ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE AUTONOMÍA ENTRE DIFERENTES GRUPOS DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ANÀLISI DE LA PERCEPCIÓ D'AUTONOMIA ENTRE DIFERENTS GRUPS DE PROFESSIONALS D'INFERMERIA

AUTORA: MATILDE ARLANDIS CASANOVA

DIRECTORA DE LA TESIS: DRA. LORETO MACIÁ SOLER

Castelló de la Plana. Novembre 2019

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I

Título de la tesis

Análisis de la percepción de autonomía entre diferentes grupos de profesionales de enfermería

Anàlisi de la percepció d'autonomia entre diferents grups de professionals d'infermeria

Memoria presentada por Matilde Josefa Arlandis Casanova para optar al grado de doctor/a por la Universitat Jaume I

Nombre y apellidos del doctorando/a y firma original	Nombre y apellidos del director/a o directores/as de la tesis y firma original
Matilde Josefa Arlandis Casanova	**Dra. Loreto Maciá Soler**

Castelló de la Plana, Noviembre 2019

Quien pierde el origen pierde su identidad
Qui perd els origens perd l´identitat

Jo vinc d´un silenci

Raimon

El agua, la tierra,
el aire, el fuego
son suyos,
si se arriesga de una vez
a ser quien es.

L'aigua, la terra,
l'aire, el foc
són seus,
si s'arrisca d'un cop
a ser qui és.

Salvador Espriu

AGRADECIMIENTOS

A Mariano, mi marido, compañero y amigo; que ha estado sobrellevando todos estos años estoicamente, en soledad, mi dedicación a la Tesis.

A mi tutora y directora de Tesis: Loreto Maciá que ha tenido más paciencia conmigo que el santo Job, que ha sabido facilitarme las cosas, y ha conseguido que termine la Tesis con su empuje y constante estímulo.

A David Ramiro Cortijo que me ayudó a rememorar la estadística.

A Candelas Gil y Toño González que me descubrieron todo un mundo con el Refwords y me facilitaron la finalización de la Tesis.

A mi hermana, cuñado y sobrinos que me perfeccionaron los resúmenes por si había redactado algo mal en mi lengua materna.

A todas mis amigas, que están esperando que acabe la Tesis para poder ir a un balneario o al cine, y a aquellas que no menciono concretamente pero que puedo asegurar que las quiero.

A Jesús y Antonio mis informáticos de cabecera, que acudían cuando pedía socorro si un programa no funcionaba.

A todos los compañeros del Hospital Universitario la Paz y del Hospital Rodriguez Lafora que me han permitido finalizar esta Tesis al colaborar, tanto en la organización de mi entrada en esos hospitales, como contestando a los cuestionarios y a las entrevistas al hacerme partícipes de sus vivencias.

A las Direcciones de ambos hospitales por permitirme realizar la investigación en ellos.

A las Bibliotecarias del Área de Urbanismo, vivienda y calidad del Ayuntamiento de Valencia, que me facilitaron la información sobre el “Hospital dels folls” realizando una búsqueda interminable y animandome para finalizar la tesis.

A todas las Enfermeras con mayúsculas, que me han transmitido todo su saber a través del tiempo de mi ejercicio profesional, las de antes, las de ahora y las que vendrán.

A todas y todos un beso.

ÍNDICE

Acrónimos o Glosario de Términos 1

Resúmenes 3

Resumen 5

Abstract……..... …….9

Resum 13

Parte Primera..... 17

Capítulo I: Introducción General 19

1.1 Prólogo..... 19

1.2 Justificación del Estudio 22

Capítulo II: Objetivos 25

2.1 Objetivo General..... 25

2.2 Objetivos Específicos 25

Parte Segunda 27

Capítulo III: La Influencia Social en la creación de la Identidad..... 29

3.1 Introducción..... 29

3.2 Cuestiones previas sobre Identidad 30

3.2.1 La Construcción de la Identidad..... 33

3.2.2 El Desarrollo de la Identidad..... 34

3.2.3 La Crisis de Identidad..... 38

Capitulo IV: Marco Teórico 41

4.1 Introducción..... 41

4.2 La Autonomía Enfermera 42

4.2.1 Aspectos a tener en cuenta en el desarrollo de la Autonomía Enfermera 44

4.2.2 Factores que pueden limitar el desarrollo de la Autonomía Enfermera. 46

4.2.3 Factores que influyen en los cuidados excelentes y en el desarrollo de la Autonomía Enfermera. 48

4.3 Estructura de la Atención Sanitaria en España: Hospitales, Centros de Atención Primaria de Salud y Centros de Salud Pública. 61

4.3.1. Los Hospitales 62

4.3.2. Atención Primaria de Salud y Autonomía Enfermera 71

4.3.3. Salud Pública. 74

4.4 Estrés Profesional 74

4.4.1 El Estrés Profesional en Enfermeria 85

4.5 Rol: Conflictos de rol y ambigüedad de rol 91

4.6 La Identidad y La Autonomía como variables de prevencion del síndrome de Burnout 94

4.7 El Estrés relacionado con el modelo organizacional hospitalario 97

Parte Tercera 101

Capitulo V: Las Enfermeras Generalistas en España..... 103

5.1 Introducción 103

5.2 Las Enfermeras Españolas a partir del siglo XIX..... 103

5.3 Las Especialidades Enfermeras 117

Capitulo VI: Las Enfermeras Obstétrico-Ginecológica (Matronas) 119

6.1 Introducción 119

6.2 Las Matronas a través de la Historia 120

Capitulo VII: De Cuidadores Psiquiátricos a Enfermeras de Salud Mental..... 143

7.1 Introducción 143

7.2 Influencias Socio-Culturales y Religiosas 144

7.2.1. Influencias Socio-Culturales y Religiosas en España..... 148

7.3 De Cuidadores Alienistas Españoles a Enfermeros Especialistas en Salud Mental 151

Parte Cuarta 177

Capitulo VIII: Metodología 179

8.1 Diseño 179

8.2 Ámbito 184

8.3 Participantes 184

8.3.1 Población 184

8.3.2 Muestra 185

8.4 Materiales, Fuentes de información y recogida de datos 188

8.4.1 Realización de la entrevista 191

8.5 Análisis de datos 194

8.6 Criterios de rigor y calidad científica 194

8.6.1 La Credibilidad 195

8.6.2 La Auditabilidad o Confirmabilidad 195

8.6.3 La Transferibilidad 196

8.6.4 Autenticidad 196

8.6.5 Relevancia 196

8.6.6 Reflexividad 196

8.7 Aspectos Éticos 197

8.7.1 Consentimiento Informado 197

8.7.2 Permiso de las instituciónes 197

8.7.3 Respeto a los participantes 198

Capitulo IX: Resultados 199

9.1 Variables 201

9.1.1 Resultados de las variables sociodemográficas 201

9.1.2 Resultados de las categorizaciones encontradas 209

a) Aplicación de las medidas terapéuticas autónomas por parte de las enfermeras generalistas y especialistas 209

b) La satisfacción laboral y su relación con la autonomía profesional..... 236

c) Resultados relacionados con las variables causales relacionadas con la toma de decisiones enfermeras..... 251

d) Identificar la percepción entre los grupos sobre la garantía de calidad en el trabajo. 272

e) Relaciones multidisciplinares en el medio hospitalario 276

Capitulo X: Discusión..... 287

10.1 Variables Sociodemográficas 287

10.2 Aplicación de las medidas terapéuticas autónomas por parte de las Enfermeras Generalistas y Especialistas..... 290

10.3 La satisfacción laboral y su relación con la autonomía profesional 292

10.4 Los Hospitales Magnéticos..... 293

10.5 Limitaciones del Estudio 293

10.6 Futuras Líneas de Investigación 294

Capitulo XI: Conclusiones 295

11.1 La Autonomía Enfermera 295

11.2 Las Normas Intrahospitalarias..... 296

11.3 El Empoderamiento de las Enfermeras 297

11.4 Las enfermeras y la Política..... 297

11.5 El Ejercicio Profesional 297

Bibliografía..... 299

Anexos..... 321

Anexo I : Cuestionario de datos sociodemográficos 323

Anexo II: Escala del Entorno de la Práctica Enfermera del Nursing Work Index ... 325

Anexo III: Entrevista Semiestructurada 329

Anexo IV: Compromiso de confidencialidad de los datos 333

Anexo V: Consentimiento Informado por escrito 335

Anexo VI: Hoja de Información al participante 337

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermería. Fuente:Orden CIN/2135/2008, de 3 de julios. Elaboración propia. 57

Tabla 2: Clasificación de los hospitales. Fuente: CEDE (Confederación Española de directivos y ejecutivos). Elaboración propia. 62

Tabla 3: Características de las personas en los Grupos. Fuente: Bales, R.. Elaboración propia. 98

Tabla 4: Estructura de la enseñanza entre Practicantes y Matronas. Fuente G. Canalejo (2006). Elaboración propia. 108

Tabla 5: Las cuidadoras. Historia de las Practicantas, Matronas y Enfermeras (1857-1936). Fuente: G. Canalejo. Elaboración propia. 130

Tabla 6: Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).Fuente: Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo. Elaboración propia. 135

Tabla 7: Programa formativo de las enfermeras especializadas en Salud Mental.Fuente: O.M. 30 de junio de 1998. Elaboración propia. 171

Tabla 8: Recorrido formativo de las especialistas en Salud Mental. Fuente: O.M. 30 de junio de 1998. Elaboración propia. 172

Tabla 9: Objetivos formativos de las enfermeras especialistas en Salud Mental. Fuente: Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo. Elaboración propia. 173

Tabla 10: Términos de búsqueda en BD. Elaboración propia. 182

Tabla 11: Instrumento de medida del entorno laboral de Enfermería. Fuente: Orts Cortés. MI. Elaboración propia. 189

Tabla 12. Guión general preguntas de la entrevista. Fuente: Elaboración propia. 193

Tabla 13: Descripción de las variables cuantitativas por grupos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Los datos representan el tamaño muestral (n) y la frecuencia relativa (%)..... 201

Tabla 14. Descripción de las variables cualitativas por grupos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Los datos representan la media ± la desviación estándar. 204

Tabla 15: Correlaciones entre las diferentes subescalas de la Escala Nursing Work Index. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Prueba p de Pearson. *p<0.05. 205

Tabla 16: Diferencia entre las puntuaciones de las subescalas de la Escala Nursing Work Index Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Prueba ANOVA de un factor. *p<0.05 205

Tabla 17: Los cuidados están basados en un modelo enfermero Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 209

Tabla 18: Los cuidados están basados en un modelo enfermero Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 210

Tabla 19: Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 217

Tabla 20: Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 218

Tabla 21: Utilización de los Diagnósticos de Enfermería Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 225

Tabla 22: Hay tiempo suficiente para debatir los problemas de los pacientes por las enfermeras Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 237

Tabla 23: Ratio enfermera-paciente adecuado para proveer cuidados de calidad. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS..... 239

Tabla 24: Los recursos humanos de apoyo son correctos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 240

Tabla 25: El trabajo en equipo. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS..... 241

Tabla 26: Las enfermeras están formalmente involucradas en los temas del Centro. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.252

Tabla 27: Las enfermeras participan en las decisiones del Centro. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 253

Tabla 28: Las enfermeras pueden participar en las comisiones. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 254

Tabla 29: La dirección escucha y da respuestas. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 255

Tabla 30: El director de enfermería es accesible. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 256

Tabla 31: Los gestores consultan con las enfermeras. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 258

Tabla 32: Los gestores se preocupan de la calidad de los cuidados. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 259

Tabla 33: La supervisora es una buena gestora Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS..... 260

Tabla 34: La supervisora respeta a la plantilla. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS..... 261

Tabla 35: La supervisora utiliza los errores para aprendizaje. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 262

Tabla 36: La supervisora es comprensiva con las enfermeras. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 263

Tabla 37: La supervisora respeta a la plantilla. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS..... 265

Tabla 38: Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho por parte de los supervisores o gestores. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 267

Tabla 39: Los directivos enfermeros están al mismo nivel de poder que otros directivos hospitalarios. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 268

Tabla 40: Se desarrollan programas de formación. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 269

Tabla 41: La enfermera tiene una competencia clínica. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 271

Tabla 42: Percepción de las enfermeras sobre el trabajo en equipo. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 276

Tabla 43: Entre médicos y enfermeras hay buenas relaciones. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 278

Tabla 44: Percepción por parte de las enfermeras de la vertiente colaborativa con los médicos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 285

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Fuente: Alexander MF, Runciman PJ. Elaboración propia. 42

Figura 2: Nursing as jeans of governmentality. Fuente: Holmes D, Gastaldo D. Elaboración propia. 45

Figura 3: Organización de la atención sanitaria en España. Fuente: Elaboración propia. 61

Figura 4: El Burnout, una forma específica de estrés laboral. Fuente: Moreno B, Oliver C y Aragoneses A. Elaboración propia. 78

Figura 5: Factores psicosociales. Fuente: Organización Internacional del Trabajo. Elaboración propia. 81

Figura 6: Riesgos psicosociales. Fuente: OIT. Elaboración propia. 83

Figura 7: Consecuencias de la Reforma Laboral de 2012. Fuente: INE. El País. Elaboración propia. 84

Figura 8: The Sociological Study of Stress. Fuente: Perlin. Elaboración propia. 88

Figura 9: Teoría del aprendizaje. Atribución de conductas.Fuente: García López, J. Elaboración propia. 90

Figura 10: Aspectos sobre los que influye el rol y determinantes del rol. Nota Técnica de Prevención 388. Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Elaboración propia. 92

Figura 11: Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria y Real Escuela Santa Isabel de Hungría. 1896. Fuente: Enfermería avanza. 106

Figura 12: Medallón de la Facultad de Medicina de Paris. Agnódice frente al juicio del Aerópago 121

Figura 13: The Trotula. A Medieval Compendium of Women's Medicine. Fuente: Monica H. Green. 123

Figura 14: Mujer dando a luz con las matronas. Fuente: Libro del arte de las comadres o madrinas y del Regimiento de las Preñadas y paridas y de los niños. Damian Carbón 124

Figura 15: Portada del libro Damian Carbón: Libro del arte de las comadres o madrinas y del Regimiento de las Preñadas y paridas y de los niños. 125

Figura 16: Jeringa usada en el siglo XVII para administración del bautismo uterino. De: Harry A Babies, History, Art and Folklore. Nueva York: Fontanel, 1997. Fuente: El bautismo de urgencia. de Carmona-González I, Saiz-Puente MS. 128

Figura 17: El gran espejo de los locos. Fuente: En Het groote tafereel der Dwaasheid. 1720 146

Figura 18: Portada de El Gran espejo de los locos. Fuente: The Great Mirror of Folly. Goetzmann W. N.; Labio C.; Rouwenhorst K. G. y Young T. G. Universidad de Yale. 146

Figura 19: El martillo de las brujas. Tomo I. Fuente: Kramer H y Sprenger J. 149

Figura 20 Plano de "El hospital dels folls". Fuente: Área de Urbanismo, vivienda y calidad. Ayuntamiento de Valencia. 153

Figura 21 Casa de dementes de Santa Isabel de Leganés, 1872. Fuente: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 160

Figura 22 Grabado del comedor de mujeres tranquilas, atendido por las hermanas de la caridad. Casa de dementes de Santa Isabel de Leganés. Fuente: Asociación Española de Neuropsiquiatría 160

Figura 23 Movimiento en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. 1915. Fuente: INE. Anuario 1915. 162

Figura 24: El cuadro de Greimas. Fuente: Semiotica UAP. Elaboración propia. 296

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Diferencia entre subgrupos respecto a los fundamentos enfermeros respecto a la calidad de los cuidados. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Prueba de Bonferroni. *p<0.05 207

Gráfico 2: Diferencia entre subgrupos sobre Calidad, liderazgo y apoyos 207

Gráfico 3: Diferencias entre subgrupos respecto a la opinión de las dimensiones de la plantilla y adecuación de los recursos humanos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Prueba de Boferroni. *p<0.05 208

Gráfico 4: Diferencias entre subgrupos respecto a la percepción existente sobre las relaciones entre médicos y enfermeras. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Prueba de Boferroni. *p<0.05 208

Gráficos 5: Los cuidados están basados en un modelo enfermero. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 211

Gráfico 6: Los cuidados están basados en un modelo enfermero. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 212

Gráfico 7 : Utilización de los Diagnósticos de Enfermería. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 226

Gráfico 8: Hay tiempo suficiente para debatir los problemas de los pacientes por las enfermeras. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 238

Gráfico 9: El director de enfermería es accesible. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 257

Gráfico 10: La supervisora es comprensiva con las enfermeras. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 264

Gráfico 11: La supervisora respeta a la plantilla. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 266

Gráfico 12: Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho por parte de los supervisores o gestores Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 266

Gráfico 13: Se desarrollan programas de formación. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 270

Gráfico 14: Hay suficientes enfermeras para proveer cuidados de calidad. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS..... 272

Gráfico 15: Hay plantilla suficiente para realizar adecuadamente el trabajo. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS..... 273

Gráfico 16: Los gestores se preocupan de la calidad de los cuidados. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS..... 273

Gráfico 17: La asignación de pacientes favorece la continuidad de los cuidados. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS..... 274

Gráfico 18: Existe un programa de acogida y tutela de nuevos enfermeros Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS..... 275

Gráfico 19: Hay un programa activo de garantía y calidad. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 275

Gráfico 20: Percepción de las enfermeras sobre el trabajo en equipo. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS..... 277

Gráfico 21: Entre médicos y enfermeras hay buenas relaciones. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico 279

Gráfico 22: Resumen de la percepción por parte de las enfermeras de las Relaciones multidisciplinares en el medio hospitalario. Fuente: Entre médicos y enfermeras hay buenas relaciones. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadísticos 280

Gráfico 23: Percepción por parte de las enfermeras de la vertiente colaborativa con los médicos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 286

Gráfico 24: Percepción por parte de las enfermeras de la vertiente colaborativa con los médicos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. 286

Gráfico 25: Número de Enfermeras por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, situación laboral y sexo. Comunidad de Madrid.. Fuente INE. 289

ACRÓNIMOS O GLOSARIO DE TÉRMINOS

A.T.S……..…....…… Ayudante Técnico Sanitario.

ANNC……...……..……Centro de Acreditación de Enfermería Americana.

B.O.E……..…….….Boletín Oficial del Estado.

CBB……..……Cuestionario Breve de Burnout.

CDPE ……..……...Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería.

C.I.E. ……..…... Consejo Internacional de Enfermería.

CLA _GE ……..Calidad, liderazgo y apoyos a las enfermeras por los gestores.

DPA……. Dimensiones de la Plantilla y Adecuación de RRHH.

EGn…….……Enfermera Generalista donde n es el nº identificativo.

ESMn…….Enfermera especialista en Salud Mental donde n es el nº identificativo.

f (E) ……..…….…….. Función de la Expectativa.

FECC…….Fundamentos Enfermeros de la Calidad de los Cuidados.

INSHT……...Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

MBI…….…….. Burnout Maslach Inventory.

MBI-HSS……...…….…. Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey.

Mn…….…….. Enfermera especialista obstétrico-ginecológica (Matrona), donde n es el nº identificativo.

NANDA……..…….. North American Nursing Diagnosis Association.

NIC……..…… Nursing Interventions Classification.

NOC…….. Nursing Outcomes Classification.

NTP ……..…… Notas Técnicas de Prevención.

O.M……..……..Orden Ministerial.

P.A.E……...… Proceso de Atención de Enfermería.

P.E…….…….……... Proceso de Enfermería.

PEAC…… Participación de las Enfermeras en los Asuntos del Centro.

PB …….…….……. Probabilidad de la Conducta.

PFI…….…….……..….. Iniciativa de Financiación Privada.

REME ……..Relaciones entre médicos y enfermeras.

R.V…….…….…….…..…… Valor del Reforzamiento.

S.O.E ……..……...…….……..…Seguro Obligatorio de Enfermedad.

SEGO……..……..……Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

SER……...……..….. Inventario de Experiencia Reciente.

RESÚMENES

RESUMEN

Introducción

Una cuestión siempre asumida dentro de la profesión de enfermería es que las enfermeras tienen una vertiente autónoma, una de colaboración y otra dependiente. Esta doctoranda tras observar durante 30 años de ejercicio profesional en diferentes hospitales dichas afirmaciones, se planteó si en realidad existía de forma suficientemente clara esa vertiente autónoma; y si la organización del trabajo permitía el desarrollo de la autonomía enfermera en los hospitales.

Para ello se planteó estudiar dos grupos de enfermeras: las generalistas y las especialistas, y dentro de las especialistas las Enfermeras Obstétrico-ginecológicas y las especialistas en Salud Mental. La causa de estudiar estos grupos y subgrupos era para analizar si existían diferencias significativas entre ellas además de que son los únicos grupos que tienen puestos de trabajo específicos donde se asocia la competencia a la formación. La idea primigenia o hipótesis de trabajo era que las enfermeras especialistas debían ser más autónomas en su ejercicio profesional enfermero que las generalistas debido a una mayor capacitación por su especialidad.

Objetivos

Objetivo General

Conocer y analizar la percepción sobre la autonomía profesional que las enfermeras generalistas y especialistas tienen en dos hospitales de la red pública de la comunidad autónoma de Madrid.

Objetivos específicos

a) Analizar la aplicación de tratamientos terapéuticos que realizan las enfermeras de forma autónoma.
b) Examinar la satisfacción laboral del colectivo y su relación con la autonomía profesional.
c) Identificar las variables causales relacionadas con la toma de decisiones.
d) Identificar la percepción entre los diferentes grupos de enfermeras sobre la garantía de calidad en el trabajo.
e) Analizar la percepción por parte de las enfermeras de las relaciones laborales existentes en el medio hospitalario.

Metodología

La presente investigación está enmarcada dentro del enfoque cuanti-cualitativo, con cuestionarios con preguntas de corte cuantitativo y entrevistas personales analizadas de forma cualitativa porque ambas perspectivas facilitan la consecución del objeto de la investigación. El posicionamiento paradigmático de la investigación se basó en el constructivismo filosófico. En cuanto a los principales conceptos fueron la teoría fundamentada y la fenomenología, al igual que en el interaccionismo simbólico.

Se utilizaron los siguientes materiales para la recopilación de los datos:

Cuestionario de variables sociodemográficas de elaboración propia, la *Escala del entorno de la práctica enfermera del Nursing Work Index*. adaptada y validada para España por Pedro Gómez J. et al. en 2009, en él se analizan cinco apartados, evaluados mediante una escala tipo Likert: a) La participación enfermera en el centro de trabajo, b) el fundamento enfermero de la calidad de los cuidados, c) la capacidad, el liderazgo y el apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros, d) la adecuación de los recursos humanos enfermeros y por último e) las relaciones que se establecen entre los médicos y las enfermeras en el entorno laboral. La escala Likert tiene una valoración de 1 a 4 en la que 1 implica que se está totalmente en desacuerdo con la frase que se le propone, el 2 ligeramente en desacuerdo, el 3 ligeramente de acuerdo y el 4 significa que se está absolutamente de acuerdo con el enunciado. Se añadió un quinto apartado: el 0, que implicaba un NS/NC con respecto a los ítems formulados. A su vez cada ítem estaba subdividido en subítems. Se utilizó *La entrevista* en profundidad, como técnica de recogida de datos para la fase cualitativa ya que entendíamos que obtendríamos la información deseada. Para asegurar la validez y la confianza del estudio en la entrevista en profundidad, se siguieron los criterios de Guba y Lincoln.

Resultados

Respecto al Objetivo General: Conocer y analizar la percepción sobre la autonomía profesional que las enfermeras generalistas y especialistas tienen en dos hospitales de la red pública de la comunidad autónoma de Madrid

Se realizaron cinco categorizaciones que unidas respondían a la pregunta inicial, sin embargo, tras analizar diversos textos se incluyó una nueva categorización ya

que se relacionaban la autonomía enfermera con la excelencia del cuidado y los hospitales Magnéticos.

Para el resto de objetivos:

Se observaron diferencias significativas entre las enfermeras generalistas y especialistas en los apartados de: la participación en los asuntos del centro, el fundamento enfermero de la calidad de los cuidados, el respaldo de la Dirección de Enfermería, en cuanto a los Recursos Humanos existentes y los necesarios, y las relaciones entre médicos y enfermeras.

Es significativo que las enfermeras Generalistas son las que más aplican el P.A.E., mientras que las enfermeras especialistas en Salud Mental y las enfermeras Obstetrico-Ginecológicas realizan protocolos de actuación, y salvo raras excepciones no utilizan los Diagnósticos enfermeros.

Conclusiones

Tras el análisis de los datos entendemos que es recomendable variar la organización del trabajo para posibilitar el desarrollo de la vertiente autónoma de la enfermería.

La Dirección de Enfermería hospitalaria debe facilitar la toma de decisiones de forma horizontal dejando a las enfermeras la capacidad de liderar los cambios de forma organizada.

Los cambios deben llevarse a cabo por equipos multidisciplinares por lo que cada estamento debe entregar lo mejor de él.

Esto a su vez facilitaría que el hospital cumpliera una de las condiciones para ser magnético, y colocaría realmente como centro de atención del cuidado al paciente.

El empoderamiento de las enfermeras posibilitaría un mejor cuidado, la reducción de errores y la disminución del Burnout.

Palabras Clave: Autonomía profesional, Enfermería, Factores protectores, Magnético, Hospital, Toma de decisiones, Especialidades Enfermeras, Matronas, Enfermera especialista en Salud Mental, Burnout, Identidad, Enfermera, Estresores.

ABSTRACT

Introduction

In the nursing profession is admitted that there is an autonomous aspect, a collaboration aspect and a dependent aspect. After 30 years of profesional practice this doctoral student asked herself: Does the autonomous branch exist in hospitals? Does the hospital work organization allow the development of nursing autonomy?

Twogroups of nurses were studied: generalists and specialists. The groups included in specialists nurses were the obstetric-gynaecological nurses (midwives) and the mental health nurses

The original idea orworkinghypothesiswas: the specialists nurses should be more autonomous in their profesional practice because, due to their specialty, they have greater training than the generalists.

Aims

General Aim

To know the generalists perception nurses and specialists nurses regarding profesional autonomy in two public hospitals in the Autonomous Community of Madrid.

Specific aims

(a) To analyse the implementation of nursing autonomous therapeutic treatments.

(b) To examine the collective's job satisfaction and its relationship with professional autonomy.

(c) To identify the causal variables related with nursing decision-making process.

(d) To identify the perception among different groups of nurses on quality assurance at work.

(e) To analyse nurses' perception of labour relations in hospitals.

e) Analyze the perception by nurses of existing labor relations in the hospital environment.

