.

No me gusta: Limitada. No permite, de momento, continuar hasta el doctorado”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta:

Poco reconocimiento profesional (otras profesiones de la salud).

Poco corporativismo, apoyo entre profesionales.

Poco reconocimiento social (incluyendo el económico).

Me gusta:

Posibilidad de ayudar a las personas a tener un nivel de salud mejor.

Ámbitos laborales variados (docencia, asistencial, gerencia, investigación)”.

10324

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta la ausencia de incentivos para el estudio, y la investigación. Me gusta la oportunidad de ofrecer un servicio a personas en situaciones de salud muy dispares”.

10434

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Me gustaron asignaturas como Anatomía, fisiología, las prácticas...”

No me gustó el horario tan intensivo (Plan antiguo, con prácticas de 8 a 13h y clases de 15 a 20h todos los días, incluso de exámenes)”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta:

El contacto con los pacientes, posibilidad de empleo de calidad, posibilidad de cambios en puesto.

No me gusta:

Falta de promoción profesional, falta de autonomía, limitaciones derivadas de titulación de diplomado (investigación,...)”.

10524

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Las prácticas clínicas”.

10734

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“La falta de tiempo-espacio para la reflexión del estudiante.

Demasiado “condensado” en el tiempo. Parece que sólo de tiempo a prepararse para “actuar”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta la amplitud de campos de actuación, tan diversa pero que tienen el mismo objetivo (cuidar a las personas).

Como está institucionalizado (falta de protección social, precariedad de horarios y mala remuneración)”.

10554

¿Qué es lo que le gusta de la carrera de Enfermería?

“Que es una carrera con una mayor capacitación humana que técnica.

No me gusta que la carrera no se desarrolle dentro del campus universitario.

Que a través de la carrera no pueda acceder a la licenciatura, especialidades, etc.”.

11014

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“Me gusta: La potencialidad de su labor, puede mejorar mucho la situación de otras personas mediante la aplicación de cuidados apropiados.

No me gusta: La escasa valoración social y profesional-laboral de su labor. No solo es poco valorada por otros profesionales (Médicos/as), sino también por los propios enfermeros”.

11044

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Son estudios muy duros. Mientras cualquier otro estudiante hace menos horas, el estudiante de enfermería hace muchas más en menos tiempo. Está quemado, en un año de experiencia profesional está “quemado” (comillas en el original)”.

11054

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“La diferencia con respecto al resto de carreras de CC de la Salud por el enfoque sobre la persona.

El número de créditos debería realizarse en más cursos académicos y deben aumentar los créditos prácticos clínicos”.

¿Qué es lo que te gusta o no de la profesión de un/a enfermero/a?

“No me gusta la mala y equívoca imagen social que tenemos”.

12324

¿Qué es lo que te gusta o no de la carrera de Enfermería?

“Su profunda humanización, ya que su fin es por y para el hombre”.

¿Por qué estudias Enfermería?

“Por el trato con los seres humanos, en los momentos más esenciales o difíciles de su vida”.