Methodology

This research is placed within the quantitative and qualitative approaches because both perspectives facilitate the achievement of the objet of investigation. The choosen techniques are quantitative questionaires and personal interviews analyzed qualitatively. The paradigmatic position of this research was based on the Philosophical Constructivism. The main concepts were the Grounded Theory and the Phenomenology, in the same way as in Symbolic Interactionism.

The following materials were used for data collection: questionnaire of sociodemographic variables of own elaboration and the Practice Enviroment Scale of the Nursing Work Index, adapted and validated for Spain by Pedro Gómez J. et al. In 2009. This Scale has five sections which are: a) the nursing participation in the workplace; b) the nursing foundation of the quality of care; c) capacity, leadership and support provided to nurses by nurse manager; d) the adecuacy of nursing human resources and, finally; e) the established relationsips between doctors and nurses in the work enviroment. These sections were analyzed and evaluated using a Likert-type scale. The Likert scale has a rating of 1 to 4, where 1 means that you totally disagree with the proposed sentence, 2 that you slightly disagree, 3 that you slightly agree and 4 that you absolutely agree with the statement.

A fifth section was added: 0, which implied an NA (Not Answered/ Not Applicable) in relation with the formulated items. Each item was also subdivided into sub-items. The in-depth interview was used as the data collection technique for the qualitative phase because we understood that we would obtain the desired information. To ensure the validity and confidence of the in-depth interview, the criteria of Guba and Lincoln were followed.

Results

Regarding the General Objective, to know and to analyze the perception of the professional autonomy that general practitioners and specialists have in two hospitals in the public network of the Autonomous Community of Madrid, five categorizations were made that answered together the initial question. However, after analyzing various texts, a new categorization was included due to Nursing Autonomy, excellence in care and Magnetic Hospitals were related.

For the other objectives, significatives differences were observed between generalist nurses and specialists in the following sections: the participation in the center affairs, the nursing foundation of the quality of care, the support of the Chief Nursing Department in relation with the allowed and necessary Human Resources, and the relationships between doctors and nurses.

The Generalist nurses apply the P.A.E. and the Nursing Diagnoses the most, while the Mental Health specialist nurses and the Obstetric-Gynecological nurses perform action protocols.

Conclusions

After analyzing the data, we conclude that it is advisable to change the work organization to be able to improve the development of the autonomous aspect of nursing.

The Chief Nursing Department should facilitate a horizontal structured decision-making, leaving to the nurses the ability to lead changes in an organized manner.

The changes must be done by multidisciplinary teams so each discipline contributes with its best effort to the whole group. This, in last term, would facilitate the conditions that a hospital needs to be considered a Magnetic Hospital, and would put the patients in the centre of the care.

The nurses empowerment would bring a better care, the error decrease and the Burnout reduction.

Keywords: Professional autonomy, Nursing, Protective factors, Magnetic, Hospital, Decision making, Specialties Nurses, Midwives, Nurse specializing in Mental Health, Burnout, Identity, Nurse, Stressors.

RESUM

Introducció

Una qüestió sempre assumida dins de la professió d'infermeria és que les infermeres tenen un vessant autònoma, una vessant de col·laboració i una vessant depenent. Després d'observar durant 30 anys d'exercici professional aquesta doctoranda, es va plantejar si en realitat existia de forma prou clara aquesta vessant autònoma; i si l'organització del treball permetia el desenvolupament de l'autonomia infermera en els hospitals.

Per a això es va proposar estudiar dos grups d'infermeres: les generalistes i les especialistes, i dins de les especialistes les Infermeres Obstètric-ginecològiques i les especialistes en Salut Mental. La causa d'estudiar aquests grups i subgrups era per analitzar si hi havia diferències significatives entre elles a més de que són els únics grups que tenen llocs de treball específics on s'associa la competència a la formació. La idea primigènia o hipòtesi de treball era que les infermeres especialistes havien de ser més autònomes en el seu exercici professional infermer que les generalistes causa d'una major capacitació per la seva especialitat.

Objectius

Objectiu General

Conèixer i analitzar la percepció sobre l'autonomia professional que les infermeres generalistes i especialistes tenen en dos hospitals de la xarxa pública de la comunitat autònoma de Madrid.

Objectius Específics

a) Analitzar l'aplicació de tractaments terapèutics que realitzen les infermeres de forma autònoma.

b) Examinar la satisfacció laboral del col·lectiu i la seva relació amb l'autonomia professional.

c) Identificar les variables causals relacionades amb la presa de decisions.

d) Identificar la percepció entre els diferents grups d'infermeres sobre la garantia de qualitat en el treball.

e) Analitzar la percepció per part de les infermeres de les relacions laborals existents en el medi hospitalari.

Metodología

La present investigació està emmarcada dins de l'enfocament quantificació qualitatiu, amb qüestionaris amb preguntes de tall quantitatiu i entrevistes personals analitzades de forma qualitativa perquè les dues perspectives faciliten la consecució de l'objecte de la investigació. El posicionament paradigmàtic de la investigació es va basar en el constructivisme filosòfic. Quant als principals conceptes van ser la teoria fonamentada i la fenomenologia, igual que en l'interaccionisme simbòlic.

Es van utilitzar els següents materials per a la recopilació de les dades:

Qüestionari de variables sociodemogràfiques d'elaboració pròpia, l'Escala de l'entorn de la pràctica infermera del Nursing Work Index. adaptada i validada per a Espanya per Pedro Gómez J. et al. el 2009, en ell s'analitzen cinc apartats, avaluats mitjançant una escala tipus Likert: a) La participació infermera en el centre de treball, b) el fonament infermer de la qualitat de les cures, c) la capacitat, el lideratge i el suport a les infermeres per part dels gestors infermers, d) l'adequació dels recursos humans infermers i finalment e) les relacions que s'estableixen entre els metges i les infermeres en l'entorn laboral. L'escala Likert té una valoració d'1 a 4 en la qual 1 implica que s'està totalment en desacord amb la frase que se li proposa, el 2 lleugerament en desacord, el 3 lleugerament d'acord i el 4 significa que s'està absolutament d'acord amb l'enunciat. Es va afegir un cinquè apartat: el 0, que implicava un NS / NC respecte als ítems formulats. Al seu torn cada ítem estava subdividit en subítems. Es va utilitzar L'entrevista en profunditat, com a tècnica de recollida de dades per a la fase qualitativa ja que enteníem que obtindríem la informació desitjada. Per assegurar la validesa i la confiança de l'estudi en l'entrevista en profunditat, es van seguir els criteris de Guba i Lincoln.

Resultats

Respecte a l'Objectiu General: Conèixer i analitzar la percepció sobre l'autonomia professional que les infermeres generalistes i especialistes tenen en dos hospitals de la xarxa pública de la comunitat autònoma de Madrid

Es van realitzar cinc categoritzacions que unides responien a la pregunta inicial, però, després d'analitzar diversos textos es va incloure una nova categorització ja que es relacionaven l'autonomia infermera amb l'excel·lència de la cura i els hospitals Magnètics.

Per a la resta d'objectius:

Es van observar diferències significatives entre les infermeres generalistes i especialistes en els apartats de: la participació en els assumptes del centre, el fonament infermer de la qualitat de les cures, el suport de la Direcció d'Infermeria, pel que fa als recursos humans existents i els necessaris, i les relacions entre metges i infermeres.

És significatiu que les infermeres Generalistes són les que més apliquen el P.A.E., mentre que les infermeres especialistes en Salut Mental i les infermeres Obstetrico-Ginecològiques realitzen protocols d'actuació, i excepte rares excepcions no fan servir els Diagnòstics infermers.

Conclusions

Després de l'anàlisi de les dades entenem que és recomanable variar l'organització del treball per possibilitar el desenvolupament del vessant autònoma de la infermeria.

La Direcció d'Infermeria hospitalària ha de facilitar la presa de decisions de forma horitzontal deixant a les infermeres la capacitat de liderar els canvis de forma organitzada.

Els canvis s'han de dur a terme per equips multidisciplinaris pel que cada estament ha de lliurar el millor d'ell.

Això al seu torn facilitaria que l'hospital complís una de les condicions per ser magnètic, i col·locaria realment com a centre d'atenció de la cura al pacient.

L'empoderament de les infermeres possibilitaria una millor cura, la reducció d'errors i la disminució del Burnout.

Paraules Clau: Autonomia professional, Infermeria, Factors protectors, Magnètic, Hospital, Presa de decisions, Especialitats Infermeres, llevadores, Infermera especialista en Salut Mental, burnout, Identitat, Infermera, Estressors.

PARTE PRIMERA

DAILY SKETCH, SATURDAY, OCTOBER 23, 1915.

MISS CAVELL'S FATE.—READ REV. R. J. CAMPBELL IN THE ILLUSTRATED SUNDAY HERALD THIS WEEK-END.

DAILY SKETCH.

GUARANTEED DAILY NETT SALE MORE THAN 1,000,000 COPIES.

No. 2,067. LONDON, SATURDAY, OCTOBER 23, 1915. (Registered as a Newspaper.) ONE HALFPENNY.

THE LAST WORDS OF NURSE CAVELL.

Miss Edith Cavell (on right), with her mother and sister Flora.

Miss Edith Cavell in childhood.

The latest portrait, taken in London, of Nurse Cavell.

"She was brave and bright to the last. She professed her Christian Faith, and said she was glad to die for her country. She died like a heroine." This is the message the German military chaplain gave to the British chaplain at Brussels when he told how our English martyr went to her doom. —(*Daily Sketch* Exclusive Photographs.)

Daily Sketch, 23 October 1915. Fuente: British Library
A la memoria de Edith Cavell.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

1.1 PRÓLOGO

Desde que las enfermeras iniciaron su andadura como Diplomadas en 1977, llama la atención que, a pesar del cambio sustancial en el plan de estudios, esto se ha visto reflejado muy poco en la organización del trabajo hospitalario. En 1977 con la entrada de los estudios de Enfermería en la Universidad, se produjo un desajuste entre el cambio académico de la profesión, y la ausencia de cambio de roles en el sistema sanitario, al mismo tiempo que se mantenía la antigua organización del trabajo hospitalario.

Académicamente cambió el acceso a los estudios, el contenido de los planes de estudio, el perfil del profesorado y la adaptación a las directivas comunitarias.

Profesionalmente existió, un cambio de grupo (del grupo C al grupo B); y un incremento salarial notable, Se amortizaron las plazas de laboratorio y rayos, y hubo una disminución de ratios enfermera/paciente, pero sin embargo no se modificó el modelo organizativo.

Este desajuste ocasionó que, las profesionales no percibiesen un cambio de rol, ya que, se aumentó el salario sin cambiar el desempeño del puesto de trabajo.

Reflexionando sobre un cambio tan significativo como representó en su momento la adquisición de nuevas competencias, se tendría que haber apoyado una posterior evolución de la organización del trabajo, potenciándose al mismo tiempo la investigación y una mayor clarificación de la vertiente autónoma, para conseguir así un aumento del "corpus doctrinal".

Entendemos que, la legislación del R.D. 2128/1977 del 23 de julio(1) por la que desaparecía la titulación de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.), si bien es cierto

que significó un salto cualitativo por parte del Ministerio de Educación y Ciencia de la época, hacia la profesión, no lo es menos que, no se correspondió con los diferentes Estatutos y Normas de régimen interno del entonces existente Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que no variaron quedando unas normas anacrónicas, con respecto a las posibilidades de ejercer su autonomía los Diplomados de Enfermería.

No se realizaron cambios como: los perfiles de puesto de trabajo, si bien es cierto que se pasó de una sistematización de los cuidados de forma funcional o del trabajo por tareas, al trabajo en equipo donde cada miembro utilizaba sus mejores capacidades, hasta la forma actual de los cuidados primarios o centrados en el paciente. Sin embargo, la ratio enfermera- paciente ha ido disminuyendo, a pesar que un cuidado primario necesita mayor número de enfermeras que el trabajo por tareas. Es cierto que la ratio se recuperó en 1993, sin embargo, no lo, es más, que poco a poco se fueron amortizando puestos de trabajo hasta llegar a la actualidad, que en algunos casos se realizan contratos por 15 días, un mes o tres meses renovables o no.

Con la legislación del 2003(2), se va materializando el rol autónomo de la enfermera al establecerse la formación por competencias, a partir de este momento, sin embargo, está más reflejado en la reglamentación que sobre el ejercicio real de la profesión en la clínica:

"a) Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades" (2)

Es por ello que, en esta investigación, se tratará de analizar la vertiente autónoma de los Diplomados y Graduados en Enfermería, tras más de 40 años de haber iniciado sus itinerarios universitarios.

Para realizar esta investigación se han elegido muestras de enfermeras generalistas y especialistas de dos hospitales de Madrid, tratando de discernir cuál de las muestras presenta un concepto de autonomía más cercano a la definición: Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie. (R.A.E.)(3)

Tratando de desarrollar lo descrito previamente, se ha estructurado la investigación en cinco partes, la primera parte consta de tres apartados:

En el primer apartado y en el Capítulo I se detalla una referencia general sobre los motivos y pasos dados a lo largo de la investigación y en el capítulo II referiremos los objetivos de esta investigación.

En el segundo apartado, que corresponde a los capítulos III y IV intentaremos ubicar al lector en el contexto seguido de la presentación del estado actual de la cuestión. Para ello en el capítulo III conoceremos la influencia social de la identidad en las enfermeras, seguiremos con el capítulo IV donde analizaremos el marco teórico.

En el tercer apartado, y dentro del capítulo V, VI, y VII expondremos la situación actual de las enfermeras Generalistas, las enfermeras especialistas obstétrico-ginecológicas (Matronas), y las enfermeras especialistas de Salud Mental ello es imprescindible para saber sus sentimientos y su percepción de la autonomía; es importante porque los antecedentes nos traen hasta la actualidad.

En el cuarto apartado expondremos el marco metodológico de la Tesis en el capítulo VIII. Presentaremos la metodología de la investigación, las técnicas utilizadas, definiremos las variables, al igual que las diferentes muestras, las limitaciones y delimitaciones de la investigación. Los instrumentos para la recogida de datos y los utilizados para su análisis.

Posteriormente en el capítulo IX, expondremos los resultados y el análisis de los datos. Observaremos pues, la opinión de las enfermeras sobre su participación en los asuntos del centro; el fundamento enfermero de la calidad de los cuidados; la apreciación sobre la capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros; su percepción sobre la dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos, y por último las relaciones existentes entre médicos y enfermeras. Al mismo tiempo profundizaremos en la recogida de estos datos a través de encuestas realizadas a las diferentes profesionales.

El capítulo X, está reservada a la discusión y allí se expondrán las futuras líneas de investigación al igual que las limitaciones que hemos tenido al realizar el estudio; y en el capítulo XI a las conclusiones que se presentan. Las conclusiones que se han alcanzado una vez finalizadas todas las fases de la investigación.

Posteriormente se muestran las referencias bibliográficas, concluyendo con los anexos pertinentes utilizados en la investigación.

Tal como se ha especificado al inicio de la introducción tras un ejercicio profesional de 40 años y observando los diversos cambios en los planes de estudio, a esta doctoranda le llamó la atención que en el entorno hospitalario se desarrollara con tanta dificultad la vertiente autónoma de las enfermeras. Esto lo que le llevo a plantearse

la causa básica de este problema. Siempre se manifestaba y además se reiteraba la importancia de ésta vertiente tanto en la Universidad, como en las diferentes Jornadas y Congresos enfermeros, por lo que la incongruencia percibida entre la teoría y la práctica influyó en la necesidad de realizar a esta doctoranda la investigación.

Por lo tanto, vamos a referirnos a esta vertiente autónoma y al desarrollo del ejercicio profesional en el ámbito que nos es propio. Para analizar esta cuestión se optó por comparar los grupos de enfermeras generalistas y especialistas, y dentro de las especialistas a las enfermeras Obstétrico-Ginecológicas (Matronas), y las enfermeras especialistas en Salud Mental dado que tienen estas especialidades un desarrollo mayor en el tiempo.

La hipótesis que nos orienta es que dentro de la autonomía enfermera las enfermeras generalistas eran menos autónomas que las enfermeras especialistas, y dentro de éstas las enfermeras de Salud Mental eran menos autónomas que las Matronas.

Con ésta tesis se pretende tener una base práctica para poder conocer con un juicio claro cómo conseguir una calidad de cuidados mayor, y sugerir herramientas que faciliten el desarrollo de todos los conocimientos adquiridos por las enfermeras.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Tras ejercer como enfermera durante 40 años en diversas unidades clínicas y posteriormente realizar estudios que planteaban la vertiente autónoma de las enfermeras; una duda planeaba sobre la posibilidad que esta vertiente existiera o no en la atención especializada realmente.

Es por ello que se valoró la necesidad de realizar una investigación apoyado por un trabajo de campo que ayudase a aportar resultados de interés relacionados con esta situación.

Esta información es importante ya que el trabajo enfermero está infravalorado en cuanto a su ejercicio profesional científico se refiere, debido a una óptica anticuada y que no se adapta a la realidad actual.

La preparación de las enfermeras en el siglo XXI es un paso muy importante en cuanto a la aplicación de la calidad de los cuidados tal como especifica Zarate Grajales. (4). Primero porque se realiza un ejercicio profesional para los que el Estado ha invertido en que sea lo mejor; segundo porque la prevención forma parte de los cuidados de enfermería y así se conseguiría frenar el deterioro de las personas y frenar la utilización hospitalaria con lo que las personas y sus familiares no estarían sufriendo un medio hostil y complicaciones personales (bajas laborales, perdidas de rol, e incluso pobreza y exclusión social).

Los resultados nos permitirán ver una realidad más de acorde con nuestro tiempo, ya que a pesar de los estudios realizados sobre este tema no se han ajustado a la aplicación de las diversas opiniones.

Entendemos que se puede demostrar la necesidad de variar la organización del trabajo hospitalaria si deseamos seriamente que nuestro sistema nacional de salud persista durante mucho tiempo, y esto está basado en la base más importante: La prevención.

Vamos a intentar demostrar cómo podría dentro de la atención hospitalaria solucionar problemas actuales y ahorrar económicamente para mejorar la calidad y aumentar el personal.

CAPÍTULO II: OBJETIVOS

Desde una perspectiva profesional en ocasiones, se especula sobre todas las vertientes que la enfermería tiene: la vertiente autónoma, la vertiente dependiente y la de colaboración.

Tras la observación diaria en los hospitales de agudos a esta doctoranda no podía más que preguntarse si esta era la realidad en la hospitalización, por lo que se realizó la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe realmente la vertiente autónoma de la enfermera y el desarrollo del ejercicio profesional en el ámbito que les es propio dentro de la hospitalización?

Para ello se plantearon una serie de objetivos, por una parte, el general y para llegar a él los específicos.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer y analizar la percepción sobre la autonomía profesional que las enfermeras generalistas y especialistas tienen en dos hospitales de la red pública de la comunidad autónoma de Madrid.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Analizar la aplicación de tratamientos terapéuticos que realizan las enfermeras de forma autónoma.

b) Examinar la satisfacción laboral del colectivo y su relación con la autonomía profesional.

c) Identificar las variables causales relacionadas con la toma de decisiones.

d) Identificar la percepción entre los diferentes grupos de enfermeras sobre la garantía de calidad en el trabajo.

e) Analizar la percepción por parte de las enfermeras de las relaciones laborales existentes en el medio hospitalario.

PARTE SEGUNDA

Enfermeras el día de su graduación en Newberry Village. Estado de Michigan. EE.UU.Alrededor de 1900.

"La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indicia cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar; cómo pensar y qué pensar". Florence Nightingale, 1882

CAPÍTULO III: LA INFLUENCIA SOCIAL EN LA CREACIÓN DE LA IDENTIDAD

3.1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a intentar de forma gradual esbozar unos trazos sobre que es la identidad, aunque quizás no podamos especificar y/o desarrollar completamente todos aquellos rasgos que pudieran llegar a definirla.

Es básico desarrollar esta idea desde la perspectiva que según la RAE identidad es un "*Conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás",* por lo tanto, es basándonos en ello por lo que en principio debemos conocer las características de las enfermeras y analizar su vertiente autónoma ya que es la que las caracteriza frente a los demás.

En principio, no existe una definición concreta de identidad ya que ésta es más bien un cúmulo de experiencias vitales que se forman a través del tiempo. El individuo, no gobierna sus identidades ya que algunas de ellas existen antes de su nacimiento o incluso tras su muerte. Esto se debe a la imbricación existente entre persona y sociedad, y la simbiosis que entre ambas se conforma para conseguir las diversas identidades que a continuación expondremos.

La simbología social influye directamente en los rasgos identitarios que las personas presentan, ya que la interacción simbólica favorece la creación de esos rasgos tanto personales como colectivos. Aunque sabemos que no se puede realizar una división drástica, en un primer epígrafe vamos desarrollar lo que denominaremos la construcción de la identidad, en segundo epígrafe trazaremos unos rasgos sobre su desarrollo, y por último concluiremos con la crisis de identidad.

Estudiaremos la estrecha relación entre el rol que asumen las personas y la identidad, e incluso propondremos si algunas identidades pueden llegar a ser roles.

Todos estos aspectos anteriormente expuestos son una base para estudiar a través de este capítulo la génesis de la identidad, su desarrollo y crisis para posteriormente en el siguiente capítulo poder enlazar, de una forma más específica con la creación de la identidad profesional enfermera, y más concretamente de las enfermeras especialistas Obstétrico-Ginecológicas o Matronas y de las enfermeras de Salud Mental, ya que partimos de la hipótesis que éstas enfermeras especialistas tienen más arraigada su identidad profesional, y por lo tanto más desarrollada su vertiente autónoma.

La idea que soporta esta reflexión es comprender si una identidad más arraigada, es una base suficientemente eficaz para que el concepto de vertiente autónoma, se manifieste más claramente en las enfermeras especialistas que en las generalistas.

3.2 CUESTIONES PREVIAS SOBRE IDENTIDAD

Tal como especificábamos en la introducción, no existe una definición concreta para la identidad. El diccionario de la Real Academia Española, establece la identidad como una relación de aspectos, ya que la precisa como un "conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás", la identidad, pues, es un concepto que se vislumbra a través de un conjunto de actuaciones, convencimientos, creencias y comportamientos que señalan a una persona o grupo de personas.

Analizando esto, observamos que independientemente de si existe o no una definición para la identidad, o si sólo puede ser precisada por rasgos, lo cierto es que cuando hablamos de identidad debemos distinguir entre diferentes identidades parciales que conforman a su vez la identidad total de cada individuo.

Esta identidad parcial a las que nos referimos sería con el objeto de clarificar la exposición que a continuación efectuamos, ya que en realidad nos referimos a una serie de atribuciones realizadas por la sociedad que decide en cada momento lo que es usual y lo que no es.

La identidad ha sido estudiada por numerosos investigadores (Erikson, 1968(4); Bruner 1996; Baumeister y Muraven, 1996(5); Goffman, 2001(6); Coté y Levine,(7) 2002; Kroger(8), 2004)

Habitualmente las relaciones sociales se inician de forma impersonal, por lo que establecemos una serie de estereotipos en la interacción entre las personas relacionados con la simbología social.

Esta primera relación que establecemos, está basada en la identidad social virtual, ligada a la imagen a través de la cual se suponen una serie de atributos a la persona en virtud de su apariencia. Sin embargo, lo cierto es que la persona tiene una identidad social real o aquellos atributos que posee y que pueden de alguna forma demostrarse.

Según Goffman cuando se inicia el conocimiento personal, a medida que avanza éste, retroceden los estereotipos, comenzando a observar y asumir las credenciales reales de la persona, su sello de identidad, que unida a su historia vital nos llevará a la identidad personal(6).

Esa identidad personal va ligada a la sociedad y puede incluso existir previamente a la vida de la persona y después de su muerte(6), ya que es en realidad una imagen social adquirida y se puede manejar dependiendo de las situaciones concretas del individuo. Es aquello que los demás esperan de nosotros y es también lo que nosotros mostramos a los demás.

La identidad personal, por lo tanto, es la información que se transmite a los otros socialmente. Sin embargo, la identidad personal, siempre va acompañada de la identidad del yo o *ego identity, En* la identidad personal, la persona se reconoce, sabe de ella y sobre ella a través de la identidad del yo, y además manejando la información la transmite a los demás.

Con la identidad del yo, el individuo actúa subjetivamente, tamizando su conocimiento de las cosas, interactúa con los demás individuos y gracias a sus experiencias y reflexiones, logra esa comprensión de sí mismo.

El individuo, aunque tiene rasgos comunes con quienes le rodean debido a la influencia social, su bagaje vital, sus experiencias unipersonales, son las que le van a diferenciar de los otros. Por lo que podríamos concluir que la simbiosis entre ambas identidades implica la distinción de la persona como ser único, no por lo que es en sí, sino justamente por la diferencia con los demás.

Entre la identidad personal y la identidad del yo siempre existirán secretos ocultos, y esos secretos son parte básica de la diferencia. Secretos o intimidades que la identidad personal no conocerá de la identidad del yo.

Pero también proponemos la existencia de una identidad social (6), en cuyo caso especificaríamos un yo desde la perspectiva de los otros, imbuidos por las categorizaciones sociales existentes. Esta identidad social se referiría a la capacidad de catalogación de los grupos o subgrupos existentes dentro de la propia sociedad, ya sean profesionales, urbanos, etc.

Con la identidad personal y social se construiría el rol que adoptamos socialmente, bien en la empresa, una organización, la familia etc. ya que *"ambas forman parte de las expectativas y definiciones que otras personas tienen de un individuo con respecto a su identidad*"(6). Por lo tanto, un aspecto importante del rol es la posición del individuo dentro del grupo.

Cuando una persona forma parte de un grupo ocupará un puesto en la misma en función del papel que vaya a desarrollar. Esta persona tiene sus propias ideas acerca del papel o rol que debe desempeñar en su puesto. También, otras personas del grupo, o relacionadas con ella, tienen sus propias expectativas acerca del papel o rol que aquella persona debe desempeñar.

Las conductas, por lo tanto, en relación con los roles se analizan como mecanismos que utilizan las personas para obtener una identidad social positiva.

Esta afirmación confirmaría la tesis de Sellán (9), según la cual *"la identidad es polisémica y se confunde con autoimagen, autoestima, el yo, autoconciencia, o self*"[…] *"La identidad es todo aquello que el yo identifica como propio distintivo o como propio genérico*"(9)

3.2.1 La construcción de la identidad

Es difícil hablar de la construcción de la identidad dado que como hemos especificado anteriormente el concepto identidad es un conjunto de características que no conocemos con exactitud. Sin embargo, sí podemos afirmar que la identidad, bien sea personal o social, va unida íntimamente a la cultura en la que las personas están inmersas.

La cultura social o popular está construida por los individuos que componen una sociedad determinada, se define como el conjunto de todas las formas y expresiones esa sociedad, es decir, sus bases simbólicas para que se construyan los significados tal como especificó Bruner(10). Incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias, valores, símbolos, procesos lingüísticos y procesos cognitivos, pertenencia incluso a los subgrupos pertenecientes a esa sociedad entendiendo esto como expresión social del momento.

Tal como observábamos en el apartado anterior, la identidad del yo, se va creando a través de las experiencias, experiencias que a su vez implican un intercambio permanente con el medio, por lo que la identidad es inestable, frágil.

Dependiendo del lugar donde estemos, de cómo nos sintamos, ante quién estemos y a su vez de la influencia que hayamos tenido o tengamos sobre nuestro entorno, bien histórica o socialmente, incorporaremos un conjunto de expresiones, de comunicación, de procesos lingüísticos y cognitivos, en definitiva, unas particularidades que a su vez nos hará interaccionar con los demás individuos de una forma concreta.

Es por lo que podríamos afirmar que en la génesis identitaria intervienen varios factores a tener en cuenta: (a) la cultura popular, (b) el desarrollo cognitivo, (c) el desarrollo emotivo y por ultimo (d) los procesos lingüísticos que a su vez se plasmarán en la creación del conocimiento de uno mismo, y que nos referirá a un grupo de pertenencia o endogrupo caracterizado por una identidad grupal concreta.

Por otra parte, este grupo de referencia puede tener numerosas subdivisiones y a medida que se reconozca el individuo más concretamente con un grupo concreto, aquellos que no tengas similares características pasaran a formar parte del exogrupo.

Un ejemplo de endogrupo serían las enfermeras como colectivo, si tenemos en cuenta todas las categorías de profesionales de la salud existentes en un hospital, pero a su vez para las matronas su endogrupo serían las propias matronas y el exogrupo el resto de enfermeras.

Podríamos concluir que la construcción de la identidad es una construcción activa y consciente, pero también inconsciente, fruto de la interacción con otros humanos en unas condiciones concretas.

3.2.2 El desarrollo de la identidad

El hablar del desarrollo de la identidad, es como producir un compartimento extraño entre su construcción y su desarrollo.

Valga especificar que si bien desde el inicio ambas son prácticamente iguales, en este apartado se pretende analizar, de alguna forma, las particularidades que influyen en el desarrollo de la identidad aparte de las que especificamos en el epígrafe anterior.

La identidad se desarrolla y transforma a través de la socialización. Observamos dos tipos de socialización básicos, la primaria, o la que inicialmente una persona aprehende en su niñez y tiene como base la familia. En este tipo de socialización el dominio fundamental es la emotividad.

Posteriormente encontramos la socialización secundaria, es un nexo de unión tanto o más fuerte que los lazos familiares o socialización primaria, es aquella en que el niño adquiere consciencia de "lo otro", observa y es consciente que no existe solo su mundo familiar. Es la internalización de submundos (realidades parciales que contrastan con el mundo de base adquirido en la socialización primaria) institucionales o basados sobre instituciones, y la carga afectiva va a ajustarse -con mayor o menor fortuna- con las habilidades o competencias necesarias para equilibrarse con el mundo.

Entre ambas encontramos la socialización simbólica que es la asunción de un *"sistema de signos arbitrariamente relacionado con un referente*"(10) como ya explicitaba Bruner, ésta, permite a las personas sentirse parte de la cultura en que están inmersas, donde el esquema simbólico de la persona denominado el interpretante, facilitará su comunicación endogrupal o exogrupal (6).

La comunicación, tanto verbal como no verbal, se produce entre las personas a través de la intersubjetividad, es decir, la capacidad que tenemos para entender la mente del otro a través de la nuestra y por lo tanto negociar los diferentes significados de la simbología existente socialmente.

Esta comunicación es la base de la identidad personal, la identidad del yo, además de la identidad social, ya que posibilita una comunidad cultural donde no solo se comparten creencias entre las personas y el mundo; o la valoración de las cosas o hechos que en él acontecen; a través de ella conseguimos los consensos necesarios para tener una convivencia adecuada e intentar solucionar nuestros conflictos.

Pero las personas no son meros observadores de lo que sucede a su alrededor reaccionando simplemente al estímulo, existe una génesis continua de interacciones que son tamizados por la subjetividad de los presentes, o sea se realizan acciones continuas, las personas son sujetos activos allí donde ellos están situados.

Por lo tanto, esta forma de entender el desarrollo de la identidad está relacionado con los estudios realizados por Mead y lo que se vino a denominar el interaccionismo simbólico, que aseveraba en su teoría del self que las personas en sus relaciones sociales utilizaban un yo y un mí. El yo que era creativo, inconsciente y espontáneo ante las reacciones de los demás mientras que el mí era convencional, consciente y fabricado a través de la interacción..(11)

Blumer en 1986 (12), sintetizó los fundamentos del Interaccionismo Simbólico en tres puntos:

> *"Los seres humanos actuamos hacia las cosas sobre la base de los significados que estas tengan para nosotros".*
>
> *"El significado que atribuimos a las cosas surge de la interacción social que uno tiene con sus congéneres".*

Los significados se modifican a través de un constante proceso de interpretación. Precisamente:

> *"Los significados son manipulados y modificados a través del proceso de interpretación utilizado por la persona al relacionarse con las cosas que encuentra en el mundo que le rodea". (p. 48)*

Por lo tanto, el entendimiento del comportamiento humano debe buscarse en los significados que para los seres humanos tienen los fenómenos de sus propias experiencias. Los factores externos pueden existir, pero hasta no ser interpretados por una persona, éstos no tienen significado.

Goffman (13) entendía esta interacción metafóricamente, como en el teatro y en la dramaturgia, y opinaba que la naturaleza expresiva de las actividades humanas solo podía mostrarse analizándola mediante el enfoque dramatúrgico. Esta representación teatral, contenía los mismos elementos que si de una obra se tratara (actores, guión, escenario, bastidores, acción, un nudo, un desenlace, un objetivo). Parte de la idea que la actividad humana es expresiva y por lo tanto produce impresiones a quienes observan dicha actividad. A través de ello, los actores adquieren y a su vez hacen adquirir a los demás actores implicados, la experiencia, tanto en vivencias personales como en la obtención de símbolos de orden social.

Burke(14) aplica la dramaturgia para analizar los modos de pensamiento utilizados por los actores sociales. Estos atribuyen una serie de motivos para explicarse o justificar las acciones que se realizan socialmente, para ello se preguntan cinco cuestiones claves: ¿Qué es lo que ha sido hecho?, ¿Cuándo o dónde ha sido hecho?, ¿Quién lo hizo?, ¿Cómo lo hizo? Y ¿Por qué lo hizo? Al responder a estas preguntas quedan de manifiesto el Acto realizado, la Escena donde se realizó, el Agente o Agentes que lo realizaron, la Agencia o el Medio utilizado y por último el Propósito o motivación del Agente.

Bruner (10) adapta la dramaturgia a la narración para desentrañar a través de las expresiones narrativas la influencia primordial que la cultura tiene en la naturaleza de la acción humana. Él declara que la cultura y el significado van íntimamente ligados y expone que *"no existe otro modo de describir el tiempo vivido salvo en forma narrativa"*

En opinión de Bruner, a pesar de poder hablar de forma cronológica que aparentemente podría ser más objetiva, no se puede prescindir de las influencias culturales, por lo que una autobiografía, estará imbuida de esta cultura y de subjetividad.

La autonarración o mejor especificado la autobiografía no es un simple archivo mental, sino que influyen muchos procesos y uno de los temas primordiales son los sentimientos que una persona posee, las creencias, los valores y los deseos. Los actores,

por medio de las narraciones realizadas, potencian su pertenencia al grupo o a la sociedad, sintiéndose así quizás, más protegida por ella. A su vez la persona negocia de alguna forma con esa sociedad a través de la narración.

Estas narraciones tienen un hilo conductor y son secuenciales, se especifica con relaciones causales lo que no es habitual; sin embargo, lo habitual se da por supuesto y por ello no se explica la causa, no se justifica el porqué.

Se aplica un esquema simbólico para que medie entre el mundo conocido (y quizás aceptado) y los signos que se conocen o los iconos personales, que a su vez son los que se transmiten socialmente o en el grupo.

Bruner esgrime que, en una narración, la importancia no radica, en realidad, en la veracidad de lo narrado e incluso en lo que omite sino en cómo y porque un sujeto lo narra; ya que gracias a dicha narración se podrá entrever la huella social impresa en el actor. Es por ello que esta tesis se propone desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa ya que en esta narración las enfermeras expresan su relación con la parte más íntima de su identidad: La autonomía.

Como se puede observar el desarrollo de una identidad tiene una serie de influencias interrelacionadas que constituyen una especie de caja de Pandora cuyo resultado (nunca estático) es un individuo o agente único, exclusivo, aunque con características sociales comunes de donde se ha desarrollado, simbiosis de intercambio ya que a su vez el agente transforma la sociedad donde el mismo está inmerso.

Por lo tanto, la identidad no es lo que uno ve de sí mismo o las acciones que realiza, sino también lo que nosotros creemos que somos y lo que los demás creen que somos a través de lo que observan de nosotros. La identidad además incluso sería a donde piensa uno que puede llegar.

Pero acercarse tanto a la identidad puede volverla imprecisa por su amplio contenido.

3.2.3 La crisis de identidad

Si para hablar de identidad, hemos hablado de valores socio-culturales comunes, deseos, compromisos, metas, que tienen que ver con una simbología aceptada; cuando hablamos de crisis de identidad, ¿En realidad que estamos indicando?

Cuando una sociedad o grupo con una identidad concreta se enfrenta a la desorganización, la ineficacia e incomunicabilidad de los valores socio-culturales existentes, la irresponsabilidad, o falta de compromiso, la falta de horizonte al carecer de metas comunes, se hacen evidentes los síntomas de una crisis que se manifiesta en todas las instituciones de la cultura social existente, bien sean las familiares, las profesionales, las políticas, etc.

Ante esto surge la incomunicación más absoluta, realizándose una quiebra, cuya causa es que en el discurso vinculante falta el criterio unificador con que interpretar la realidad cultural.

La desconfianza sustituye a la interpretación del discurso narrativo, entendiéndose como falta de voluntad de llegar a un acuerdo. Existe un empobrecimiento, por lo tanto, de los discursos narrativos. El actor se siente vulnerable y prescindible y, lo que es peor aún, como consecuencia de ello, no sabe a qué grupo pertenece por lo que todas aquellas identidades que lo conforman se resquebrajan.

La identidad, en ese momento ya mal planteada, pues sus cimientos no se yerguen sobre estructuras sólidas, no conseguirá que las diferencias y conflictos se superen a través de la narración como forma de expresar la simbología subyacente, ya que la simbología ha quebrado también.

Todo ello lleva a un planteamiento de un orden nuevo para paliar esa crisis, incluyendo cambios en la simbología social.

Las preguntas que surgen al respecto son:

¿Es factible que exista una crisis profunda en las enfermeras por no reconocerse en el ejercicio de su profesión?, ¿Es posible que las enfermeras tras esta despersonalización pudieran presentar problemas tipo síndrome de Burnout o hastío por su trabajo? ¿Existiría alguna forma de paliar esta crisis personal y profesional?

A través de este capítulo, hemos ido desgranando un sucinto análisis de la identidad.

Hemos explicado que la identidad está compuesta por numerosas identidades como son la identidad personal, la identidad del yo, la identidad social virtual, la identidad social real, o la identidad social; y hemos demostrado que su existencia depende de la interacción del sujeto con la sociedad donde se halla inmerso.

También hemos señalado que la identidad de un sujeto es un fenómeno activo y simbiótico con la sociedad, ya que las influencias son biunívocas al existir no solo influencias sociales en el individuo, sino que a su vez el individuo crea esa sociedad de una forma determinada.

En algunas partes del capítulo se ha manifestado que la simbología social influye directamente en los rasgos identitarios y que el fenómeno de la socialización a través de la interacción simbólica crea los rasgos personales y colectivos.

Hemos desarrollado la construcción de la identidad siguiendo los pasos de su construcción y su desarrollo exponiendo además las causas de las crisis de identidad. E incluso hemos desgranado la estrecha relación entre el rol que asumen las personas y la identidad.

Todos estos aspectos anteriormente expuestos, habíamos explicitado, que se realizaban con una intención, estudiar a través de este capítulo la creación de la identidad profesional enfermera, y más concretamente de las enfermeras especialistas Obstétrico-Ginecológicas o Matronas y de las enfermeras de Salud Mental, ya que partimos de la hipótesis que éstas enfermeras especialistas tienen más arraigado su identidad profesional.

La idea que soportaba esta reflexión era comprender si una identidad más notoria, sería una base suficientemente eficaz para que las enfermeras realizaran decisiones autónomas en el contexto laboral y el ámbito que les es propio.

La pregunta de investigación surgió ante el planteamiento de si a pesar de no haberse variado la organización en el trabajo desde hacía 40 años, consideraban que la toma de decisiones enfermeras en el contexto laboral y como profesionales universitarias era autónoma, ya que los diferentes planes de estudio han preparado a las enfermeras para ejercer de esta forma.

Se suscitó la idea de si existirían diferencias entre las enfermeras generalista y especialistas a la hora de la toma de decisiones y si concurriría alguna relación con el perfil formativo. Se nos planteó la cuestión, si una mayor autonomía estaba relacionada directamente con una mayor satisfacción laboral. Por último, esto nos llevó a la especulación de si las enfermeras aplicaban medidas terapéuticas independientes.

Sabemos que algunas cuestiones son más difíciles de investigar, como la posibilidad que una variable que influya no sea exclusivamente el perfil formativo, sino un tema de identidad en el endogrupo. Es por ello que decidimos profundizar en las diferentes identidades que se conforman tanto individualmente como socialmente.

Al mismo tiempo optamos por preguntar, ya en las entrevistas en profundidad, la evaluación del entorno de trabajo teniendo en cuenta sus necesidades de material, su posibilidad de realizar los procesos de cuidado de forma correcta, y la obtención de resultados deseados. También se hizo hincapié por indagar sobre: el tipo de toma de decisiones en la vertiente autónoma de enfermería y la superposición en la práctica con otras esferas, el grado de riesgo en la toma de decisiones independientes, el efecto de las normas burocráticas y regulaciones sobre la toma de decisiones, el apoyo administrativo y de gestión a decisiones interdependientes o independiente, y el aumento de los conocimientos clínicos a través de la práctica basada en la evidencia. (Kramer, Maguire y Schmalenberg, (15) 2006. Kramer et al .(16), (2008)

Por lo tanto, vamos a pasar a concretar sobre el siguiente apartado que es el marco teórico de la tesis.

CAPITULO IV: MARCO TEÓRICO

4.1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a señalar la importancia de la autonomía enfermera, tanto para la enfermera como para el paciente. Para la enfermera porque afecta la percepción de ésta en relación con su satisfacción en el trabajo, los ambientes positivos de su práctica profesional y la calidad del cuidado de enfermería. Para el paciente porque todo lo anterior facilita un mejor cuidado a las personas ingresadas y a su familia(17) ya que desde el año 1981 hasta la actualidad y tras las diversas investigaciones (Kramer y Schmalenberg, 2005)(18-21) , se ha validado como una variable de medida para la prestación de los cuidados excelentes, y como variable que posibilita paliar la aparición del síndrome de Burnout.

Para conceptualizar la autonomía debemos relacionarla con aspectos cognitivos y emocionales que posteriormente vamos a desarrollar, además de con la toma de decisiones propia que, es lo que realmente otorga autonomía a una profesión o grupo humano.

En el desarrollo de la autonomía de las enfermeras tienen varios componentes; uno de ellos es, el cambio político, y las decisiones llevadas a cabo por los diferentes gobiernos, que, sin duda, afectan de forma inamovible a toda la sociedad y a instituciones en particular (Universidades, Fundaciones, Centros de Investigación, Colegios, Hospitales) lo cual implica que a pesar de los objetivos fundamentales de esas instituciones, éstas suelen adecuarse a una práctica más acorde con la legislación existente y con la óptica política del momento.

Si bien es cierto que *"las instituciones no pueden determinar el curso del desarrollo científico en la medida que este depende, en último término, de sujetos humanos individuales"*(22), no es más cierto que dichas instituciones pueden favorecer aquellos tipos de intereses que valoren como más oportunos.

Estos aspectos: la autonomía enfermera, la fundación de las Instituciones y concretamente de los hospitales, la valoración de la organización en general del trabajo; y los roles y estresores existentes que pueden menoscabar la calidad del cuidado van a conformar los contenidos del presente capítulo.

4.2 LA AUTONOMÍA ENFERMERA

La enfermera generalista actual posee una sólida preparación cuando finaliza el Grado en Enfermería, tal como el CIE (23) especifica:

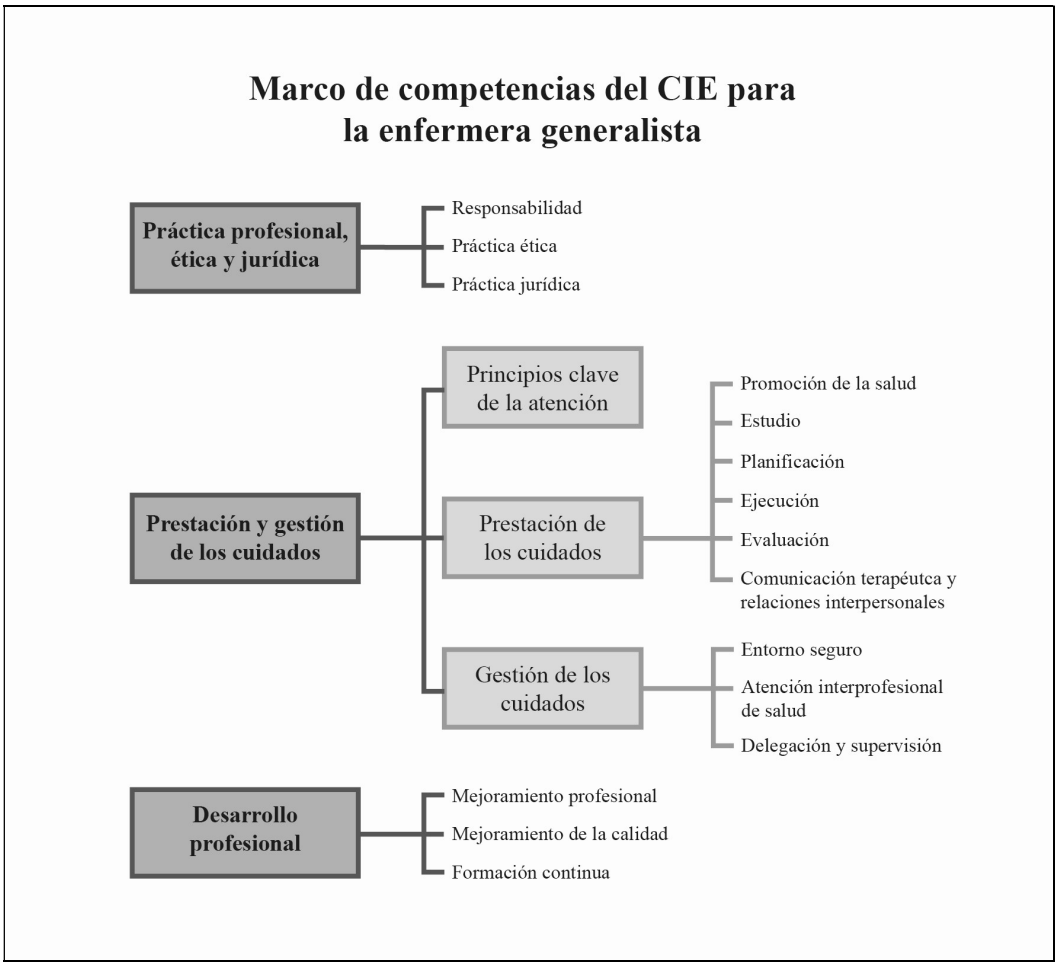


Figura 1: Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Fuente: Alexander MF, Runciman PJ. Elaboración propia.

Sin embargo, sigue limitada para la realización de ciertas prácticas existentes en las diferentes taxonomías enfermeras, por una parte, por su ideación vocacional y por la identidad social asignada a través del tiempo y a su vez asumida, a pesar de tener un pensamiento crítico adquirido en el estudio de su disciplina.

Un rol profesional autoasumido es básico para desarrollar dicha autonomía, pero, tal como especifican Torres y Sanhueza (24) :

> *"¿existe una identidad propia de las enfermeras que las diferencie de otros profesionales pertenecientes a otras disciplinas? ¿Tiene un campo de acción propia, rigurosamente definida, en el cual las enfermeras se consideren capaces de actuar? ¿Existe y se asume, por parte de las propias enfermeras, una autonomía enfermera real para tomar decisiones propias?" ¿Hay un apoyo por parte de la Dirección de Enfermería para que la autonomía enfermera se desarrolle en el medio hospitalario?*

Es cierto que cuando hablamos del metaparadigma enfermero nos referimos a: La persona, el entorno, los cuidados enfermeros, y el concepto de salud, y que sirve para dotar a la profesión de un significado concreto y distintivo, enmarcándolo en un contorno claro como en todas las profesiones; sin embargo:

> *"los límites de las respectivas esferas de competencia no están siempre totalmente claros; existen áreas grises en los límites".*

A pesar de los diferentes planes de estudios efectuados desde que las enfermeras iniciamos nuestra andadura universitaria, en el ejercicio profesional de la enfermera clínica hospitalaria, no ha habido cambios suficientes en las funciones hospitalarias. La parte interdependiente y dependiente de la enfermera generalista hospitalaria mantiene un porcentaje muy elevado de la vertiente dependiente concretamente del médico. Para que una enfermera consiga argumentando una variación en una decisión médica tiene que haberse ganado un espacio significativo en su unidad, sin embargo, el médico interno-residente, aunque sea de primer año se le da el valor de la titulación obtenida.

La pregunta clave de nuestro estudio es ¿Qué es la autonomía enfermera? En la literatura existen diversas definiciones de autonomía la RAE (3) especifica que: *"Es la Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie".*

La de Kramer y Schmalenberg (25): *"Libertad para actuar en lo que se sabe"*; la descrita por Keenan(26): *"Considerar el juicio independiente para obtener un resultado deseado"*; y Blanchfield (27): *"La habilidad para desempeñar funciones en forma independiente, sin tener supervisión cercana"*. Estos conceptos reconocen en común el tener el conocimiento relacionado con lo que compete y ser capaz de aplicarlo de manera independiente.

Esto introduce la necesidad de realizarnos las siguientes preguntas: ¿No será necesario para ello cambiar la organización del trabajo hospitalario, si se pretende que el foco principal del cuidado sea la persona y que los cuidados sean excelentes?, ¿No será necesario ya que, en el siglo XXI, el equipo de salud ejerza de forma coordinada y sin dependencias? ¿O será suficiente con cumplir la directiva comunitaria y ejercer las competencias que nos otorgan los planes de estudios?

Es obvio que a estas tres preguntas en la actualidad se puede afirmar que efectivamente se necesita un cambio importante en la organización del trabajo hospitalario, que el trabajo en equipo y sin dependencias es imprescindible y que para ello es fundamental se desarrolle de forma efectiva la directiva comunitaria.

4.2.1 Aspectos a tener en cuenta en el desarrollo de la autonomía enfermera

Tal como se ha comentado respecto al reconocimiento de uno mismo, observamos que para que esté equilibrado un rol laboral o personal, deben estar equilibrados también los componentes que forman parte de ellos, es decir los componentes Afectivo, Cognitivo y Conductual(28), tal como se especifica en la siguiente figura.

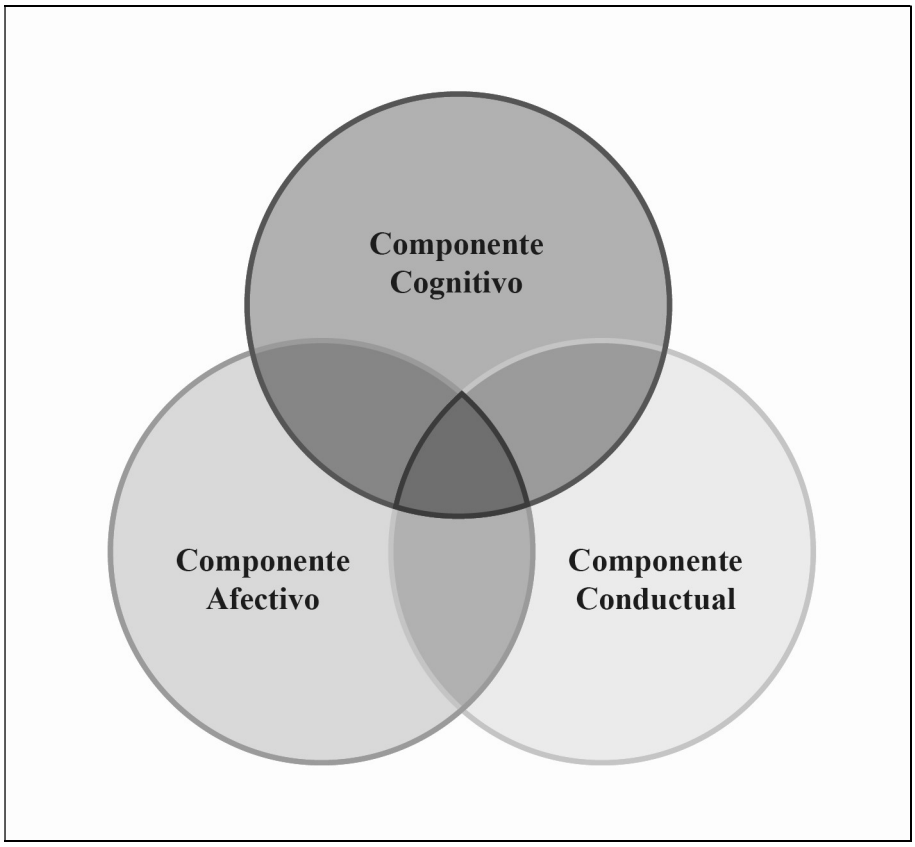


Figura 2: Nursing as jeans of governmentality. Fuente: Holmes D, Gastaldo D. Elaboración propia.

Para puntualizarlo vamos a definir cada uno de los componentes:

El componente cognitivo, corresponde a la representación mental que nos formamos de nosotros mismos. Referido al autoconcepto, autoconocimiento, autocomprensión y autopercepción.

El componente afectivo conduce a la valoración de lo que en nosotros es positivo o negativo, lo favorable o desfavorable y lo que sentimos al respecto. Se refiere al autoaprecio, a la autovaloración. Por una parte las enfermeras valoran su trabajo en el inicio de su carrera profesional como favorable, pero a medida que pasa el tiempo debido a factores que influyen de una forma negativa pueden llegar a sentir una gran contradicción afectiva por no estar realizando los procesos para las que están preparadas(29,30). Por otra parte perciben el rol social con una evaluación positiva a nivel emocional del paciente, sin embargo, perciben que éste opina de la existencia de una plena dependencia del médico (31,32) y ello les produce desesperanza profesional (33) . Por otra parte, su evaluación del puesto de trabajo, a largo plazo, trae como consecuencia insatisfacción pues no existen posibilidades de ascensos en la carrera

profesional, o de mejorar la remuneración a pesar de realizar un ejercicio profesional magnífico, pues no va ligado a la excelencia.

Por último, tenemos **el componente conductual**: se define como *"el elemento activo, instigador de conductas coherentes con los conocimientos y afectos relativos a nosotros mismos. Significa llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente"* (34). En este componente están incluidos la autonomía, responsabilidad e independencia, si, además, la autoestima es la adecuada, se tendrá un equilibrio perfecto.

4.2.2 Factores que pueden limitar el desarrollo de la autonomía enfermera.

Como factores externos de la falta de autonomía podemos distinguir el corporativismo del medio y la organización vertical hospitalaria que pueden arrastrar a las enfermeras a no desarrollar su vertiente autónoma y no tomar las decisiones pertinentes. Asimismo, la decisión de ser enfermera se realizaba, por una parte, como una opción de estudios universitarios de ciclo corto antes de la llegada del Grado y aparte la pretensión de ayudar a los demás.

No hay que olvidar la influencia de la sociedad de la época (35)' se consideraba una profesión femenina, que poco a poco ha ido variando su óptica de acceso en los estudiantes Sin embargo, a largo plazo, en ocasiones no cumplía con las expectativas de vida, apareciendo la frustración debido a un trabajo rutinario y monótono, regido por una anticuada organización del trabajo y una falta de toma de decisiones que ocasionaba a la larga la incapacidad e inseguridad para tomarlas (36). Todo ello deterioraba y deteriora su comportamiento en detrimento de su autoconcepto, lo que se puede manifestar en temor a la autoridad, poca creatividad e iniciativa, poco liderazgo, resistencia al cambio y desarrollo de actitudes de opresión (37,38).

De acuerdo con estudios realizados (39), la enfermera se encontraría levemente satisfecha con su trabajo. Normalmente los grupos tanto de enfermeras generalistas como especialistas preguntadas demuestran insatisfacción respecto a remuneraciones (40), y promoción profesional, sólo las que están casadas o viven con sus padres les parece que las remuneraciones son las adecuadas.

En cuanto a la carrera profesional que en la actualidad se reconoce en España (41), la mayoría de Comunidades Autónomas la equiparan a un pago por antigüedad, e incluso algunas comunidades autónoma aún no la están pagando correctamente.

Por otra parte, durante los últimos años muchos autores han escrito sobre la falta de poder, real o percibida de las enfermeras y su autonomía (42). Erlem y Frost (43) afirman que:

> *"Las enfermeras se sienten sin poder para influenciar la toma de decisiones éticas relacionadas con el cuidado de sus pacientes",* expresando así la necesidad sentida de ampliar el tiempo de su ejercicio profesional autónomo.

En contra de la opinión generalizada sobre la falta de poder y autonomía, Holmes y Gastaldo (28,44) afirman que:

> *"De distintas maneras, ellas ejercen poder y que son un grupo profesional muy poderoso, con gran influencia sobre los individuos y las poblaciones y que generan conocimiento e influyen en decisiones políticas".*

Yarlin y McElmurry (45) señalan que de la misma forma que los estudiantes aprenden sobre autonomía cuando comienzan a realizar los rotatorios clínicos, también descubren que no es tan sencillo ejercer esta autonomía en la práctica.

> *"Las enfermeras que en un hospital cuestionan abiertamente la estructura que da autoridad a los médicos arriesgan sus puestos de trabajo y su bienestar económico, aunque lo hagan en beneficio de los pacientes y tengan razones de peso para actuar de esa manera" (45).*

Para ello sería necesario que desarrollaran un fuerte sentimiento de identidad profesional y orgullo de lo que hacen. Se considera, además, que las o los enfermeras/os se han centrado demasiado en aspectos técnicos, descuidando las implicaciones políticas y humanas de la profesión. Según estudios realizados por González y González (46) sobre la actitud profesional de la enfermera, existe un cambio de contexto en las enfermeras jóvenes menores de 30 años y con menos de dos años de ejercicio profesional. Este cambio está caracterizado por una mayor actitud profesional. Esto puede corresponder al énfasis que se le ha dado en la Universidad a la enfermería como profesión, lo que no se visualiza claramente y posteriormente en el campo ocupacional.

4.2.3 Factores que influyen en los cuidados excelentes y en el desarrollo de la autonomía enfermera.

Se consideran factores influyentes para el desarrollo de la autonomía:

- La organización de los hospitales
- Tiempo dedicado a los cuidados
- Competencias y ejercicio de las mismas

4.2.3.1. Organización de los hospitales

La literatura revisada, es minuciosa en cuanto a relacionar la excelencia con otros factores, sin embargo, no se explaya exclusivamente sobre la autonomía enfermera como centro fundamental.

En este sentido los estudios sobre autonomía enfermera se remontan a las últimas décadas del siglo XX, cuando el déficit de enfermeras en EE.UU. creó la necesidad de conocer los factores que eran capaces de atraer y retener a enfermeras capacitadas, y que pudieran proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad y esta definición determinó que es un hospital magnético.

Este movimiento fue denominado Magnet Hospital Movement. McClure en 1983 (47), específica que existen tres apartados básicos para que las enfermeras opten por un hospital: i) administración, ii) práctica profesional y iii) el desarrollo profesional.

Basándose en estos conceptos el Centro de Acreditación de Enfermería americana (ANNC), en el año 2005 adaptó 14 parámetros de medida para definir a lo que se denominó un hospital magnético: (a) Calidad de la dirección de enfermería, (b) Estructura de organización. (c) Estilo de gerencia, (d) Políticas y programas de personal, (e) Modelos profesionales del cuidado, (f) Calidad del cuidado, (g) Mejora de calidad, (h) Consultas y recursos, (i) Autonomía enfermera, (j) Comunidad y el hospital, (k) Las enfermeras como profesoras, (l) Imagen de la enfermera, (ll) Relaciones interdisciplinares, (m) Desarrollo profesional.(16,18,19)

En los hospitales magnéticos, las enfermeras tienen autonomía para la toma de decisiones, en aquellos aspectos que les competen; la autonomía siempre se ha valorado como un indicador de la profesionalización de una disciplina, al mismo tiempo ha estado ligado a la percepción positiva que la enfermera tiene de su ejercicio profesional: satisfacción en el trabajo, y la calidad de los cuidados. Sin embargo, en el ámbito de la enfermería, existen diferencias en la percepción de autonomía entre enfermeras docentes y enfermeras clínicas, aparte parece haber diferentes percepciones entre enfermeras generalistas y enfermeras especialista.

El concepto de autonomía se ha definido como:

Tener la libertad de actuación en aquello que se domina.

Tener la independencia suficiente en el trabajo ya sea permitida o necesaria en las actividades diarias.

Controlar el propio trabajo.

Considerar el juicio crítico e independiente para llegar a los resultados deseados.

La habilidad para realizar funciones sin tener una supervisión cercana.(48).

Como podemos observar, la autonomía no sólo se utiliza para hablar de profesionalización, sino también para evaluar el magnetismo de un hospital.

4.2.3.2 Tiempo dedicado a los cuidados

Las personas enfermas, necesitan un cuidado no solo físico si no también psicológico, o lo que es lo mismo se necesita un tiempo que se pueda dedicar a los pacientes, la familia, y a la comunidad, analizando la situación de cada cual para mejorar la calidad del cuidado colectivo e individual.

Es una obligación de las enfermeras realizar los cuidados necesarios que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, bien sean autónomos o en colaboración, aparte de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos,

discapacitados, y las personas moribundas. Las funciones esenciales de las enfermeras son la seguridad del paciente, el fomento de un entorno seguro, la investigación relacionada con su profesión, la participación en la política de salud y en la gestión de pacientes y sistemas de salud, además de la formación.

Las enfermeras debido a la organización del trabajo por una parte, y a la disminución de profesionales hospitalarios desde el año 2008 tras la caída de Leaman Brothers (compañía global de servicios financieros de Estados Unidos, produjo la crisis del 2008 a nivel mundial) no han quedado exentas de la aplicación de los recortes presupuestarios y déficit en las condiciones de trabajo, como ha pasado en otros sectores sociales lo que ha ido en detrimento de la excelencia en los cuidados a nivel hospitalario.

4.2.3.3. Competencias y ejercicio de las mismas

El Consejo Internacional de Enfermería (en adelante C.I.E.), en el libro: Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista (23) en su apartado cuarto profundiza sobre la práctica profesional a nivel ético y jurídico, la prestación y gestión de cuidados, y el desarrollo profesional.

En cuanto a los principios clave de la prestación y la gestión de los cuidados el C.I.E. entiende que la enfermera:

a. Aplica en el ejercicio de la enfermería los conocimientos y capacidades pertinentes.

b. Incorpora en el ejercicio profesional las conclusiones de las investigaciones válidas y pertinentes, y otras pruebas.

c. Inicia y aborda el debate sobre la innovación y el cambio en la enfermería y en la atención de salud.

d. Aplica el pensamiento crítico y las capacidades de solución de problemas.

e. Aplica el juicio clínico sólido y la adopción de decisiones en toda la gama de los contextos profesionales y de atención de salud.

f. Da las razones de los cuidados de enfermería prestados.

g. Establece prioridades en su trabajo y gestiona el tiempo eficazmente.

h. Demuestra comprensión del proceso de defensa.

i. Actúa como recurso para las personas, familias y comunidades cuando éstas se enfrentan a los cambios de la salud, a las discapacidades y a la muerte.

j. Presenta la información de manera clara y sucinta.

k. Interpreta con precisión los datos objetivos y subjetivos y su importancia para la prestación segura de los cuidados.

l. Demuestra comprensión de la planificación para los casos de catástrofes.

Todo ello el C.I.E. entiende que se ha de realizar por medio del proceso enfermero, es decir mediante la aplicación de un Plan de Cuidados basados en las distintas taxonomías enfermeras NANDA-NOC-NIC (49).

Ya de forma más específica podemos observar en la directiva comunitaria 2013/55 apartado 19 (50,51):

> "*La libre circulación y el reconocimiento mutuo de los títulos de formación de médico, enfermero responsable de cuidados generales, odontólogo, veterinario, matrona, farmacéutico y arquitecto deben basarse en el principio fundamental del reconocimiento automático de los títulos de formación sobre la base de la coordinación de las condiciones mínimas de formación. Por otra parte, el acceso en los Estados miembros a las profesiones de médico, enfermero responsable de cuidados generales, odontólogo, veterinario, matrona y farmacéutico deben supeditarse a la posesión de un título de formación determinado, que garantice que el interesado ha recibido una formación que cumple las condiciones mínimas establecidas. Este sistema ha de complementarse con una serie de derechos adquiridos de los que se benefician, en determinadas condiciones, los profesionales cualificados*".

En cuanto a las competencias enfermeras, en la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de noviembre de 2013 por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n o 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior («Reglamento IMI») explicita en sus artículos que:

> *(apart. 15) "El desarrollo profesional continuo contribuye a que los profesionales que gozan del reconocimiento automático de sus cualificaciones profesionales ejerzan su actividad de forma segura y eficaz. Es importante fomentar que se siga reforzando el desarrollo profesional continuo para estas profesiones. Los Estados miembros deben, en particular, promover el desarrollo profesional continuo de los médicos, médicos especialistas, médicos generalistas, enfermeros responsables de cuidados generales, odontólogos, odontólogos especialistas, veterinarios, matronas, farmacéuticos y arquitectos. Las medidas adoptadas por los Estados miembros en favor del desarrollo profesional continuo de estas profesiones han de comunicarse a la Comisión, y los Estados miembros deben, asimismo, intercambiar las mejores prácticas en este ámbito. El desarrollo profesional continuo debe abarcar la evolución técnica, científica, normativa y ética, así como motivar a los profesionales para que participen en formaciones de aprendizaje permanente relacionadas con su profesión"* podemos observar que no especifica nada sobre las enfermeras especialistas en Salud Mental.
>
> *"(20) La profesión de enfermero ha evolucionado considerablemente en los treinta últimos años: el desarrollo de la asistencia de proximidad, el recurso a terapias más complejas y la evolución constante de las tecnologías presuponen la capacidad de estos profesionales para asumir mayores responsabilidades. Los programas de formación de enfermería, cuya organización todavía varía en función de las tradiciones nacionales, deben ofrecer una garantía más sólida, y más orientada hacia la obtención de*

resultados, de que el profesional ha adquirido determinados conocimientos y capacidades durante la formación y de que es capaz de aplicar, al menos, ciertas competencias para ejercer las actividades relacionadas con su profesión.

(21) Con el fin de preparar a las matronas para satisfacer necesidades de asistencia sanitaria complejas relativas a su actividad, los estudiantes de esta profesión deben haber completado una enseñanza general sólida antes de iniciar su formación como matronas. Por consiguiente, los requisitos de admisión a esta formación deben aumentarse a 12 años de enseñanza general o exigir la superación de un examen de nivel equivalente, excepto en el caso de los profesionales que ya posean un título de enfermero responsable de cuidados generales. La formación de matrona debe ofrecer mejores garantías de que el profesional ha adquirido los conocimientos y las competencias necesarios para el ejercicio de las actividades de matrona a que se refiere la Directiva 2005/36/CE"

"23) El artículo 31 se modifica como sigue: a) el apartado 1 se sustituye por el texto siguiente: «1. La admisión a la formación de enfermero responsable de cuidados generales estará supeditada a:a) una formación de enseñanza general de al menos doce años sancionada por: un diploma, certificado u otro título expedido por las autoridades u organismos competentes de un Estado miembro, o por un certificado que acredite que se ha superado un examen de admisión de nivel equivalente y que dé acceso a universidades o a centros de enseñanza superior de un nivel que se reconozca como equivalente o b) una formación de enseñanza general de al menos diez años sancionada por un diploma, certificado u otro título expedido por las autoridades u organismos competentes de un Estado miembro, o por un certificado que acredite que se ha superado un examen de nivel equivalente que dé acceso a una escuela profesional de enfermería o a un programa de formación profesional de enfermería."

"En el apartado 3, el párrafo primero se sustituye por el texto siguiente: "La formación de enfermero responsable de cuidados generales comprenderá en total por lo menos tres años de estudios, que podrán expresarse además en créditos ECTS equivalentes, que representen al menos 4 600 horas de formación teórica y clínica; la duración de la formación teórica representará como mínimo un tercio y la de la formación clínica, al menos la mitad de la duración mínima de la formación. Los Estados miembros podrán conceder dispensas parciales a los profesionales que hayan adquirido una parte de esta formación en el marco de otras formaciones cuyo nivel sea, como mínimo equivalente.

d) el apartado 4 se sustituye por el texto siguiente: «4. Se considerará enseñanza teórica la parte de la formación de enfermería mediante la cual se adquieren los conocimientos, capacidades y competencias profesionales exigidas de conformidad con los apartados 6 y 7. Esta formación se impartirá por el personal docente de enfermería, así como por otras personas competentes, en universidades, en centros de enseñanza superior de nivel reconocido como equivalente o en escuelas profesionales de enfermería o programas de formación profesional de enfermería"

El gobierno Español trasladó la normativa europea en la orden CIN (52) donde se clarificaban las competencias que un Graduado/a de enfermería debía adquirir:

"1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.

2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y

asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.

3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.

4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.

5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.

6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.

7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.

8. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones en su proceso de salud –enfermedad.

9. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.

10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.

11. Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.

12. Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.

13. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.

14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico–técnicos y l y los de calidad.

15. Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.

16. Conocer los sistemas de información sanitaria.

17. Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.

18. Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales."

Esto se materializa en esta orden que especifica todos los conocimientos que deben adquirirse con los 240 ECTS.

La estructura quedó materializada como se refleja en el siguiente cuadro:

Módulo	Nº de créditos europeos	Competencias que deben adquirirse
De formación básica común	60	Conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano. Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y los tejidos. Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería. Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos. Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo. Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable. Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran. Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas. Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud. Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital. Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses. Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado. Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.

Módulo	Nº de créditos europeos	Competencias que deben adquirirse
De Ciencias de la Enfermería	60	Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería. Comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la metodología científica en el proceso de cuidar y desarrollando los planes de cuidados correspondientes. Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar la calidad y seguridad a las personas atendidas. Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería. Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad. Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad. Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud. Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos. Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad. Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud. Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte. Conocer las alteraciones de salud del adulto, identificando las manifestaciones que aparecen en sus distintas fases. Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud. Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación. Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares. Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud. Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo.

Módulo	Nº de créditos europeos	Competencias que deben adquirirse
De Ciencias de la Enfermería	60	Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa. Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones. Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato. Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo. Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones. Analizar los datos de valoración del niño, identificando los problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse. Aplicar las técnicas que integran el cuidado de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores. Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento. Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios. Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer. Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana. Conocer el Sistema Sanitario Español. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados. Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos. Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería. Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia. Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores. Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería. Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales.

Módulo	Nº de créditos europeos	Competencias que deben adquirirse
Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado	90	Prácticas preprofesionales, en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias, en los Centros de Salud, Hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el Título. Trabajo fin de grado: Materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.

Tabla 1: Requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermería. Fuente: Orden CIN/2135/2008, de 3 de julios. Elaboración propia.

Sin embargo, uno de los problemas fundamentales es la falta de aplicación de todas las competencias aprendidas en la universidad cuando se inicia el ejercicio profesional. En el caso de que las enfermeras realizaran todas sus funciones sería una forma de paliar la despersonalización al ejercer al estar identificadas con los estudios realizados.

4.3 ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA: HOSPITALES, CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y CENTROS DE SALUD PÚBLICA.

Podemos resumir la estructura de la atención Sanitaria en España en el siguiente cuadro conceptual basado obviamente en los recursos económicos existentes:

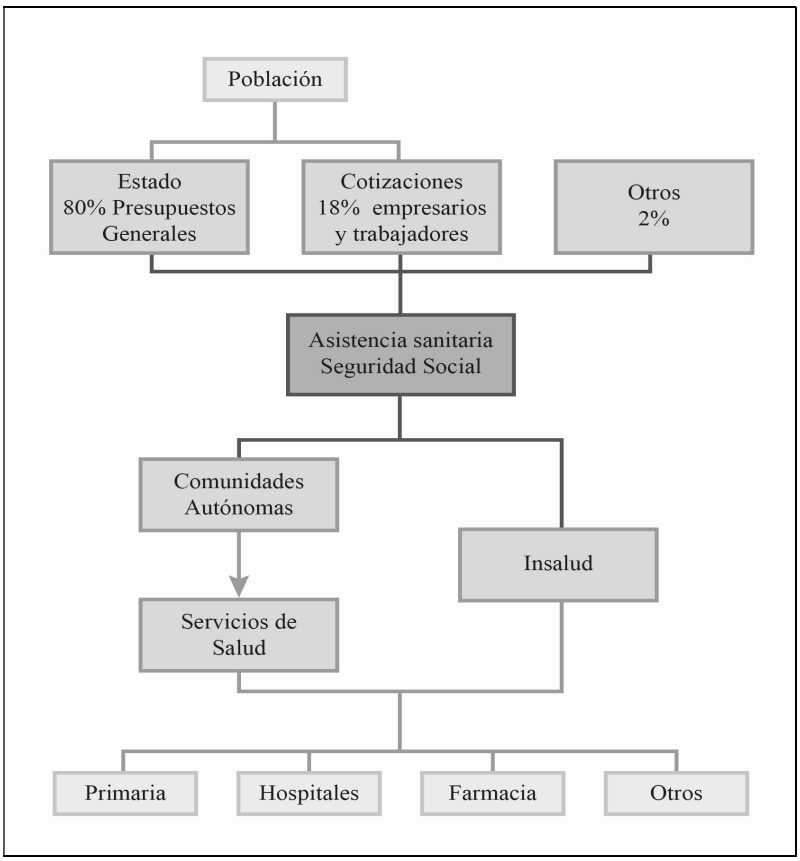


Figura 3: Organización de la atención sanitaria en España. Fuente: Elaboración propia.

4.3.1. Los Hospitales

Un hospital es una institución organizada para conseguir un fin(53): la intervención sobre la salud de una persona que vive en una sociedad y que por diversas causas presenta una enfermedad, el fin es mejorarle, curarle o proporcionarle una muerte digna.

En un hospital se pueden observar tres componentes: el político, el económico y el técnico (53) .

El componente político se refiere al modelo de gestión. Este modelo marcará las prioridades y las relaciones existentes para la toma de decisiones o lo que es lo mismo: sus valores. Es obvio que un hospital público no va a ser similar a un hospital privado, o concertado. Un hospital público su motivo de existir no es el de hacer negocio a nivel económico aunque sí tener rentabilidad social, esto no implica que haya un exceso de gasto, un hospital público debe ser eficiente, o sea utilizar los medios que tiene en su justa medida, por otra parte un hospital más especializado (nivel III, grado de complejidad I) no va a tener las mismas prioridades que un hospital menos complejo (nivel II, grado de complejidad I), ni su gasto va a ser el mismo.

Clasificación de los hospitales		
Según la Función	Generales	Incluyen varias especialidades.
	Especiales	Una solo especialidad preferente.
Según el tipo de pacientes	Agudos	Estancia corta.
	Crónicos	Estancia media o larga.
Según el área cubierta	Comarcales	Abarcan la comarca
	Provinciales	Abarcan una provincia
	Regionales	Abarcan una Comunidad Autónoma

Clasificación de los hospitales		
Según su dependencia	Publica	Dependen de cualquiera de los niveles de administración pública, ya sea estatal, autonómica, local, administración militar. Financiación exclusivamente pública.
	Privada	Dependen de una compañía con fines de lucro o una compañía sin fines de lucro. Está financiado de manera privada mediante el pago de servicios médicos por parte de los pacientes, aseguradores, gobiernos a través de programas nacionales de seguro de salud o embajadas extranjeras.
	Concertada	Si bien es privado el hospital concierta una serie de servicios o camas con la Sanidad Pública.
Según su complejidad	Hospital de primer Nivel	En este nivel, se atiende a la población para la prevención de enfermedades, medicina general, además de poseer aparatos de menor complejidad
	Hospital de segundo Nivel	El nivel de complejidad es media, algunos serán especialistas y están preparados para atender cualquier emergencia en específico, como cesáreas de mediana complejidad, entre otras complicaciones no tan graves. Cabe señalar, que este segundo nivel también es el encargado de atender desastres naturales con la prontitud necesaria.
	Hospital de tercer Nivel	Hospital de alta complejidad donde se reciben a los ciudadanos para problemas que no se pueden resolver en los anteriores niveles, como rehabilitación, unidades de oncología, intervenciones complejas, o pruebas muy específicas.

Tabla 2: Clasificación de los hospitales. Fuente: CEDE (Confederación Española de directivos y ejecutivos). Elaboración propia.

En cuanto al componente económico o forma de financiación hospitalaria nos conducirá al tipo de hospital ante el que nos encontramos, según Tobar, esto dependerá de tres preguntas claves: a) ¿Cuánto debe gastarse en atención hospitalaria?, b) ¿De dónde deben provenir los recursos?, c) ¿Cómo asignar los recursos?

En cuanto a la primera pregunta es probable que su contestación dependa no exclusivamente del componente económico sino también del político ya que de forma habitual, la decisión política se refleja en las decisiones económicas, es decir, las prioridades sociales se reflejan en la inversión realizada en ellas. Por lo tanto, el gasto en la atención hospitalaria dependerá de la importancia que se le dé a ésta.

En cuanto a la segunda pregunta, los recursos que deben financiar un hospital, entendemos que un hospital público vendrá avalado por los Presupuestos Generales del Estado, mientras que uno privado depende de sus inversores bien sean personas, o sociedades. El Sistema Nacional De Salud (SNS) en España, desde su creación en 1986 (Ley general de sanidad) es de carácter universal y equitativo. España como gobierno admite la iniciativa privada en el sector sanitario, igual que sucede en las democracias europeas. Y por último, ¿Cómo asignar los recursos? El SNS de acuerdo a la ley general de sanidad tiene la responsabilidad de asegurar la calidad de las prestaciones.

Sin embargo, podemos encontrar otro tipo de hospitales existentes en la actualidad: propiedad pública, control público, financiación pública y gestión privada ya que La Ley 15/1997 de 25 de abril, aprobada por el Partido Popular y el Partido Socialista Obrero Español, introdujo la posibilidad de que los servicios sanitarios sean prestados por instituciones jurídicas distintas al propio Estado. El hospital pionero fue el hospital de la Ribera de Alzira y "Bajo esta modalidad de construcción –gestión se construyeron ocho nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid".(54) Pero para ello hacen falta recursos humanos y económicos, pretendiéndose realizar esta inversión a coste cero, ya que los recursos humanos y las nóminas a pagar provenían de los hospitales públicos.

El referente principal para el sistema de gestión mixta, es la experiencia del Reino Unido, que utiliza desde hace más de una década el sistema Private Finance Initiative (PFI, Iniciativa de Financiación Privada) para la realización de obra pública en distintos sectores, habiendo sido su uso en la construcción hospitalaria el que mayores controversias ha levantado. La polémica en el Reino Unido obedece a que el sistema PFI tiene un coste total mayor que el endeudamiento público directo, a la

opacidad y dificultad de control en todas las fases de desarrollo y a la existencia de mercados secundarios, que logran articular mecanismos para evitar la penalización por incumplimiento (54).

Para discutir sobre la salud es básico considerar estos planteamientos, y tratar de buscar equilibrios entre la eficacia y la eficiencia, manteniendo la calidad de las prestaciones y la universalidad de las mismas.

4.3.1.1 La transformación de los hospitales en España

Los hospitales a través de la historia han sufrido numerosas transformaciones siempre con el fin de adaptarse a las circunstancias de la sociedad del momento (55,56). Es por ello que reafirmamos lo expuesto al inicio del epígrafe: *"Las Instituciones suelen mantener la parte fundamental para lo que fueron creadas. Sin embargo dentro de las Instituciones y en su parte externa existen grupos diferentes de poder que son los que de alguna forma canalizan, si bien no el cimiento, sí el objeto de interés de la institución".(53)*

Esto aplicándolo a un hospital nos lleva a aseverar que en cada momento se han ido redefiniendo los objetivos, la organización e incluso la financiación, para conseguir la eficiencia máxima de cara a su objeto fundamental, siempre observado desde las diferentes ópticas políticas (53,55-57).

Las investigaciones realizadas sobre la evolución de los hospitales por Sellán (9,58), Siles (58) o Hernandez Conesa, (59), entre otros indican que en la edad media estaba vinculado a la Iglesia como forma de hospedaje, sustento y cuidado de los más pobres. El personal del hospital era religioso y su motivación altruista. Es decir, no existía remuneración personal alguna por los servicios de salud. La terapia era el cuidado básico a través de las plantas o metales (mercurio), el reposo y la oración. El mantenimiento del hospital se realizaba por la explotación rural de una propiedad que la Iglesia, los reyes, diferentes señores feudales, o más tarde comerciantes,

proporcionaban a la congregación que mantenía la institución, ya que el 50% de los recursos se necesitaban para la alimentación (53), un ejemplo es el hospital de los Reyes Católicos, hoy convertido en Parador Nacional en Santiago de Compostela.

Con la monarquía absolutista aparece un cambio importante en los hospitales, ya que dejan la esfera filantrópica pasando a la esfera pública estatal. En esta época tal como especifica Tobar también se da un cambio a la importancia de la figura del médico que: *"El médico aparece con el Estado, indisociablemente vinculado a otro tipo de poder que no era clerical, con funciones delegadas por la autoridad pública. Pasa a ser su competencia exclusiva el examinar, internar, prescribir y dar de alta"* teniendo los estudios y la formación adecuada para el desarrollo de estas funciones.

En el siglo XIX con Nightingale, se produce un cambio importante en el hasta entonces oficio de enfermería, pasando iniciar una profesionalización del cuidado de carácter colaborativo con el médico. Los cuidados de enfermería se basarán en poner al cuerpo, en las mejores condiciones para que recobre la salud.

Según avanzamos en la historia de España observamos a lo largo del siglo XX, diferentes modelos de hospital públicos como: hospitales comarcales, hospitales de beneficencia, orfelinatos, hospitales provinciales, manicomios o casas de salud y de hospitales privados, pero es a partir de los años 40, cuando comienzan a crearse los hospitales tal como los conocemos hoy en día, ejemplo de ello son algunos hospitales provinciales y clínicos (Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, Hospital Clínic de Barcelona).

Durante la década de los 50 del pasado siglo, con la aparición del seguro obligatorio de enfermedad (S.O.E.) aparecen los proyectos de los grandes hospitales con la idea que sean centralizados y monumentales, propios de la dictadura franquista. Para ello, se necesitará de un personal técnico que dé apoyo a la figura del médico que sigue con la importancia que le adjudico la monarquía absolutista, y así aparecen los Ayudantes Técnicos Sanitarios (60), confluyendo las enfermeras, las matronas y los practicantes en una sola formación . (BOE 1953) (60).

La organización del trabajo en dichos hospitales se realiza alrededor de las enfermedades que presentan los pacientes, distribuyéndose el hospital por especialidades médicas, encontramos así un modelo hospitalario biomédico, donde se incorpora progresivamente la investigación y la docencia, sin embargo, la organización apenas ha variado desde entonces

4.3.1.2 Las enfermeras en las unidades de hospitalización

Según Cuevas C.:

> *"Las unidades de hospitalización, unidades clínicas o controles de Enfermería, representan lo que se denomina el "core" de los hospitales, ya que actúan como verdaderas unidades logísticas donde confluyen demandas y actividades de distintos profesionales y servicios"*(61).

En las unidades de hospitalización, las enfermeras actúan como profesionales reguladoras de las necesidades del paciente, es decir, coordinan las solicitudes de interconsulta a otras especialidades, realizan trámites para las altas de los pacientes, requieren los resultados de las diferentes pruebas realizadas, aparte de los cuidados a realizar propios de su disciplina y las actividades derivadas de la práctica médica regulada en la legislación actual. De forma general en el BOE 280 del 22 de noviembre del 2003 (2) especifica, con respecto a los enfermeros:

> *"Corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades"*

Por lo tanto tal como especifica Cuevas (62):

> *"El papel de la Enfermería, considerada como el "personal frontera" entre la Organización y los usuarios, es clave, por su nivel de participación e influencia en todos los procesos, tanto a nivel operativo, de gestión, como en la coordinación e intervención de toda la actividad sanitaria".*

En un principio la sistematización de los Cuidados se plasmó como un trabajo funcional que era aquel que se realizaba por tareas, cada enfermera realizaba una ocupación diferente: Toma de constantes vitales, preparación de perfusiones, elaboración y administración de inyectables, realización de curas…

Posteriormente se pasó al trabajo en equipo, en el que se hacía uso de las capacidades que tenía cada miembro del equipo para que los Cuidados fueran más integrales que en el anterior y hubiera una continuidad en ellos. Esto implicaba que el usuario y la enfermera estaban más satisfechos al existir una participación más activa del paciente y una conjunción entre ambos.

A partir del año 1977 en que la disciplina enfermera se integra en la Universidad, la realización de los cuidados se concibe como un proceso diferente: reflexivo, individualizado, apoyado en la evidencia científica y donde aparte de ser fundamental el paciente, se observan también sus vínculos más inmediatos (la familia y la comunidad). Para ello se realizan los cuidados basándose en los diagnósticos de enfermería, si bien es cierto que no todos los profesionales realizan la gestión de los cuidados de esta forma. Es lo que denominamos el método primario, en éste los cuidados son integrales y continuos, con una mayor autonomía por parte de la enfermera y el usuario. Al cuidar al paciente y a su familia existe una mayor recompensa emotiva de estos, y a su vez la enfermera consigue una mejora profesional ya que debe estar continuamente preparándose para aumentar su nivel teórico y práctico. Con el tiempo ha ido evolucionando y en la actualidad podemos decir es la

enfermera gestora de casos quien desarrolla las funciones de cuidados adecuadas. Siempre desde la perspectiva de la atención especializada.

A medida que ha pasado el tiempo, los procesos enfermeros son más complejos al igual que el resto de procesos hospitalarios, ya que estos han ido variando según las demandas de la sociedad actual y la tecnificación. A ello hay que añadir el menor tiempo de ingreso de los usuarios, la llegada de pacientes ectópicos (no correspondientes a la especialidad) a las diferentes unidades a causa de la saturación en urgencias, y la disminución de los recursos humanos.

Debido a dicha saturación de pacientes, consideramos que, en una unidad, la enfermera generalista realiza un mayor número de actividades derivadas de la práctica médica, ya que es mayor el número de pruebas a realizar en menor tiempo de ingreso, con la sobrecarga añadida de los diferentes diagnósticos clínicos tan dispares que se presentan. Ante esto el porcentaje de tiempo dedicado a los cuidados básicos enfermeros disminuye, y opinamos que quizás sería posible que las enfermeras especialistas pudieran dedicarse mayormente a los cuidados propios de su especialidad ya que la especificidad de estos es mayor. En el RN4CAST (63,64) observamos que las enfermeras lo máximo que alcanzan es la de estar moderadamente satisfechas con su trabajo, lo que afianza lo especificado anteriormente.

Respecto al número de enfermeras por paciente y la distribución del trabajo, se pueden consultar en la literatura, los estudios de Judith Oulton, hasta el año 2008, Directora General del Consejo Internacional de Enfermeras (en Cuevas 2009) que, expresó en la Reunión de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (Ginebra 2002) que:

> *"Hay cada vez más pruebas de que los niveles inadecuados de personal de las instituciones guardan relación con el aumento de accidentes como caídas de pacientes, las heridas que produce la permanencia en la cama, los errores de medicación, las infecciones*

contraídas en el hospital y las tasas de readmisión que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas y aumento de los índices de mortalidad"(65).

Asimismo, Delon Human, Director General de la Asociación Médica Mundial, manifestó:

"Lo inadecuado de los recursos humanos es una grave amenaza para la seguridad de los pacientes y la calidad de los cuidados". (65)

Aiken et al (66) especifica que es sumamente importante ajustar los ratios enfermera –paciente puede ser la vía para conocer y mejorar la calidad de los cuidados. El desajuste entre la demanda de cuidados y la oferta de los mismos, genera en los profesionales de enfermería, insatisfacción, estrés y en ocasiones síndrome de Burnout. Existen numerosos estudios sobre los estresores tanto agudos como crónicos que favorecen en el colectivo enfermero la aparición del Burnout o síndrome del quemado por el trabajo, y que tienen que ver entre otras cosas con la organización hospitalaria, estos estresores influyen directamente en la calidad asistencial.

Sin embargo, no es posible hablar de calidad si no hablamos de liderazgo; hasta la década de los 80 el tipo de gestión existente era la de jerarquía centralizada, poder concedido por la gestión, desconfianza, productividad cuantitativa y planificar para los pacientes, pero sin los pacientes. Sin embargo los líderes no sólo gestionan sino que además tienen un rol en el que los demás se identifican con él o ella (67,68). La distinción entre gestionar y liderar es importante para enfermería. *"En enfermería siempre la tendencia fue que esta disciplina se encontró sobregestionada y subliderada."* (69) En *"Leading in the N.H.S.: A Practical Guide*", Rosemary Stewart marca la diferencia entre jefes y líderes:

"Hay una diferencia entre líderes y jefes: Liderazgo se trata de espíritu, compuesto de personalidad y visión: su práctica es un arte.

Gestionar es una tarea intelectual, un tema de cálculo preciso: su práctica es una ciencia, los jefes son necesarios, los líderes son esenciales".

En la actualidad a nivel legislativo las direcciones de enfermería están al mismo nivel que las direcciones médicas, pero no debemos olvidar que durante muchos años se ha dependido a todos los niveles del director médico y aún existen direcciones dependientes.

4.3.2. Atención primaria de salud y autonomía enfermera

El modelo de atención primaria de salud, frente a los consultorios a demanda, se inició con la Conferencia de Alma-Ata en 1978 donde se debatieron una serie de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud., si bien eran puntos no vinculantes, pusieron la base de la Atención Primaria actual.

La Atención Primaria de salud ofrecía una forma de organizar toda la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención era tan importante como la curación y en la que se invertían recursos de modo racional en los distintos niveles de salud.

En el modelo de atención primaria de salud, el rol de las enfermeras se modifica, hacia la independencia de cuidados en cuanto a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, además de programas de atención a la comunidad. Según Camargo y Caro:

"Es así como el desarrollo y fortalecimiento de la autonomía de enfermería se encuentra ligado a la implementación y progreso de las consultas de enfermería que comenzaron como una oportunidad

para realizar actividades integradoras, mediante la utilización de los aspectos filosóficos y operacionales que ofrecía la APS; esta actividad no estuvo exenta de polémicas, en primera instancia con otros profesionales, entre los cuales estaban los médicos, quienes veían las actividades realizadas por enfermería como un elemento de intromisión profesional y una clara injerencia en sus competencias".(70)

Hubo un cambio en el modelo organizativo dado que la costumbre de que la enfermera fuera la ayudante del médico en los consultorios, donde su trabajo consistía en completar recetas para que el médico posteriormente las firmara, desapareció en España a partir de la implementación del nuevo modelo de Atención Primaria al amparo de la ley de 1986 o la Ley general de Sanidad (71), donde se establece la atención primaria con unas características concretas que rompen con todas las características anteriores de sumisión y dominio de los profesionales enfermeros a los profesionales médicos, tal como podemos observar en el siguiente párrafo de León Bernard, citado en un libro de Françoise Colliére, decía textualmente:

"Señoras, se os ha dado una instrucción, unas nociones técnicas indispensables; evitad tener un excesivo orgullo. Seguid siendo mujeres y enfermeras; pensad que no hay tareas viles, y que, al contrario de su simple aceptación obtendréis todo el prestigio que necesitáis. Respetad al médico, aunque penséis que no se lo merece. El médico siempre debe ser considerado por la enfermera como su jefe" (72) .

Los centros de Salud desarrollaban una óptica de prevención que no tenían los consultorios e impulsaron la autonomía enfermera desde las consultas de Enfermería.

La autonomía de la enfermería implica pues: el control de sus funciones derivadas directamente de su ejercicio profesional y los roles desarrollados, la adopción e implementación de modelos y teorías que fundamenten y cualifiquen su práctica,

enmarcados en la responsabilidad social conforme al código deontológico de enfermería, y de la independencia y responsabilidad de sus actos (70)

Hay que tener en cuenta que el enfoque holístico enfermero es básico también en atención primaria, la autonomía del profesional de enfermería, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (38), lleva implícito enfrentar los retos y desafíos permanentemente en su práctica social y desde Atención Primaria pueden llevar a cabo la base enfermera de cuidar de la persona, familia y comunidad.

Las consultas de enfermería requieren ser utilizadas como puente que integre conocimiento, teoría y práctica, para así fortalecer la autonomía de las enfermeras, pero siempre basada en la evidencia, para mejorar la vida de la comunidad donde la enfermería presta sus servicios

Para dar significado a la autonomía de enfermería a través de las consultas se requiere de:

- La creación de espacios que permitan influir y hacer visible la participación de enfermería en las políticas públicas.
- Demostrar que la práctica del cuidado de enfermería es insustituible en los diferentes contextos.
- Sustentar la práctica de enfermería en teorías, principios filosóficos y éticos y evidencia científica, que garanticen la calidad del cuidado.
- Manejar el conocimiento de manera integral.
- Definir la cartera y modelos de atención que permitan diferenciar el trabajo de la enfermera del resto del equipo de salud (73).
- Desarrollar programas de posgrado, Masters, Doctorado y especialización que permitan promover el desarrollo científico y profesional en el área de atención primaria (74) .

Parece ser por lo tanto que, comparando el modelo de atención especializada con el modelo de atención primaria, se observa claramente que la autonomía enfermera en el primero es claramente menor.

4.3.3. Salud pública.

La Salud Pública es una ciencia de carácter multidisciplinar, ya que para obtener nuevos conocimientos requiere la participación de profesionales de otras ciencias como las ciencias biológicas, conductuales, sanitarias y sociales, entre otras. Es uno de los pilares en la formación de todo profesional de la salud. La Salud pública es la respuesta organizada de una sociedad dirigida a promover, mantener y proteger la salud de la comunidad, y prevenir enfermedades, lesiones e incapacidad.

La promoción de la salud va íntimamente unida la salud pública y permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.(75)

Esta promoción de la Salud es la que deben realizar y realizan los centros de Atención Primaria facilitando así la disminución de ingresos por enfermedades en los centros hospitalarios.

4.4 ESTRÉS PROFESIONAL

En todas las profesiones, donde existe desajuste entre las expectativas generadas durante la etapa de formación y la realidad del mercado laboral, se producen diferentes formas de estrés laboral. Una variante del estrés laboral es el llamado síndrome de Burnout o de estar quemado.

El estrés fue definido por Selye como *"la respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda"* (76) , lo cual implica que aparece en situaciones tanto positivas como negativas en la vida de una persona, formando parte natural del proceso de maduración personal, tal como especificábamos anteriormente.

Esta apreciación de Selye y sus posteriores investigaciones le llevaron a concluir que algún nivel de estrés es primordial para la vida (Eutrés), pero deduciendo que un proceso de estrés elevado y mantenido (Distrés) produciría el deterioro del organismo. Siguiendo la argumentación de Selye, para analizar la problemática del estrés hay que valorar dos factores: a la persona con su capacidad de respuesta y a su entorno.

Las personas deberían ser el activo más importante de cualquier empresa, y esto implicaría un planteamiento con medidas de prevención en múltiples niveles, no exclusivamente de riesgos biológicos, sino también psicológicos y sociales.

Sin embargo, posteriormente se demostró que no son en sí mismos los denominados estresores los que provocan el estrés como tal sino, más bien, la interpretación por parte de la persona de que lo sucedido o lo que va a ocurrir puede ser nocivo, peligroso o desagradable.

Respecto al Síndrome de Burnout, su estudio comenzó con Selye que argumentó que la persona tenía una influencia básica en la aparición del Síndrome de Adaptación General o SAG, pero poco a poco tomó una perspectiva más social.

En el ámbito laboral existen numerosos estudios sobre el estrés (77,78), éste puede presentarse de forma aguda o cronificarse influido por diversos factores (79). Si la incidencia de estos factores es de larga duración y además se aprecian por parte de la persona como negativos pueden producir una serie de signos y síntomas denominándolo Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout, se le define como *"el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso"* (80) Maslach, Schaufeli y Leiter(80-82), en ésta definición que actualmente es la más aceptada por los investigadores, no nos podemos referir a cualquier entorno, sino

al entorno laboral, sin embargo las propias autoras del cuestionario para desentrañar el nivel de Burnout (Burnout Maslach Inventory en adelante MBI), Maslach y Jackson, entienden que la mirada no debe ser exclusivamente en el ámbito laboral sino hay que estudiar el Burnout más como una cuestión social, que teórica (83)

El Síndrome de Burnout comenzó a estudiarse en 1974 con Freudemberger (84,85), (aunque algunos autores ya lo citaban en 1971 sin decir exactamente este nombre), él observó que algunos profesionales de la salud, al iniciar su ejercicio profesional, estaban muy implicados en el trabajo pero tras un espacio de tiempo, no sólo habían perdido esa implicación sino que presentaban una serie de síntomas relacionados con la ansiedad, la desmotivación, e incluso la depresión. Relacionó que aparecía un tipo de estrés laboral generado específicamente en aquellas profesiones en las que existe una relación interpersonal intensa y sobre todo si no existía una compensación en los resultados obtenidos, y le denominó Síndrome de Burnout (en España Síndrome del Quemado).

Sin embargo, Sellán (86) específica que:

> *"No existe una definición unánimemente aceptada sobre el síndrome de Burnout, pero existe consenso en considerar que aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto, dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización".*

Las autoras, Maslach y Jackson en 1981 a raíz de sus investigaciones completan un cuestionario el Maslach Burnout Inventory (80) que pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden las tres dimensiones del Síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Posteriormente se realizó el Maslach Burnout Inventory en su versión para los profesionales de *"servicios humanos"* o MBI-HSS.

A partir de la utilización e investigación con el MBI-HSS, Maslach y Jackson describen el Burnout, como *"el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso"* (80,87), siendo hasta la actualidad la definición más aceptada entre los investigadores. Sin embargo, podemos observar en la definición que se prima al individuo por sus características individuales previas como sufriente del desarreglo o del Síndrome.

Quizás otra perspectiva podría ser que existan trabajos "Burnout" o trabajos con unas condiciones objetivas previas que influyan directamente en los individuos, esta es la mirada que especificábamos anteriormente más individualizada del Síndrome o pensar la presencia de éste teniendo una visión preventiva y clara de lo que es un problema de una organización del trabajo enferma.

Pines, Aronson y Kafry (88) consideran que el Síndrome de Burnout se deriva del tedio ocupacional y de sus correspondientes consecuencias emocionales debido a características internas del trabajo (ausencia de variedad, de autonomía y significación de éxito) y externas (ambiente de trabajo, relaciones laborales, apoyo).

Moreno, Oliver y Aragoneses (89,90), enunciaron que se trataba de un síndrome que cursaba con un conjunto de signos y síntomas específicos:

> *"Cansancio o agotamiento emocional: que presentaba desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga tanto física como psíquica. Despersonalización: donde se observaba una actitud negativa hacia otras personas, especialmente los beneficiarios del propio trabajo, con irritabilidad y pérdida de la motivación hacia el trabajo. Y por último una baja realización personal apareciendo una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y hacia el trabajo, como baja autoestima, baja productividad e incapacidad para soportar la presión".*

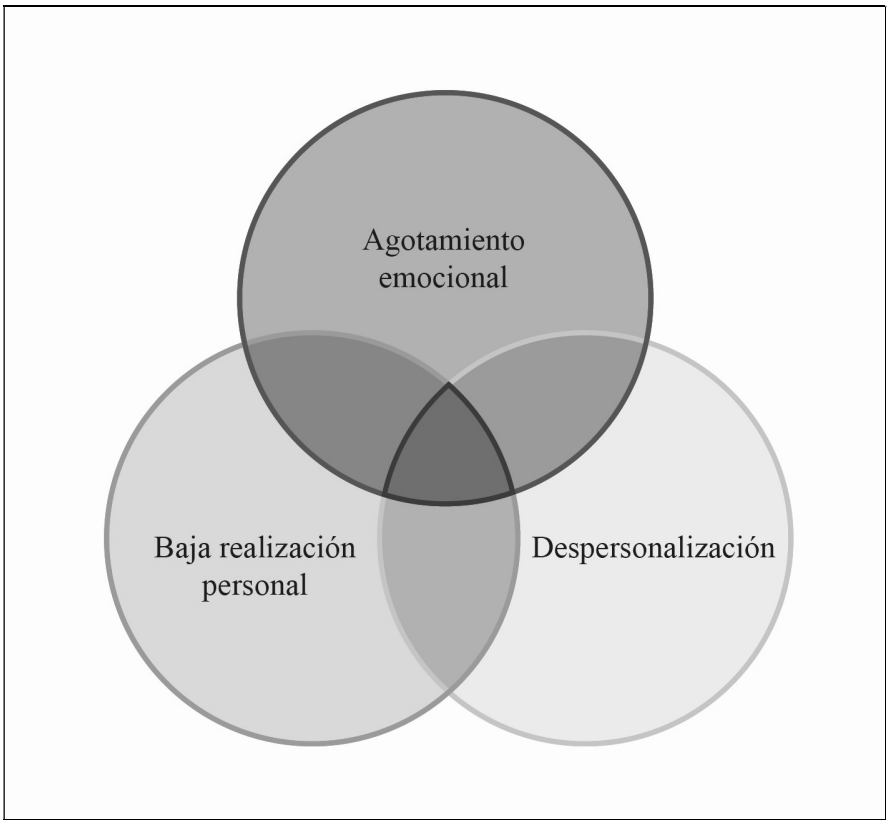


Figura 4: El Burnout, una forma específica de estrés laboral. Fuente: Moreno B, Oliver C y Aragoneses A. Elaboración propia.

Moreno-Jiménez realizó un cuestionario para la evaluación del Síndrome, el cuestionario breve de Burnout (CBB) (91). Este autor identifica tres componentes del síndrome de Burnout que son coincidentes con los descritos por Maslach; pero incluye variables para identificar las causas del Síndrome, entre las que aparecen: el tedio, las características de la tarea y la organización del trabajo, además de las consecuencias del Burnout.

Posteriormente Garrosa, Moreno-Jiménez, Youxin, y González (92), realizaron un cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE), cuestionario que evalúa los antecedentes, el síndrome y las consecuencias, además de la personalidad resistente de Suzanne Kobasa, (93) y las formas de afrontamiento (búsqueda de apoyo social, el afrontamiento directo y la evitación).

Así pues, el síndrome de Burnout está influido por numerosos factores, presentando cuando se instaura respuestas fisiológicas, psicológicas y sociales. Estos factores que incluso pueden ser diferentes en cada sujeto tienen un punto común, se presentan exclusivamente en el ámbito laboral.

En las profesiones hasta ahora investigadas (Psicólogos, entrenadores, médicos, enfermeras, profesores, estudiantes de Enfermería, etc.), por Benavides et al. (94), y Moreno- Jiménez, Garrosa y González, (90,95) entre otros, observaron que tienen su idiosincrasia particular dichos grupos; y sin embargo pueden estar afectadas por el Síndrome de Burnout, e incluso dentro de una misma organización como puede ser la hospitalaria, existen subgrupos o diferentes estamentos que también lo presentan. Son actores diferentes que presentan señas identitarias diferentes. Ante ello podríamos plantearnos si es la organización del trabajo la causa más relevante en la aparición del Síndrome.

Sin embargo, especificar esto (la organización del trabajo), no es suficiente ya que la organización del trabajo está conformada por numerosos elementos. Entre ellos y los que en este estudio pretendemos destacar son el rol laboral o *"el conjunto de expectativas de conducta asociadas con su puesto, un patrón de comportamiento que se espera de quien desempeñe cada puesto, con cierta independencia de la persona que sea"* (Arquer, Daza, Nogareda, NHT 388) (96) y también lo que definiríamos como rol intelectual o el papel que un profesional entiende que debe realizar.

La NTP 704 del INSHT conceptualiza el Burnout como *"una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización."* (97) sería una respuesta al estrés cuando fallan todos los mecanismos de afrontamiento, ello significa que son las demandas las que sobrepasan la capacidad y la tolerancia y no que sea el trabajador el que no consiga *"solucionar"* las demandas. Al mismo tiempo también define que el trabajador tiene sentimientos negativos hacia las personas con las que

trabaja y hacia su propio rol profesional, luego entendemos que el trabajador tiene otra identidad que entiende como su rol real.

Existen numerosos estudios realizados sobre la aparición del Burnout, concretamente en el campo de la Salud y especialmente en las enfermeras hospitalarias. Estos han sido hasta el momento efectuados de forma general, es decir se han estudiado de forma habitual los profesionales de la Salud en general, salvo excepciones.(63,98-100)

Las especialidades de enfermeras de Salud Mental, enfermeras de Cuidados Críticos y enfermeras Generalistas, son hasta ahora las profesionales más investigadas. Sin embargo, existen otros profesionales de la Salud que no han sido estudiados de forma tan exhaustiva, que tienen una historia y unas características muy concretas: las enfermeras especialistas obstétrico-ginecológicas o Matronas.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) en 1994, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (en adelante OIT) precisaron que *"todos los trabajadores tienen el derecho a un trabajo seguro y saludable y a un ambiente de trabajo que les permita vivir una vida social y económicamente productiva".* (101)

En el entorno laboral existen una serie de factores que influyen en el trabajador de forma positiva permitiendo su desarrollo personal, o negativa implicando la aparición de un desequilibrio: son los factores psicosociales.

Se definen como factores psicosociales han sido determinados por la OIT (1986) como: *"las interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores, por otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia".* (102-104)

Cox y Griffiths (79) definían los factores psicosociales como *"aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo, así como de su contexto social y ambiental que tienen la potencialidad de causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores".*

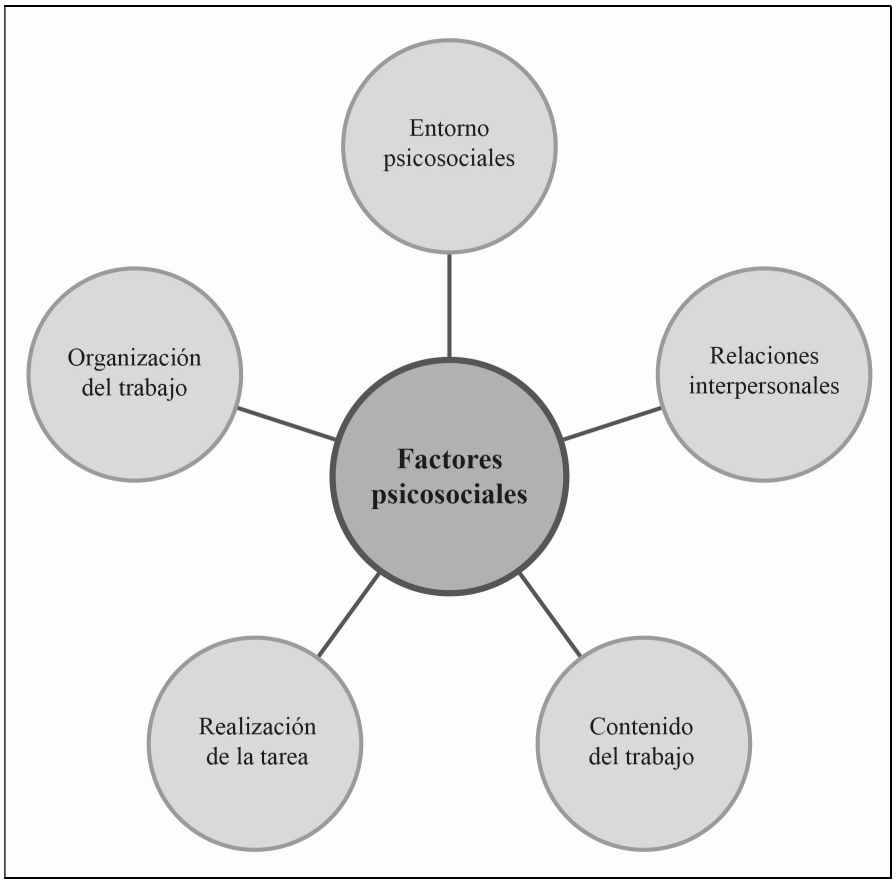


Figura 5: Factores psicosociales. Fuente: Organización Internacional del Trabajo. Elaboración propia.

Todas estas interacciones entre la persona y el entorno laboral, comporta una serie de riesgos: los riesgos laborales.

El riesgo laboral se define como *"La posibilidad real o proximidad de que suceda un daño, derivado del trabajo, que pueda afectar a la integridad física o a la salud de un trabajador"*. (105)

En la definición observamos que se especifica la afectación de la integridad física o la salud del trabajador, por lo tanto podemos concluir que "*la salud no es solamente integridad física sino un estado positivo de bienestar físico, mental y social"* (101), por lo tanto, un ambiente saludable de trabajo no es sólo aquél donde hay ausencia de condiciones desfavorables, sino aquél donde se llevan a cabo acciones que promueven la salud del trabajador o lo que es lo mismo un estado positivo de bienestar físico, mental y social.

Por tanto, cuando nos referimos a riesgos psicosociales, estamos reseñando la importancia de:

a) Las características de la tarea: cantidad de trabajo, desarrollo de aptitudes, sencillez/complejidad, monotonía/repetitividad, automatización, ritmo de trabajo, precisión, responsabilidad, iniciativa/autonomía, formación requerida, aprendizaje de la tarea, prestigio social de la tarea en la empresa.

b) Estructura de la organización: definición de competencias, estructura jerárquica, canales de comunicación e información, relaciones personales, desarrollo profesional, ayudas sociales, estilo de mando.

c) Características del empleo: diseño del lugar de trabajo, salario, estabilidad en el empleo, condiciones físicas del trabajo

d) Características de la empresa: tamaño, actividad de la empresa, ubicación, imagen social.

e) Organización del tiempo de trabajo: duración y tipo de jornada, pausas de trabajo, trabajo en festivos, trabajo a turnos y nocturno.(106)

La Organización Internacional del Trabajo define los riesgos Psicosociales como *"las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente y las condiciones de su organización, por una parte; y por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y experiencias, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias puede influir en la salud, el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo"* (107).

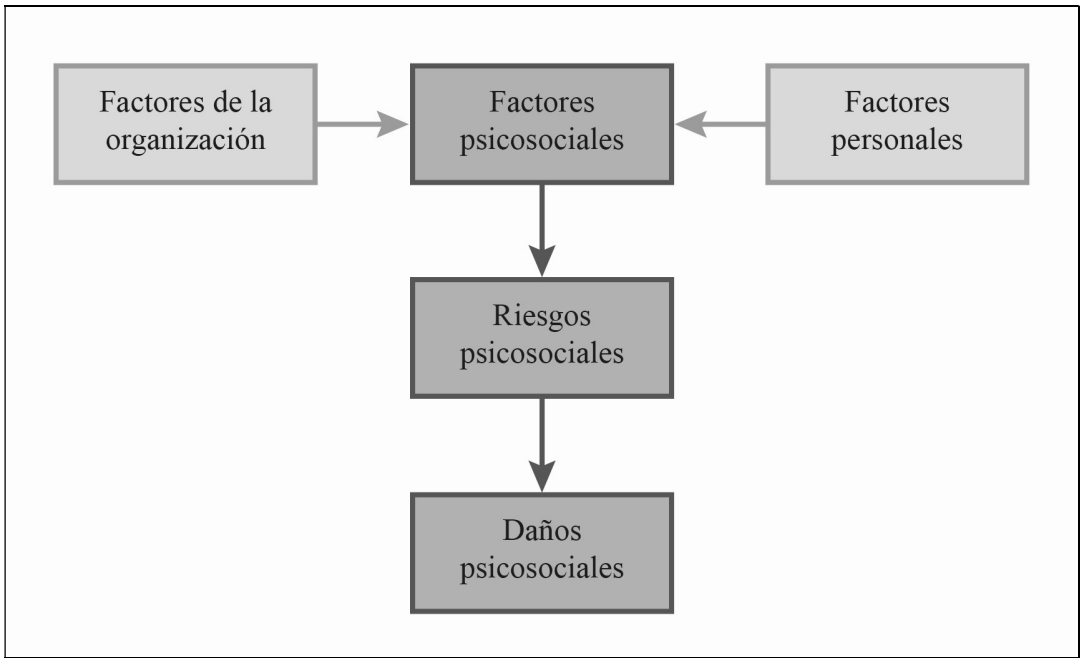


Figura 6: Riesgos psicosociales. Fuente: OIT. Elaboración propia.

En el contexto de la salud laboral, los profesionales cuyo sujeto diana a nivel laboral son las personas, pueden tener una situación de inadaptación al entorno. Pero especificar esto de forma escueta, sería culpabilizar al profesional de la aparición del estrés. Estos factores que influyen en tal situación es lo que hemos denominado como factores psicosociales y son como hemos especificado en la figura 5, la asociación de los factores incidentes que propicia la propia organización y los factores personales.

Por lo tanto, podemos observar que si bien se especifica la influencia de las capacidades del trabajador, no es menos cierto que también detalla que influyen sus necesidades, cultura y experiencias dándole valor también a las percepciones de éste en su puesto de trabajo.

Así pues podemos afirmar que un ambiente de trabajo favorable será aquel que palie las influencias negativas en el trabajador, y facilite un ambiente al que sea fácilmente adaptable.

Ante todas estas definiciones se pueden tomar dos posturas la de dar mayor valor a las características del trabajador que implicará una mirada más individualizada y

de culpabilización de que el problema es del trabajador; o que el problema reside en que la forma de organización del trabajo, que esté obsoleta bien sea por ser una institución, empresa u organismo cuya distribución del trabajo sea de forma piramidal o vertical donde los trabajadores sean exclusivamente números o instrumentos que se puedan intercambiar, y donde se les considere meros acatadores de normas, en contraposición de una organización horizontal o democrática donde éstos puedan dar sus opiniones en la mejora de la productividad de la empresa.

En la actualidad y tras la Reforma Laboral de 2012 (108) , la desestructuración del mercado laboral ha llevado a aparecer una serie de factores que previamente se han explicado (pérdida de derechos, aumento de temporalidad, aumento de autónomos) y que podrían estar influyendo en la aparición del síndrome de Burnout.

Figura 7: Consecuencias de la Reforma Laboral de 2012. Fuente: El País, en base a datos del INE.

4.4.1 El estrés profesional en enfermeria

Tal como señala Sellán, (86) y Gil-Monte y Peiró (109) especifican desde la perspectiva psicosocial, que el síndrome de quemarse por el trabajo no debe identificarse como estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones sociales entre proveedores de los servicios y receptores de los mismos.

Es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en la relación profesional-usuario, y en la relación profesional-organización.

El estrés posee un enorme interés desde el marco social de la salud, tras numerosos estudios, se ha observado que diversas condiciones sociales pueden actuar como agentes estresantes y modificar la salud de los individuos. (110-112)

Uno de los innovadores más significativos en el estudio de los factores sociales del estrés fue Thomas H. Holmes (113), el cual se basó inicialmente en los trabajos de Wolf y Meyer según Sandin (114) . Holmes, influenciado por las ideas y aportaciones de estos dos autores, se interesó no sólo por quién enferma sino también por cuándo (contexto social) uno enferma, investigando sobre las relaciones entre los fenómenos sociales y la enfermedad.

En 1956, Holmes junto con Hawkins realizó un cuestionario: el SRE (Inventario de Experiencia Reciente) (115). Con esta primera versión del SRE, pretendía reflejar la carga social a que están sometidos los individuos (en particular los que padecen alguna enfermedad) y que, en último término, afectan negativamente a la salud. Este cuestionario fue realizado mediante el apoyo en sucesos vitales acaecidos a los individuos consiguiendo demostrar que la salud no es una cuestión meramente biologicista, sino que tiene un componente biológico, psicológico y social.

Según Sandín:

"La aportación del enfoque de los sucesos vitales como revolución en las ciencias de la salud se ha justificado porque dicho

enfoque: (a) permite estudiar epidemiológicamente grupos sociales y niveles de riesgo desde una nueva perspectiva, (b) posibilita establecer estrategias de afrontamiento y prevención selectivas, y (c) supone una orientación social de la salud (diferente de la antigua concepción médica basada en la relación germen-enfermedad)" (115).

Hay que clarificar que los sucesos vitales no tienen la misma repercusión si se trata de sucesos positivos o negativos, o si son esperados o inesperados.

Mechanic (1978) en Sandín (115) especifica que el concepto de estrés hay que entenderlo también desde el nivel colectivo, ya que la capacidad de la persona para hacer frente a los problemas está influida por las instituciones sociales, tales como la familia o la escuela (ya en el capítulo de la Identidad exponíamos la importancia de la socialización primaria y secundaria), organizaciones diseñadas para desarrollar las habilidades y competencias necesarias para afrontar las exigencias de la sociedad. En la sociedad aparecen una serie de estresores que, junto con la necesidad de tomar decisiones de forma individual, favorece la aparición del estrés crónico.

Según Sandin, Pearlin afirma que:

"los estresores sociales crónicos consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que la mayor parte de la gente se encuentra en sus vidas diarias"(115).

Si lo aplicamos a las relaciones laborales y realizamos la diferenciación realizada por Pearlin (116) en 1989, encontramos los siguientes tipos de estresores crónicos:

- *"Por sobrecarga de roles"*. Ocurren cuando las demandas exceden las capacidades del individuo. Se observan con frecuencia asociados a los roles profesionales y a ciertos roles como la Agencia de Cuidado Dependiente (117,118).

- *"Conflictos interpersonales en conjuntos de roles".* Son los tipos de estresores crónicos por excelencia. Esta modalidad de estrés crónico aparece en formas diferentes, pero siempre conlleva problemas y dificultades que se originan entre personas que interactúan entre sí en conjuntos de roles complementarios.
- *"Conflictos entre roles".* Se producen cuando existen demandas incompatibles entre diversos roles, como por ejemplo entre las demandas laborales y las familiares. En estos casos, normalmente el individuo no puede satisfacer las demandas y expectativas de uno de los roles sin descuidar las demandas del otro.
- *"Cautividad de rol".* Ocurre en personas que no están dispuestas a llevar a cabo un rol que les incumbe.
- *"Reestructuración de rol",* que se refiere al producido por los cambios asociados a la evolución del propio rol. Es virtualmente inevitable que las relaciones en el conjunto de los roles conlleven cambio. Tanto los procesos relacionados con la edad como las exigencias externas fuerzan a alteraciones en las expectativas e interacción de patrones largamente establecidos. Estos estresores pueden aparecer de forma insidiosa y suelen persistir hasta que las personas se reajustan a las nuevas expectativas y normas que gobiernan las relaciones."

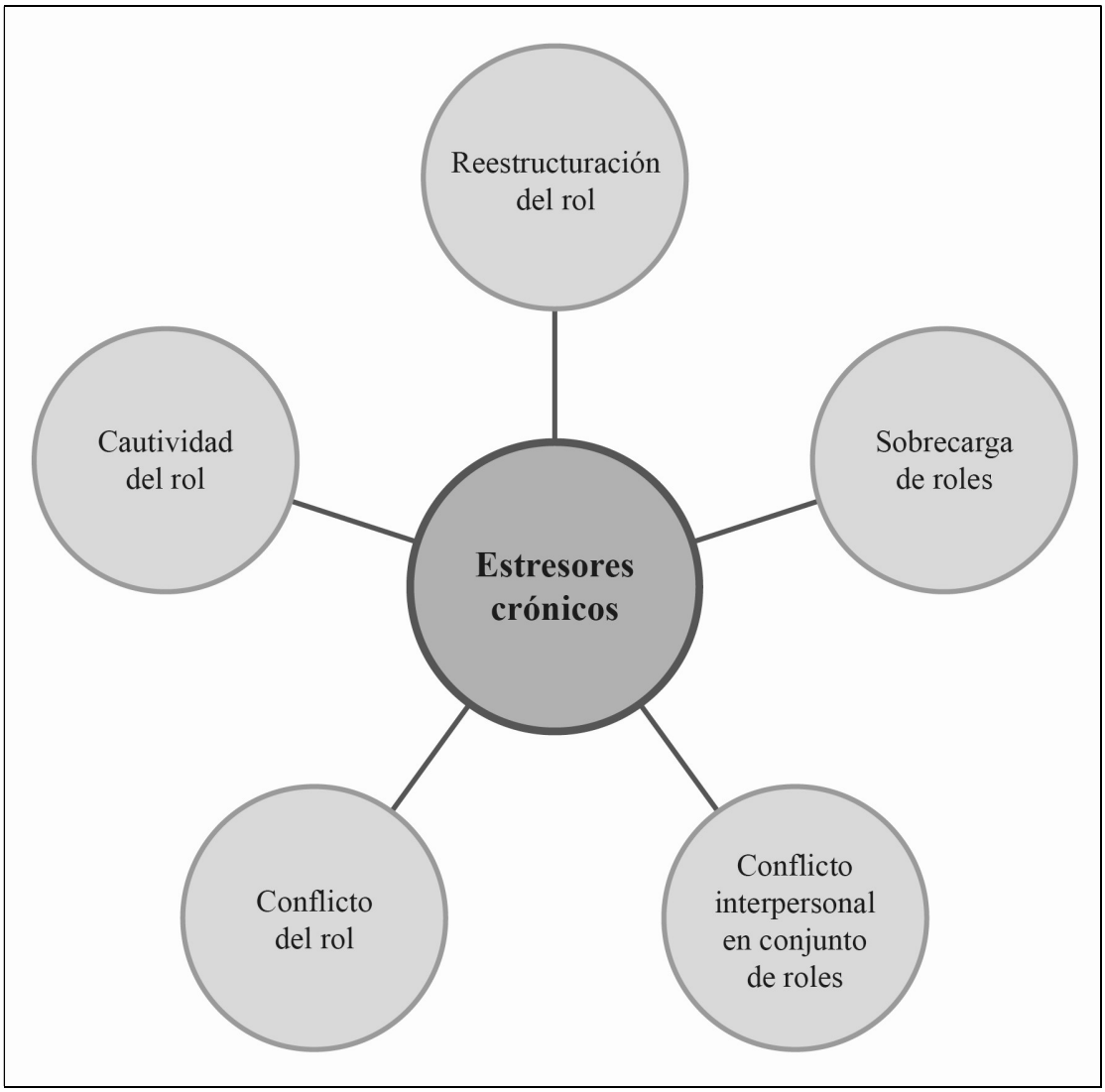


Figura 8: The Sociological Study of Stress. Fuente: Perlin. Elaboración propia.

Este tipo roles, a pesar de haber sido definido para los sucesos vitales, pueden también aplicarse algunos tipos de profesiones, como por ejemplo los "conflictos interpersonales en conjuntos de roles", se pueden dar en cualquier organización, "el conflicto entre roles" que se potencia en profesiones donde existan turnicidades siendo complicada la relación familiar o entre amigos, "la cautividad de rol" o "la restructuración de rol" que pueden aparecer en procesos de adecuación profesional, bien por evolución de tecnologías o cambios en las funciones que obliguen a una mayor autonomía, que por defecto que lleve a una clara "cautividad de rol" no queriendo llevar a cabo ese papel autónomo que implica las nuevas funciones.

En el caso de la organización hospitalaria, la cautividad de rol y la restructuración de rol están presentes entre el estamento médico y el enfermero desde la aparición de los primeros diplomados, si a ello le unimos la cautividad de rol por parte de los A.T.S. (años 1980) observamos que los conflictos son lógicos, los estresores se potencian y por lo tanto el Burnout tiene un acceso fácil en este terreno. En la actualidad podríamos decir que tras cuarenta años de la Diplomatura y Grado estos roles deberían estar más definidos, pero no han desaparecido los estresores mencionados debido entre otras cosas a la socialización de ambos estamentos en el tiempo y al mantenimiento de la organización del trabajo.

Esta investigación trata de conocer, entre otros temas, si existe una relación directa entre la aparición del síndrome de burnout y la identidad profesional relacionándolo a su vez y apoyado éste con la autonomía profesional, aplicando el estudio a enfermeras especialistas de Salud mental y enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas). Se parte de la hipótesis que los rasgos de identidad manifiestos y la autonomía posibilitan la prevención del Burnout.

En las dos especialidades a estudio (la de enfermera obstétrico-ginecológica y enfermera especialista en Salud Mental) cabría preguntarse si existe alguna posibilidad de paliar esa pérdida de motivación por parte de los profesionales.

Utilizando la atribución de la conducta, según Rotter (1954) en Juan García López (119), la probabilidad de una conducta variará con la expectativa de esa persona en relación al resultado de la misma. Esta regla se representa con la fórmula:

$$PB= f(E) +r.v.$$

PB sería la probabilidad de la conducta, f(E) es la función de la expectativa y r.v. el valor del reforzamiento. Se entiende que la frecuencia en la realización de determinadas conductas aumentará si existen experiencias gratificantes y disminuirá si fueron frustrantes o negativas.

En el caso de que una persona entienda que el resultado de su trabajo depende de sí mismo, y así lo observe en los resultados (locus interno) tomará una actitud activa

ante las circunstancias, sin embargo, si entiende o siente que los resultados dependen simplemente de la casualidad o de temas externos (locus externo) tomará una actitud pasiva. Esta aseveración procede de la Teoría del aprendizaje social que Rotter formuló compartiéndolo con Lewin, Bandura y Atkinson.(120-122)

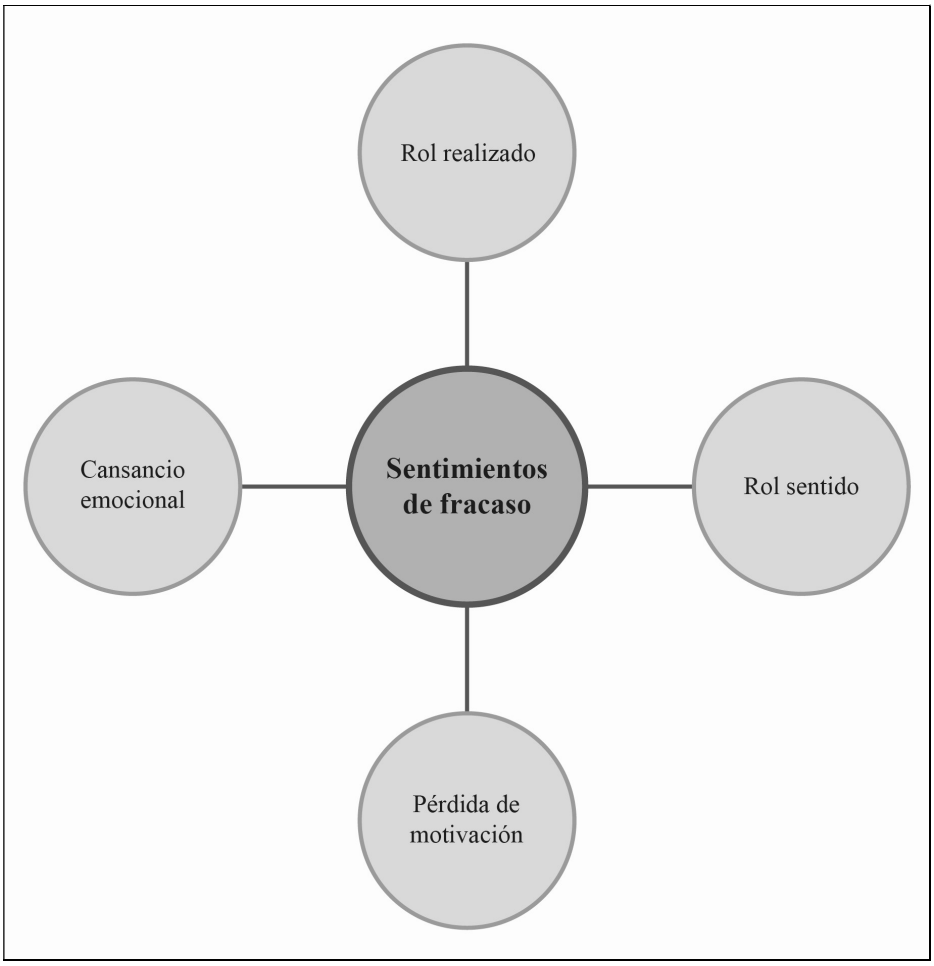


Figura 9: Teoría del aprendizaje. Atribución de conductas.Fuente: García López, J. Elaboración propia.

Si unimos esta Teoría del aprendizaje social, evaluamos la función de las expectativas y el valor del reforzamiento y añadimos las diferencias entre el rol realizado laboralmente y el rol "sentido" podemos llegar a comprender que aparezca un cansancio emocional debido a una pérdida de motivación y produzca los sentimientos de fracaso (figura 9).

Este planteamiento apoyaría la hipótesis presentada en esta investigación ya que en cada momento estamos valorando por una parte esa identidad enfermera que afirmamos que existe y que en algunas circunstancias se coarta debido ante todo a la organización del trabajo y a los conflictos y ambigüedad del rol.

4.5 ROL: CONFLICTOS DE ROL Y AMBIGÜEDAD DE ROL

En el epígrafe anterior especificábamos que Pearlin (116) asociaba como estresores crónicos a una serie de complicaciones con los roles. Sin embargo, no hemos definido en realidad que es el rol laboral. Según el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo el rol laboral es *"un conjunto de expectativas de conducta asociadas con su puesto, un patrón de comportamiento que se espera de quien desempeñe cada puesto, con cierta independencia de la persona que sea"* Arquer, Daza, Nogareda(123).

Cuando un profesional comienza a trabajar en una organización, suele tener una idea de las funciones y actividades que debe desarrollar: su rol, lo ideal sería que coincidieran con lo que la organización le exige. Pero en algunas ocasiones esto no sucede, lo que provoca una sensación de amenaza en el trabajador.

El rol del trabajador suele tener numerosas influencias como son las del propio trabajador, las de las personas que desempeñan ese mismo papel y además otras personas cuyos roles interactúan con el del trabajador. El papel de cada persona se integra en el conjunto de la empresa y, en ella, los distintos papeles existen unos en función de otros. Cada papel está relacionado con los de los demás y se refiere no sólo al trabajo que ha de realizarse, sino también al estilo de comportamiento y de relación con otras personas, las actitudes y, en ocasiones, al estilo de vida fuera de la empresa (ver figura 10).

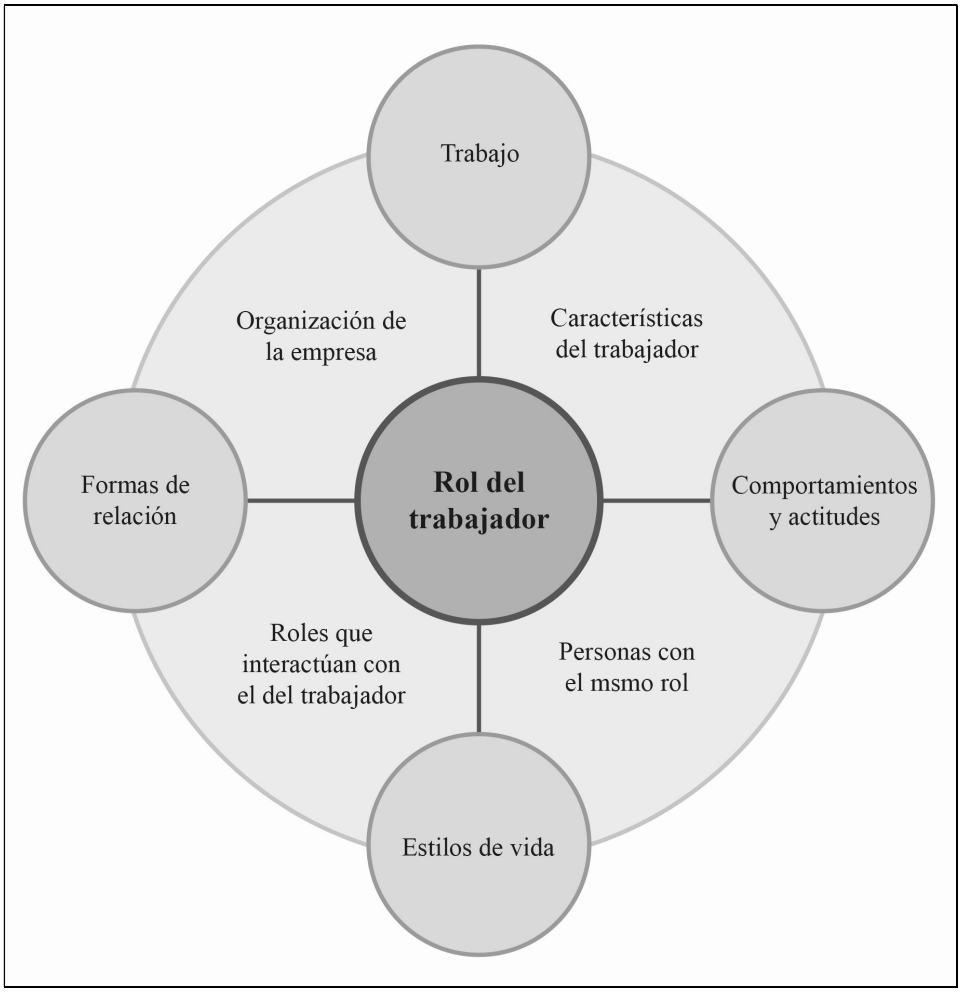


Figura 10: Aspectos sobre los que influye el rol y determinantes del rol. Nota Técnica de Prevención 388. Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Elaboración propia.

Hay veces que este rol que debe desempeñar en la organización el trabajador lo siente como divergente, es decir, la organización le solicita al trabajador una serie de exigencias que son entre sí incongruentes o incompatibles para realizar su propio trabajo es lo que denominaremos "conflicto de rol". Este conflicto es el que se presenta en las enfermeras, donde las competencias desarrolladas en los tres años de Diplomatura o los cuatro años de Grado le hacen optar a ejercer la profesión de forma autónoma (según las enseñanzas transmitidas en la Universidad) chocando posteriormente con la organización decimonónica hospitalaria, donde se sigue manteniendo mayoritariamente la organización del trabajo dependiente.

Una pregunta a plantear es si las enfermeras especialistas tienen más claro su rol. En cuanto a las enfermeras Obstétrico- Ginecológicas (Matronas), las funciones a desarrollar sucintamente las especificaremos aquí para poder posteriormente expresar las influencias de la organización del trabajo.

- *"Detectar precozmente los factores de riesgo, así como cualquier desviación de la normalidad en la madre y el hijo durante el embarazo, parto y puerperio, y a lo largo de su ciclo reproductivo, llevando a cabo actividades encaminadas al control y seguimiento de los mismos."*
- *"Participar en la planificación, ejecución y evaluación de actividades docentes, encaminadas a formar a la matrona, personal de enfermería y otros profesionales de la salud en cualquiera de sus niveles."*
- *"Ofrecer una adecuada educación sanitaria a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades educativas en relación con el ciclo reproductivo, climaterio, y la sexualidad, y llevando a cabo los programas educativos relacionados con las necesidades detectadas."*
- *"Realizar trabajos de investigación a nivel individual o integrado en grupos multidisciplinarios encaminados a la mejora continua de la actividad profesional y, por tanto, del nivel de salud de la mujer, del recién nacido y su familia."*
- *"Gestionar y administrar en el ámbito de su especialidad los recursos existentes a nivel institucional, así como la organización de la atención prestada a la mujer y al recién nacido."* (Real Orden 1 de Junio 1992) (124).

4.6 LA IDENTIDAD Y LA AUTONOMÍA COMO VARIABLES DE PREVENCION DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Dos aspectos que pueden influir en el desgaste de una profesión como la Enfermería, pueden ser la identidad y la autonomía profesional, siempre que estas no estén asumidas claramente.

Para identificar la identidad profesional como una variable la definiremos como, las características de la realidad que puedan ser determinadas por observación de una persona a otra y al mismo tiempo de un endogrupo a otro. En el capítulo I especificábamos que en la génesis identitaria intervienen varios factores a tener en cuenta: (a) la cultura popular, (b) el desarrollo cognitivo, (c) el desarrollo emotivo y por ultimo (d) los procesos lingüísticos que a su vez se plasmarán en la creación del conocimiento de uno mismo, y que nos referirá a un grupo de pertenencia o endogrupo caracterizado por una identidad grupal concreta.

La identidad decíamos que estaba compuesta por numerosas identidades como son la identidad personal, la identidad del yo, y la identidad social que a su vez se subdividía (si así lo podemos especificar) en la identidad social virtual y la identidad social real. Su existencia, demostramos en su momento que dependía de la interacción del sujeto y la sociedad donde se halla inmerso.

También hemos señalado que la identidad de un sujeto es un fenómeno activo y simbiótico con la sociedad, ya que las influencias son biunívocas al existir no solo influencias sociales en el individuo, sino que a su vez el individuo crea también esa sociedad.

En algunos párrafos del texto se ha manifestado que la simbología social influye directamente en los rasgos identitarios, y que el fenómeno de la socialización a través de la interacción simbólica crea los rasgos personales y colectivos.

Hemos desarrollado la construcción de la identidad siguiendo los pasos de su construcción y su desarrollo exponiendo además las causas de las crisis de identidad. La crisis de identidad es un fenómeno importante a estudiar en la hipótesis que barajamos.

Cuando hablábamos de crisis de identidad, en principio, especificábamos qué era la identidad entendiéndola como un conjunto de valores socio-culturales comunes, deseos, compromisos, metas, que tienen que ver con una simbología aceptada.

Por lo tanto, si una sociedad o grupo con una identidad concreta se enfrenta a la desorganización, la ineficacia e incomunicabilidad de los valores socio-culturales existentes, la irresponsabilidad, o falta de compromiso, la falta de horizonte al carecer de metas comunes, se hacen evidentes los síntomas de una crisis que se manifiesta en todas las instituciones de la cultura social existente, bien sean las familiares, las profesionales, las políticas, etc.

Estos términos se pueden aplicar también a un grupo profesional, aparece la incomunicación y por lo tanto una ruptura ya que en el discurso vinculante falta el criterio unificador con que interpretar la realidad cultural. Al desconfiar del discurso del otro se vincula a un discurso vacío.

Existe un empobrecimiento, por lo tanto, de los discursos narrativos. El individuo se siente vulnerable y prescindible y, lo que es peor aún, como consecuencia de ello no sabe a qué grupo pertenece, por lo que todas aquellas identidades que lo conforman se resquebrajan.

La identidad, en ese momento ya mal planteada, pues sus cimientos no se yerguen sobre estructuras sólidas, no conseguirá que las diferencias y los conflictos se superen a través de la narración, a través de la mediación de la comunicación puesto que no existe. Ya no existe una forma de expresar la simbología subyacente, ya que la simbología ha quebrado también.

Todo ello lleva a un planteamiento de un orden nuevo para paliar esa crisis, incluyendo cambios en la simbología social.

La pregunta es ¿Podrían estos términos influir de forma directa en la producción del estrés laboral crónico, en la desidentificación de uno mismo en el puesto de trabajo, en sentimientos negativos hacia el trabajo y por lo tanto hacia los que generan ese trabajo, y desencadenar conflictos interpersonales? En suma, ¿esta crisis de identidad podría desencadenar el Síndrome de Burnout?

Entendemos que sí, ya que los estresores que se producen en el puesto de trabajo en la crisis de identidad son similares o iguales a los estudiados hasta el momento en el estrés crónico laboral, y el mantenimiento de estos nos lleva al Burnout.

Sin embargo, quisiéramos plantearlo no como estresores en sí mismos sino como una autobiografía desgarrada, con ello los trabajadores no pueden por medio de sus narraciones potenciar su pertenencia al grupo sintiéndose más protegidos (Bruner. 1997) (125). Ni podrán negociar de alguna forma con el entorno, ni con la organización donde están inmersos a través de la narración.

Pero si esa autobiografía tuviera una continuidad (no solo cronológica), sino que contuviera un hilo conductor y fuera secuencial, estando detallada con relaciones causales, no se produciría esa crisis.

En las enfermeras especialistas obstétrico-ginecológicas (Matronas) a pesar de los cambios históricos que se han derivado de la adaptación social, a pesar del Mobbing1 académico que se les realizó en su día al no posibilitar la opción como a otros oficios que ingresaron en la Universidad (Edad Media) o posteriormente cuando en el siglo XX se paralizó su especialidad, han seguido realizando con mayor o menor fortuna aquellas actividades para lo que sabían que estaban preparadas, aunque estuvieran preparadas para ejercer más cuidados de los que realizaban.

Las parteras eran parteras, las comadres, comadronas, matronas empíricas o con estudios, realizaban su oficio y les exigía la sociedad que lo desarrollaran adecuadamente y como tal las reconocían, cada una de ellas dentro de su capacidad.

Esto opinamos que no ha producido por lo tanto una quiebra en su identidad y entendemos que les preserva del Síndrome de Burnout.

Sin embargo, las enfermeras especialistas en Salud mental surgen posteriormente al desarrollo del Cuidado de Salud Mental en España, siendo en su inicio las órdenes religiosas las que realizaban dichos cuidados o custodiaban a los pacientes basándose, en las obras de misericordia. Pero hasta la primera mitad del siglo XX no aparece en España la especialidad. Además, hay que añadir a esto que, no se ha

[1] Mobbing: Acoso, desprecio.

solicitado el poseerla para ejercer hasta hace poco tiempo. Por ello todo el peso de las decisiones recaía sobre el estamento médico especialista. La introducción poco a poco de estas enfermeras en los centros y hospitales para pacientes con problemas de Salud Mental ha favorecido la socialización previa existente. Es por lo que entendemos, que la crisis identitaria será mayor que la de las enfermeras especialistas obstétrico-ginecológicas (Matronas) y por lo tanto más propensas al Burnout.

Otro factor importante a valorar son las características de salud de las personas a cuidar, no en sí por la conflictividad, sino por las actividades a realizar. Las Matronas, salvo excepciones, tratan una evolución natural del organismo de las mujeres, por lo que es una especialidad donde en principio no existe un problema de salud latente, es por lo tanto más gratificante. Mientras que las enfermeras especialistas en Salud mental se enfrentan a complicaciones o alteraciones a veces difíciles de solucionar, como factores sociales que pueden intervenir en los problemas que presentan los individuos a cuidar, siendo su influencia mínima en objetivos a largo plazo.

4.7 EL ESTRÉS RELACIONADO CON EL MODELO ORGANIZACIONAL HOSPITALARIO

Los hospitales son organizaciones creadas para un fin: la recuperación o mejora de la Salud. La estructura de la organización donde se integra la definición de competencias, estructura jerárquica, canales de comunicación e información, relaciones personales, desarrollo profesional, ayudas sociales, y estilo de mando, son algunos de los factores relacionados con el estrés.

La dirección hospitalaria debe ser capaz de aplicar el feedback 360º. El feedback 360º es una evaluación circular donde están implicados todos los miembros de la organización para conseguir la completa eficiencia de esta, para ello es imprescindible que la organización sea madura, que se puedan garantizar la confidencialidad de las informaciones, que el evaluado tenga la capacidad de decidir quienes le van a evaluar, y que posteriormente se puedan implementar las mejoras dentro de la organización. (126)

Cuando hablamos de gerencia es importante el estilo en el que se realiza, estando a su vez íntimamente relacionado con los roles existentes en una organización, tal como podemos observar en la tabla 3 (127).

Caracteristicas de personas en grupos			
Actividad	**Habilidad**	**Atractivo**	**Rol**
↑	↑	↑	Líder
↑	↑	↓	Experto tarea
↓	↓	↑	Especialista social
↑	↓	↓	Desviado hiperactivo
↓	↓	↓	Desviado hipoactivo

Tabla 3: Características de las personas en los Grupos. Fuente: Bales, R.˙ Elaboración propia.

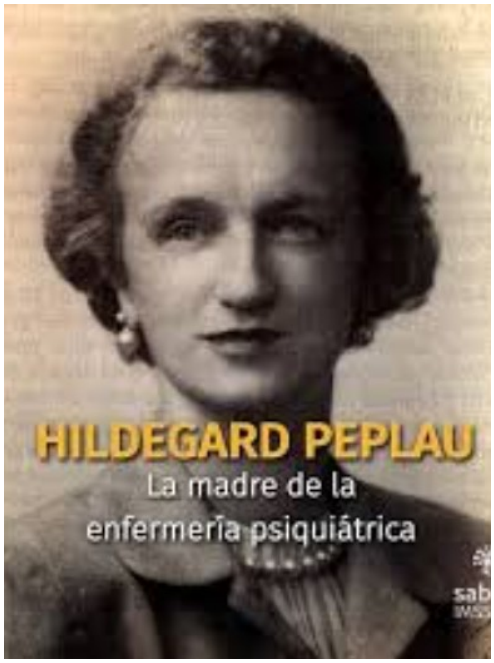
Por lo tanto, tal y como especificábamos anteriormente, una organización piramidal, donde la participación de los trabajadores es nula en cuanto a la toma de decisiones, las competencias no están ajustadas a las tareas a realizar, los canales de información están fracturados, las relaciones personales entre los mandos y los trabajadores no se reconocen como justas, el desarrollo profesional es exiguo y los cursos de formación no se ajustan a las aspiraciones del personal, y estilo de mando es autoritario va a promover tal y como hemos visto anteriormente todos los factores de riesgo para que aparezca el estrés. Si bien es cierto que han ido cambiando algunas organizaciones adaptándose a la legislación y al tiempo actual matricial, no es más cierto que siguen algunas con el mismo talante del siglo pasado.

Para analizar la autonomía entendimos que, lo ideal era comparar las enfermeras especialistas y las generalistas, y dentro de las especialistas las enfermeras especialistas obstétrico-ginecológicas (Matronas) y las enfermeras especialistas de Salud Mental, ya que partimos de la hipótesis de que las enfermeras especialistas obstétrico-ginecológicas (Matronas) tienen una mayor autonomía en el ejercicio profesional por las características arraigadas a través del tiempo, y por su propia

especialidad; seguidas de las enfermeras especialistas en Salud Mental pues su valor añadido es que tienen una especialidad y se les supone mayor libertad de acción en la toma de decisiones, estando por último las enfermeras Generalistas que entendemos que serían las que tendrían menor autonomía en el hospital.

La justificación del estudio es conocer a través de esta tesis la percepción de las enfermeras sobre la toma de decisiones autónomas en el contexto laboral y el ámbito que les es propio.

PARTE TERCERA



LAS MATRONAS

CAPITULO V: LAS ENFERMERAS GENERALISTAS EN ESPAÑA

5.1 INTRODUCCIÓN

En éste capítulo vamos a analizar el inicio de la enfermería en España. Podríamos remontarnos a la aparición de los primeros cuidados enfermeros, pero no es la idea de ésta tesis. Por lo tanto, sólo nos remontaremos al inicio y cercanía de los cuidados enfermeros en el siglo XIX, XX y XXI; ya que es el centro de nuestro interés por considerar a las enfermeras generalistas el grupo control de nuestra investigación.

Realizaremos, una sucinta evolución histórica del cuidado enfermero, con el fin de extraer elementos que hayan influido o estén influyendo en las características actuales que poseen las enfermeras.

Tras ello realizaremos una conclusión del capítulo.

5.2 LAS ENFERMERAS ESPAÑOLAS A PARTIR DEL SIGLO XIX

La regulación de las profesiones sanitarias ha sufrido numerosos avatares en la Historia de España, y concretamente y ciñéndonos a la cuestión que nos interesa, la Disciplina Enfermera.

En 1804 los Reales colegios de Cirugía y las Facultades de Medicina llevaban a cabo la supervisión de todas las profesiones sanitarias, salvo las que no estaban reguladas, como los sanadores o las enfermeras.

Las enfermeras en su mayoría eran religiosas que se habían dedicado al cuidado de los enfermos. Sin embargo esto no implicaba que no hubiesen estado reguladas mediante reglamentos, ya que, desde antes del siglo XIX existían, *"las enfermeras de las constituciones de la Orden Hospitalaria de 1587, la enfermera de Palacios en el reinado de Felipe II"* (128), sin embargo la legislación que hizo posible la implantación de la profesión enfermera en España, no surge hasta 1915 (129,130) .

Los estudios de los practicantes y matronas dependían de los Reales Colegios de Cirugía y de las Facultades de Medicina; pero en 1857 con La ley de Instrucción Pública del 9 de septiembre (131), también conocida como la ley Moyano, en el artículo 40 y 41 se especifica que:

> *"Art. 40. Queda suprimida la enseñanza de la Cirugía menor o ministrante. El reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de practicantes.*
>
> *Art .41. Igualmente determinará el reglamento las condiciones necesarias para obtener el título de Matrona ó Partera."*

Sin embargo, como se puede observar, no especifica en ningún caso, cuales son los conocimientos necesarios para el ejercicio de estas profesiones, ni por supuesto nombra a las enfermeras. La causa fundamental es porque en realidad no existía una profesión reglada como tal a pesar que sí existían ciertas regulaciones. Sin embargo, escribimos sobre los practicantes y las matronas dado que posteriormente quedaron inmersos en la misma titulación, para pasar las matronas a ser una especialidad enfermera.

La real Orden de 26 de junio de 1860 (132), ratificada por Isabel II, exigía estudios teóricos y prácticos para los practicantes, puntualizando su dependencia de las Facultades de Medicina. Realizaban sangrías, administraban todo tipo de medicación tópica, realizaban vendajes, cauterizaciones, extracciones dentales y actuaciones relacionadas con la podología.

En 1857 del 10 de septiembre (131) se especifican numerosos estudios, sin embargo los de practicante y matrona aparecen en el apartado 40 y 41 para definir que: "Queda suprimida la enseñanza de la Cirugía menor o ministrante El Reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de Practicantes." En la misma en el Art. 41. especifica que "igualmente determinará el Reglamento las condiciones necesarias para obtener el título de Matrona o Partera". En el Art 42 indica "El Gobierno dictará las disposiciones necesarias para que por medio de estudios suficientes, puedan pasar de una clase á otra los actuales profesores del arte de curar, tomando en cuenta los estudios, el tiempo y los gastos de las respectivas carreras". Por último, en el artículo 73 apunta que "en todas las carreras de la enseñanza superior y profesional principiarán las lecciones el día 15 de setiembre y concluirán el 15 de junio. En las Escuelas superiores, cuyos estudios teóricos y prácticos pasen de diez meses, se hará la distribución de las enseñanzas y ejercicios del modo que determinen los Reglamentos, para aprovechar las ventajas de cada estación del año.

Podrá, sin embargo, obligarse á los alumnos en ciertos casos á dedicarse, durante las vacaciones, a estudios prácticos, bajo la dirección de los profesores, ó en cualquiera otra forma que determinen los Reglamento".

Esto se aplicó durante muchos años a las enfermeras siendo mano de obra barata en los hospitales hasta los años 70.

En la Real Orden de 21 de noviembre de 1861 (133), se aprueba el Reglamento para la Enseñanza de Practicantes y Matronas. Los requisitos necesarios eran: tener aprobada la primera enseñanza elemental completa, haber cumplido los 23 años de edad, tener la autorización del padre o el marido; ser casada o viuda y que el párroco

justificara que el o la aspirante era de buena vida y costumbres. También parte de estos requisitos se siguieron solicitando durante la época franquista.

En la Real Orden del 6 de octubre 1877 (9,134,135), se deroga el ejercicio de dentista de la carrera de Practicantes, aunque los titulados hasta esa fecha y los que habían iniciado los estudios podrían continuar desempeñando tales funciones.

Hasta ahora estamos escribiendo sobre practicantes y matronas (aunque de estas últimas se especificará en un capítulo posterior, y más ampliamente), porque es imposible no hablar de ellos si queremos llegar hasta la enfermería actual.

Vamos a describir la primera escuela privada de Enfermería que se instauró en España. La Escuela de Enfermeras Santa Isabel de Hungría fue fundada en 1896 en Madrid por el Dr. Federico Rubio y Gali en el Instituto de Terapéutica Operatoria en el Hospital de La Princesa (135,136).

Era similar a las escuelas laicas que en ese momento se creaban en Europa, concretamente era similar a la de Florence Nigthingale creó en el Reino Unido. Para ello se solicitaba (137):

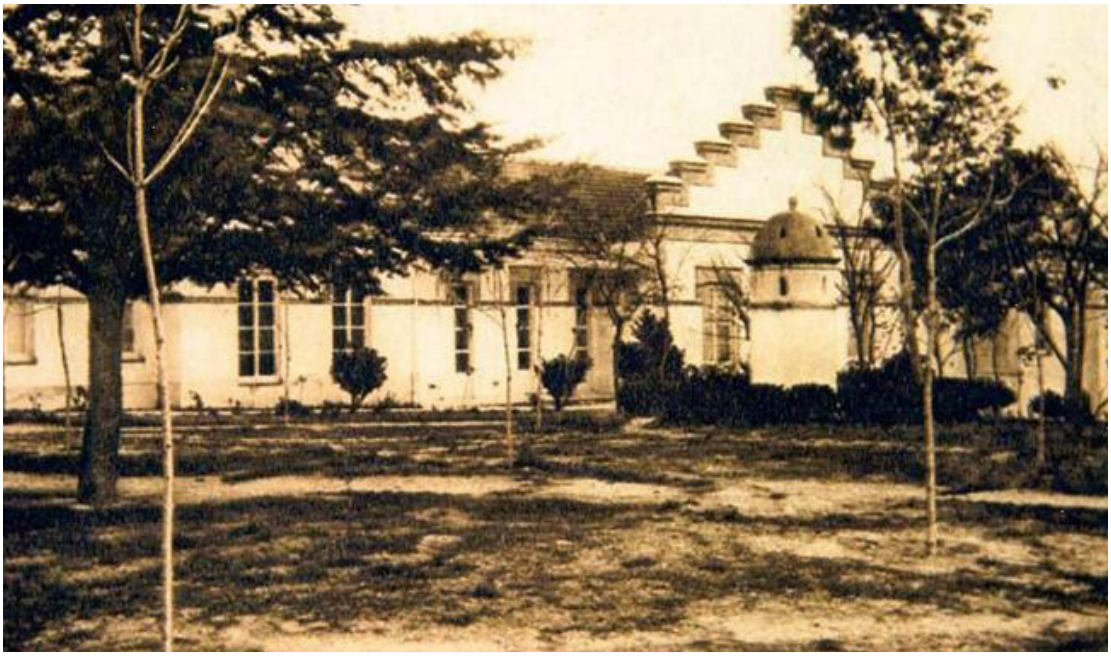


Figura 11: Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria y Real Escuela Santa Isabel de Hungría. 1896. Fuente: Enfermería avanza.

"Las condiciones fundamentales para la admisión de unas y otras, son: tener 23 a 40 años de, edad; saber leer, escribir y contar; ser sanas, robustas y dóciles; proceder de familias honradas, con preferencia do la clase media, huérfanas y desvalidas; ser de una moralidad intachable y de arraigados sentimientos cristianos, guiándoles, más que toda idea de lucro (aun siendo lícita), la bendita virtud de la Caridad y el amor al prójimo, llevado hasta la abnegación".

Según Rubio Chacón, en su obra Instituto Rubio y los Estatutos de su fundador (1916), en Sellan (9):

"Las alumnas van a la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, para aprender práctica y teóricamente un servicio técnico que ninguna Asociación religiosa de mujeres puede practicar, por vedárselo sus reglas y constituciones, usos y costumbres. Se trata de un hospital y de unos dispensarios de cirugía y sus especialidades, donde hay que curar a enfermos de todas edades y de los dos sexos, sin distinción de órganos enfermos. Repito que en un servicio técnico no pueden intervenir más que técnicos, hasta, auxiliares. Las personas no técnicas no pueden substituir a las técnicas ¿Y a las curadoras iba tampoco a substituirlas nadie con más respetabilidad que ellas..."(9,135)

A continuación, especificamos un cuadro comparativo entre la estructura de la enseñanza de los practicantes y las matronas basada en la ley de Instrucción Pública de 1857 y el Reglamento de 1861, aunque su regulación se basaba en numerosos documentos (Gaceta de Madrid nº 332, 28 de noviembre de 1861; Antecedentes históricos del proceso de socialización de la Enfermería española. Desarrollo normativo (1902-1935), Revista de Enfermería científica. Nº 111- junio 1991, pp. 28-36). Este cuadro comparativo ha sido elaborado por G. Canalejo (2006, p. 32-33) estando

reflejado en su obra “Las cuidadoras. Historia de las Practicantas, Matronas y Enfermeras (1857-1936)(138)

Como se podrá observar las diferencias entre ambos, tiene mucho que ver con una sociedad que mantenía un conjunto de actitudes y comportamientos que rebajaban la dignidad de la mujer, marginándola frente al hombre por el mero hecho de su sexo. En la que se infravaloran las facultades de la mujer basándose en argumentos débiles o carentes de razón para justificar talantes llenos de prejuicios y patriarcales que se desarrollaban en la enseñanza.

Requisitos de acceso	
Matronas	• Haber cumplido 20 años. • Ser casada o viuda. • Certificación del cura-párroco justificando *buena vida y costumbres.* • Autorización del padre o marido. • Ser aprobada en primera enseñanza elemental completa.
Practicantes	• Haber cumplido 16 años. • Ser aprobada en primera enseñanza elemental completa.
Enfermeras	• No se habla de requisitos de estudios en el siglo XIX. Son la mayoría monjas y básicamente tendrán en cuenta: o Cuidado en la asistencia. o Conocimientos sobre la alimentación. o Honestidad. Aseo. Orden.
Habilitación legal del título	
Matronas	• Como auxiliares de los facultativos, podrán asistir a las embarazadas, parturientas o paridas. • Autorización para asistir a partos y sobrepartos naturales (no a los prematuros o laboriosos).
Practicantes	• Autoriza a ejercer la parte meramente técnica y subalterna de la cirugía. • Igualmente se conciben como auxiliares de la profesión médica.

Habilitación legal del título	
Enfermeras	• No existe titulación.
Estudios	
Matronas	• Duración dos años de conocimientos teóricos simultaneados con la misma práctica. • Libros de texto: los oficiales. • Coste total de la enseñanza: 912 reales en el caso de la enseñanza pública (derechos de título incluido). Si era privada se añadirían 5 reales al mes por cada lección de una hora diaria.
Estudios	
Practicantes	• Duración dos años de conocimientos teóricos simultaneados con la misma práctica. • Libros de texto: los oficiales. • Coste total de la enseñanza: 912 reales en el caso de la enseñanza pública (derechos de título incluido). Si era privada se añadirían 5 reales al mes por cada lección de una hora diaria.
Enfermeras	• No están regulados.
Establecimientos públicos de enseñanza	
Matronas	• En las Facultades de Medicina. • En los hospitales públicos provinciales o municipales que no bajen de 60 camas habitualmente ocupadas por más de 40 enfermos. • En las casas de Maternidad provincial, municipal o en los hospitales donde hubiera salas de partos.
Practicantes	• En las Facultades de Medicina. • En los hospitales públicos provinciales o municipales que no bajen de 60 camas habitualmente ocupadas por más de 40 enfermos.
Enfermeras	• No hay establecimientos específicos.
Exámenes	
Matronas	• Uno cada semestre con una prueba final de reválida y habilitación. • Tribunal para examen final de teoría y práctica de reválida compuesto por tres catedráticos de las facultades de medicina. • Los exámenes serán reservados.

Exámenes	
Practicantes	• Uno cada semestre con una prueba final de reválida y habilitación. • Tribunal para examen final de teoría y práctica de reválida compuesto por tres catedráticos de las facultades de medicina. • Los exámenes serán públicos.
Enfermeras	• No existen.

Tabla 4: Estructura de la enseñanza entre Practicantes y Matronas. Fuente: G. Canalejo (2006). Elaboración propia.

En 1902, se amplía la instrucción para los practicantes con 30 lecciones más de obstetricia, lo que provoca gran malestar entre las matronas continuándose el enfrentamiento ya existente entre éstas y los practicantes, ya que a los practicantes se les permitía también asistir en los partos en ciudades menores de 10.000 habitantes, lo cual teniendo en cuenta la España rural de la época era un número elevado.(138)

Según Carreto Lemus en su tesis, en 1904 con la "Ley de Instrucción General de Sanidad" (139,140), se legitimaba y regulaba el ejercicio profesional, impidiendo la práctica a personas no tituladas. Reconocía como tales las profesiones de *"medicina y cirugía, farmacia, veterinaria, arte de los partos, dentista, practicante y las complementarias que, con título oficial, pudieran crearse"* (141). Con el Real Decreto de 10 de agosto de 1904, se desarrollaba el contenido de la Instrucción General y se reorganizaban los estudios de practicantes y matronas.(140)

Por lo tanto, observamos la existencia de tres colectivos heterogéneos: las enfermeras mayoritariamente monjas hasta este momento, los practicantes y las matronas; con funciones diversas, aunque en algunos casos entrecruzadas, pero con unas experiencias profesionales distintas.

En 1915 (tal como especificábamos anteriormente) con la Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes del 7 de mayo, publicada el 21 de mayo; se aprueba:

"El programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las mujeres que lo soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas".

De hecho esta Real Orden surge por:

"Una instancia presentada por la Congregación de Siervas de María, Ministras de los enfermos, solicitando que se autorice para ejercer la profesión de enfermeras a las religiosas que acrediten tener los conocimientos necesarios con arreglo al Programa que con este fin se establezca" (142).

La formación teórica estaba compuesta por un programa de 70 temas, por otra parte la formación práctica se podía realizar en las clínicas, consultorios, asilos u hospitales. Posteriormente cuando se adquirían estos conocimientos se realizaba un examen ante un tribunal y una vez superado se le expedía por el Decano de la Facultad de Medicina de Madrid la autorización para ejercer la profesión de enfermeras. (140)

Ahora ya podemos decir que en España existen las tres profesiones que posteriormente se unirían en una sola: Enfermeras, Practicantes y Matronas.

Esto dio lugar a que fueran poco a poco apareciendo nuevas escuelas de Enfermería como por ejemplo, la Escuela de las Damas de la Cruz Roja Española que se inició en 1916, pero por problemas que acaecieron hasta 1918 podemos decir que no se instaura rotundamente, la escuela de la Santa Madrona de Barcelona en 1916, o la Escuela de Enfermería de la Casa de Salud Valdecilla en 1929.

En 1944, la Ley de Bases de la Sanidad Nacional (143), estableció:

"Base 34ª.-Organización profesional

La organización de los profesionales sanitarios estará representada por los Colegios, que agruparán oficial y obligatoriamente en su seno a cuantos ejerzan una profesión sanitaria.

A tal efecto se considerará como ejercicio profesional la prestación de servicios en sus distintas modalidades, aun cuando no practiquen el ejercicio privado o carezcan de instalaciones. Podrán inscribirse voluntariamente quienes con título suficiente lo soliciten, ejerzan o no la profesión.

En cada provincia habrá un Colegio Oficial de Médicos, otro de Farmacéuticos y otro de Auxiliares Sanitarios que acoja en su seno a Practicantes, Comadronas y Enfermeras tituladas. Un Consejo General de cada rama residirá en Madrid y será el supremo Organismo rector profesional" [...]

Pero a pesar de un colegio común, los Auxiliares Sanitarios seguía manteniendo sus peculiaridades, e incluso unos estudios diferenciados.

Sin embargo, a raíz del decreto del 27 de Junio de 1952 (144) y del 4 de Diciembre de 1953 (145), se establece la Titulación de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.), que acoge a las antiguas enfermeras, a los practicantes y a las matronas.

"Artículo primero. —Los actuales estudios de Practicantes, Matronas y Enfermeras se unifican en una sola enseñanza, que habilitará para obtener el titulo de Ayudante Sanitario". (B.O.E. Nº 363/1953)

Posteriormente, previo a la finalización de los estudios de los egresados de la primera promoción de A.T.S (146), Orden 4 julio 1955, se especifican las actividades o tareas a realizar por los nuevos profesionales.

"1º Los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitario tendrán tres cursos académicos de duración. Este periodo de escolaridad no podrá dispensarse, debiendo los alumnos cumplirlo curso por curso, sin simultánea dentro de un mismo año académico las enseñanzas de dos cursos mi aun en distintas convocatorias de examen.

2.ºLos estudios de Ayudante Técnico Sanitario femenino se cursarán obligatoriamente en régimen de internado.

Para Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos no será obligatorio el régimen de internado."

Independientemente de las asignaturas que se tenían que cursar que eran diferentes, se puede ver que el régimen de patriarcado era muy poderoso influyendo en que las mujeres estuvieran internas, pero no los hombres. En cuanto a las asignaturas las diferencias observamos en el apartado 14 que:

"Se especifica que en la Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos se cursara además de las disciplinas señaladas en el numero anterior, de la Enseñanza de Hogar, en los tres cursos con intensidad de una hora semanal en cada uno de ellos".

En las de Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos se cursarán nociones de autopsia médico-legal.

Como se puede observar y tal como especifica el nombre de dichos profesionales, básicamente tenían la obligación de auxiliar a los profesionales de la Medicina en todo aquello que fuera necesario.

3.º Para ingresar en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, se requiere:

- *Tener 17 años cumplidos y cumplir los 18 en el curso.*
- *Certificación académica de estudios que acredite haber cursado 4º y reválida, o si los estudios eran de antes de 1953 cuatro cursos de bachillerato.*
- *Poseer las condiciones físicas y de salud necesarias, que se comprobaran por medio de un reconocimiento médico efectuado en la Escuela.*
- *Realización de un examen de Ingreso de conocimientos Generales.*
- *Realización de test psicológicos (dependiendo de la escuela entre 1 y 3 test) para ver si se tenían aptitudes y actitudes necesarias para desempeñar ese trabajo.*
- *Realización de una entrevista personal con el director/a del centro, psicólogos y/o psiquiatras; más el jefe o la jefa de estudios.*
- *Presentación de dos cartas de personas de "reconocido prestigio y solvencia moral" de la época (alcalde franquista, cura, o similar), que acreditaran su adhesión al régimen y que consignaran su domicilio.*
- *Era obligatorio hacer el curso interno en el centro, exceptuando a los hombres que les permitían hacerlo en la facultad de medicina. Ya en 1973 se inició la posibilidad de realizar la formación para las mujeres de forma externa.*
- *Partida de nacimiento, legalizado cuando procediera.*

- *Declaración jurada de los estudios relacionados con los de Ayudante Técnico Sanitario que antes hayan realizado y sus vicisitudes.*
- *Carta de puño y letra del solicitante, en la que razone porque desea seguir los estudios de Ayudante Técnico Sanitario.*
- *Expresión de la Escuela donde va a realizar el examen de ingreso.*

La Facultad de Medicina admitía la matrícula de ingreso de los alumnos que reunían las condiciones legales, remitiendo a las Escuelas la documentación de las matrículas.

Todos los cambios legislativos se debían principalmente al futuro cambio previsto para la nueva regulación de los hospitales de la Sanidad Española, ya que se necesitaban nuevos profesionales preparados para dar respuesta a los cuidados que se realizaban o se iban a realizar en el nuevo Sistema de Salud (147).

La nomenclatura de A.T.S., fue única en el mundo, ya que se denominaba en todos los países enfermera:

> *"Si analizamos el nombre, aunque solo sea someramente, deja patente y de forma unívoca su significado: es* ***un ayudante****, y, por tanto, no tiene plena autonomía;* ***un técnico****, en este caso, cuyo ejercicio profesional está orientado a la vertiente técnico asistencial"(9)*

La profesión de A.T.S. al igual que la de enfermera ha sido eminentemente femenina, con porcentajes cercanos del 85% en cuanto a mujeres y un 15% de hombres.

Las características culturales españolas durante la España de los años 50 y 60 con la dictadura de Francisco Franco, influyeron notablemente en el tipo de relaciones interpersonales y laborales de las A.T.S., siendo una profesión que, si bien había nacido para depender de la Licenciatura de Medicina y Cirugía, esto no planteaba ningún

problema para la mayoría de profesionales, dada la dependencia que en esos momentos en la sociedad española había de la mujer con respecto al hombre.

Ya finalizando la dictadura, existieron una serie de movimientos sociales que favorecieron la llegada de la democracia con la creación de nuevas leyes académicas que cambiaron el paisaje educativo en otras Disciplinas del ámbito de la Salud. Así, en 1968 se habían creado secciones de Psicología en las facultades de Filosofía y Letras de la Universidad Complutense de Madrid, y en la Universidad de Barcelona, pero será en 1978 cuando se creará en la Universidad Complutense de Madrid la primera facultad de Psicología de España, entre otras. (148)

Las enfermeras, en esta época (1975, 1976) se movilizaron para conseguir que sus estudios fueran Universitarios y no siguieran siendo formación dependiente de las Universidades, tal como especificaba la Orden 4 julio 1955. B.O.E. de 2 de agosto de 1955:

> *"Los aspirantes presentarán en la Facultad de Medicina de la que dependa la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios donde vayan a cursar sus estudios, la solicitud de ingreso con la documentación siguiente"(146).*

La causa primordial era la necesidad sentida de que la investigación, la docencia y la no dependencia de otras Disciplinas era ya necesaria para la evolución académica de la Disciplina enfermera.

Fue una época en que las relaciones se entendían de forma horizontal y no jerárquica, ya que la visión enfermera había encontrado su sujeto y su objeto de ser: La persona y el cuidado. Por ello, entendía que solo desarrollándose disciplinarmente podría prestar los cuidados adecuados.

En aquel momento, existían a su vez dentro de las enfermeras dos puntos de vista que diferían uno más global que expresaba la integración de las escuelas en la Universidad, y el más concreto que expresaba la necesidad de una Licenciatura de Enfermería.

El Real decreto publicado el 23 de julio de 1977, favoreció la integración de las escuelas de Enfermería en la Universidad, concediéndoles el grado de Diplomatura. (1)

Posteriormente, se iniciaron en algunas Universidades la realización de Títulos Propios, con la esperanza de oficializar un segundo ciclo para las enfermeras, pero la Ley 2003/21340 del 22 de noviembre del 2003, no consiguió que esto sucediera a pesar de ser una ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Dejaba entrever el futuro de estos títulos propios que, a pesar de estar respaldados por un 94% de Universidades, no consiguió ver la luz como segundo ciclo.

Una vez más, y tras 30 años en la Universidad la Disciplina enfermera debía esperar que desde Europa y por obligación, se produjera el reconocimiento que desde nuestro propio país no se conseguía (149).

En ese momento y debido al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior, se consiguió el Grado, poniendo fin a los avatares, tal como iniciamos esta historia, de una Disciplina que ha demostrado con creces su derecho a pertenecer a la comunidad universitaria y poder desarrollarse sin ningún impedimento.

Con toda esta pequeña referencia histórica sólo pretendemos el entendimiento de la génesis, que a nivel legislativo ha ido conformando la comunidad enfermera.

5.3 LAS ESPECIALIDADES ENFERMERAS

Las especialidades de los diplomados en Enfermería no verían la luz hasta el año 1987, lo cual no implica que no existiera legislación sobre especialidades, ya que se aplicaba el Decreto de 1980 que contemplaba las especialidades de A.T.S.

Sin embargo, resulta anacrónico que unas especialidades cuyos contenidos son no universitarios se apliquen a una Diplomatura Universitaria.

Así pues, el decreto del 3 de Julio de 1987 (150), publica la posibilidad de la realización de seis especialidades para los Diplomados en Enfermería, a saber:

"Art. 2. ° Uno. A los efectos previstos en este Real Decreto se crean las siguientes Especialidades en Enfermería.

Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas).

Enfermería Pediátrica.

Enfermería de Salud Mental.

Enfermería de Salud Comunitaria.

Enfermería de Cuidados Especiales.

Enfermería Geriátrica.

Gerencia y Administración de Enfermería"

A pesar de ello, sólo se desarrollaron las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) en el año 1990 tras una sanción de la Unión Europea, y posteriormente en 1996 la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

Posteriormente se han desarrollado nuevos decretos (2003, 2005, 2008) pero las especialidades siguen sin solicitarse para cubrir puestos en las diferentes comunidades autónomas, siendo una inversión dolosa tanto para los que la realizan como para las arcas públicas.

Como se puede observar, parece existir un extraño *"mobbing"* académico a través de toda la historia de la Enfermería.

CAPITULO VI: LAS ENFERMERAS OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA (MATRONAS)

6.1 INTRODUCCIÓN

Tal como especificábamos en capítulos anteriores, desde los tiempos remotos, la actividad cuidadora ha asegurado al ser humano su continuidad como especie. Estos cuidados realizados por personas que en principio no se les podía encuadrar en un quehacer concreto, posteriormente pasaron a diversificarse según el momento socio-cultural, en oficios determinados y posteriormente algunas en disciplinas, teniendo siempre un sujeto propio de interés: el ser humano.

- La mayoría de cuidados se realizaron por mujeres, por una parte debido a la jerarquización social y por otra a la distribución del trabajo.
- Sin embargo, una de las actividades referenciadas en tratados y libros desde la antigüedad y que se llevaba a cabo únicamente por las mujeres era el oficio de partera o comadre, puesto que hasta el siglo XVIII los médicos eruditos no comenzarían con las actividades del parto.
- Para comprender la evolución de ésta especialidad enfermera en la actualidad expondremos su evolución histórica en principio; posteriormente seguiremos con el programa académico actual, finalizando con un análisis sobre su identidad como matronas.

6.2 LAS MATRONAS A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Si hablamos de la identidad enfermera de las Matronas, debemos observar todas las variables que han influido e influyen en su escenario. El significado de su nombre es *"mujer que está al lado de la parturienta y le ayuda" (151).*

La figura de la partera se referencia en libros muy antiguos, ya en el Antiguo Testamento se hace referencia a la partera: Génesis XXXV, 17 (152,153); con respecto al parto de Raquel la esposa de Jacob *"Y aconteció, como había trabajo en su parto, que le dijo la partera: No temas, que también tendrás este hijo.",* y en el Éxodo capítulo I, versículo 15 dedicado a las aflicciones de los israelitas en Egipto: *"Y habló el rey de Egipto a las parteras de las hebreas, una de las cuales se llamaba Sifra, y otra Fúa, y les dijo:"*

En la civilización egipcia, se observa que la comadrona al igual que el médico o el veterinario ya existían. Por estas circunstancias se piensa que la enseñanza de estos profesionales estaba basada en la experiencia práctica que se iba adquiriendo al estar junto con otro experto más adiestrado. Tanto para los egipcios, como para los griegos, desde el siglo IV a.C. es clara la distinción entre las mujeres empíricas dedicadas a la obstetricia y conocidas como "maia", y las "iatrinê" y las mujeres médicas.(154)

En el continente americano, la antigua cultura maya nos relata la participación de la mujer en actividades médicas y quirúrgicas precursoras; una actividad muy destacada era la de las parteras, que entre otras cosas tenían la habilidad de anticipar con certeza la fecha de parto. Ixchel era la diosa de la medicina y protectora de las parturientas. (154)

Las parteras en principio ejercían a través de la práctica por la tradición oral de las parteras más expertas, y las que adquirían en el desarrollo de su oficio, parece ser que debían ser madres antes de ejercer como parteras. Más tarde, la aparición de manuscritos, cada vez más rigurosos científicamente, fueron desarrollando los oficios sanitarios. Gracias a su habilidad las matronas, monopolizaron la asistencia al parto hasta el Siglo XVIII.

Cómo comadres conocidas encontramos a través de la historia a Agnódice, médica ateniense, partera y ginecóloga que estudió vestida de hombre. Discípula y colaboradora de una de las grandes figuras de la Escuela de Alejandría, Herófilo. Las mujeres griegas no podían ser iniciadas en los misterios de ningún arte (155) según Shyrock, y las leyes vetaban a la mujer, bajo pena de muerte, de ejercer la medicina. Agnódice, por sugerencia de Herófilo, se disfrazaba de hombre para salvar la prohibición y poder ejercer la Ginecología y la Obstetricia entre las mujeres. Este conocimiento ha llegado hasta nuestros días a través de un medallón que se encuentra en la Universidad de la Sorbona de París.

Figura 12: Medallón de la Facultad de Medicina de Paris. Agnódice frente al juicio del Aerópago

Los primeros avances de la obstetricia se deben a Sorano de Éfeso (98-138 d.d NE.) médico que escribió *"De morbis mulierum"*, con él se pretendía elevar los conocimientos de médicos y comadronas. (156)

Dos capítulos del libro están dedicados a las características que debían poseer las comadronas o matronas:

> *"Debe tener buena memoria; ser industriosa*[2] *y paciente, moral para inspirar confianza; estar dotada de una mente sana y tener una constitución fuerte; y finalmente debe poseer dedos largos y delicados con las uñas cortas"*
>
> *"Debe saber leer y escribir para ser capaz de comprender este arte también a través de la teoría". (157)*

Plinio por su parte deja escrito que existen diversos tipos de mujeres que se dedican a la obstetricia. Por su parte, Sotira, en solitario aparece acompañada del epíteto obstetrix, si bien luego se usa colectivamente el término obstetrices para referirse conjuntamente a Lais, Elefantís, Salpe y Sotira.

Trótula de Salerno, vivió entre los siglos XI y XII escribiendo influyentes trabajos de medicina sobre las mujeres , siendo el más prominente de ellos *Passionibus Mulierum Curandorum*, también conocido como *Trotula Major*, en él se refería a la menstruación, al parto, a la adjudicación de opiáceos durante éste para mitigar el dolor (prohibido en la época), la concepción, el embarazo, el control de la natalidad, además de diversas enfermedades ginecológicas y de otro tipo, así como de sus tratamientos.

[2] Ingeniosa

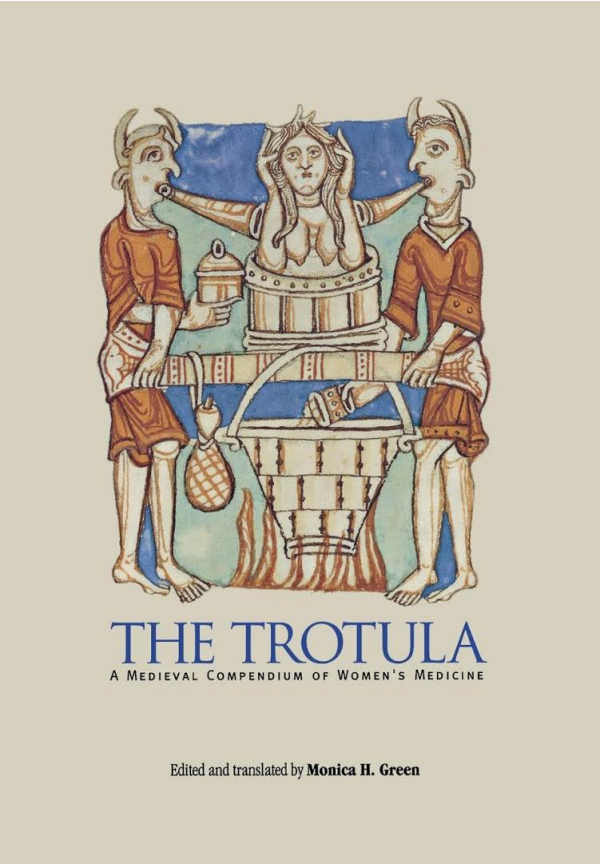


Figura 13: The Trotula. A Medieval Compendium of Women's Medicine. Fuente: Monica H. Green.

En la Edad Media, hubo un de retroceso cultural, las pócimas y talismanes se aplicaron de nuevo en la asistencia al parto, lo que implicó la aparición de dos tipos de mujeres que ayudaban en el parto: unas con conocimientos adquiridos por el estudio y la experiencia, y aquellas que sólo lo conocían por la tradición oral y la habilidad.

En esta época, además, se originó una fuerte asociación entre. brujería y asistencia al parto y a la embarazada y puesto que la Iglesia la perseguía, empezó a hostigar a las parteras a las que diferenciaba entre brujas blancas, comadronas sabias que practicaban sin maldad, y brujas negras o comadronas malvadas que practicaban el mal. (158)

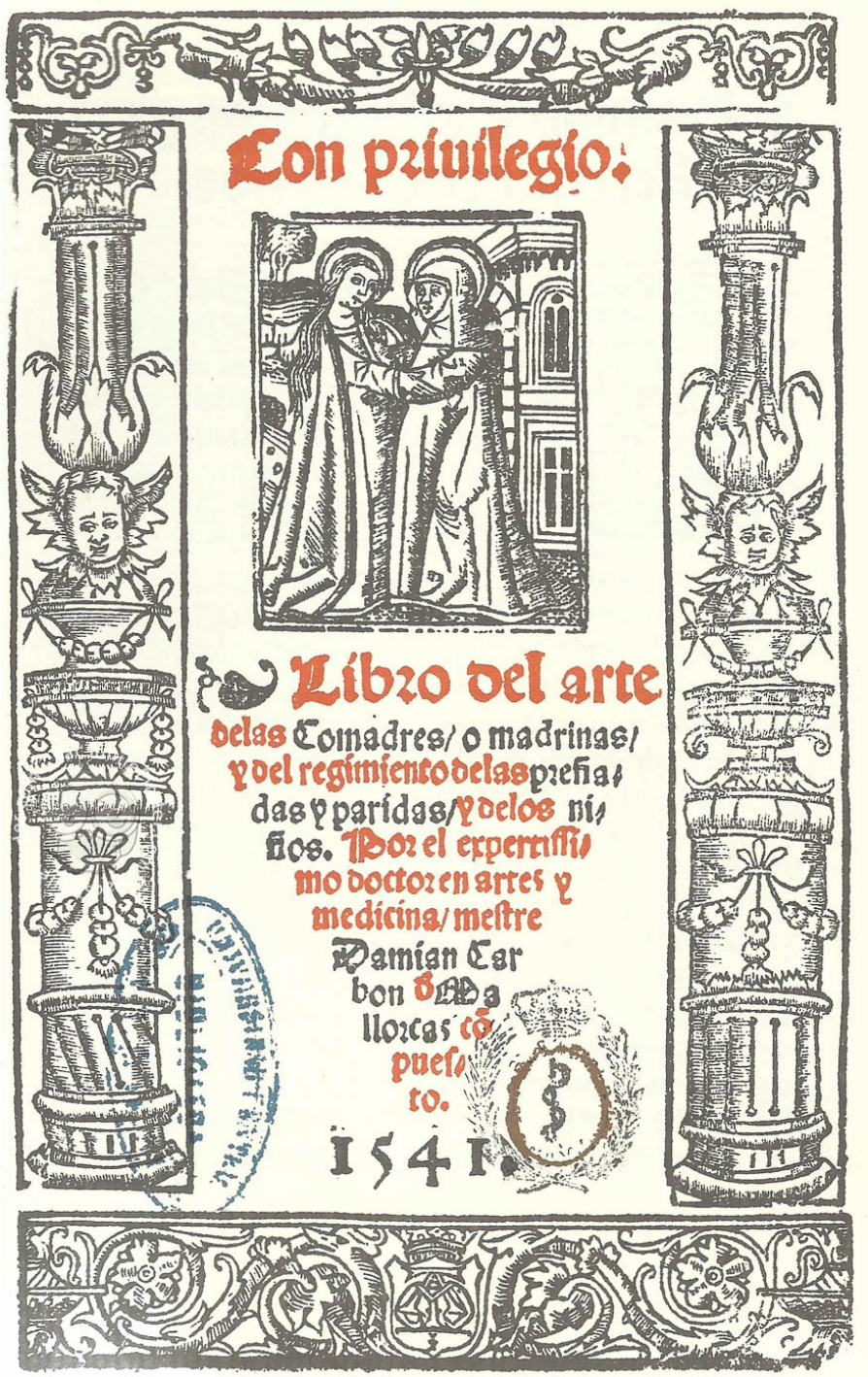
"A partir del siglo XV existen en España referencias legales sobre la formación y práctica del oficio de matrona o partera. Las

Cortes de Zamora en 1434 y las Ordenanzas de Madrigal de 1448, dan cartas de aprobación a parteras para que pudieran ejercer libremente el oficio.

En 1498 los Reyes Católicos promulgaron una Pragmática que regulaba el ejercicio profesional de las matronas. La institución encargada de hacerla cumplir era el Real Tribunal del Protomedicato, que las examinaba y aprobaba. Este hecho demuestra la preocupación que sentía la Monarquía castellana por fijar unos niveles de conocimientos cuanto menos mínimos para que una mujer pudiera ejercer de partera. Sin embargo, poco efecto debió de producir esta legislación, cuando dos siglos después, la mayor parte de las parteras examinadas por los visitadores sevillanos, no disponían ni siquiera de carta de examen". (159) (Serrano I. 2002)

El primer tratado en lengua castellana es el de Damián Carbón, mallorquín que en 1541 publicó el "*Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas de los niños"*. (160)

Figura 14: Mujer dando a luz con las matronas. Fuente: Libro del arte de las comadres o madrinas y del Regimiento de las Preñadas y paridas y de los niños. Damian Carbón



Con priuilegio.

Libro del arte
delas Comadres/ o madrinas/
y del regimiento delas preña/
das y paridas/ y delos ni/
ños. Por el experimen/
mo doctor en artes y
medicina/ mestre
Damian Car
bon de Ma
llorcas cõ
pues/
to.
1541.

Figura 15: Portada del libro Damian Carbón: Libro del arte de las comadres o madrinas y del Regimiento de las Preñadas y paridas y de los niños.

En 1580 se publica el (161)*"Libro del Parto Humano, en el qual se contienen remedios muy útiles y usuales par el parto dificultoso de las mugeres, con otros muchos secretos a ello pertenecientes y a las enfermedades de los niños"***,** de Francisco Nuñez. Esta obra conocerá otra edición en 1638 en Zaragoza. (161)

En el S. XVI la situación de la obstetricia comenzó a cambiar, con la publicación en Alemania de un libro *"Jardín de Rosas para Comadronas y Embarazadas*" de Roesslin (157).

Entre los S. XVI y XVII el cuidado de la mujer gestante se consideraba como algo inferior a la dignidad del médico erudito y científico (162). A pesar de negar la posibilidad a las mujeres de realizar estudios, hubo muchas comadronas, principalmente francesas, que perfeccionaron sus conocimientos.

Luisa Burgeois (1563-1632) realiza su trabajo en uno de los más famosos hospitales construidos en la Edad Media fuera de los muros de los monasterios y próximos a las grandes catedrales: los **Hotel-Dieu**, "casas de Dios", creados por la caridad cristiana para atender a pobres, enfermos y desvalidos. Los conocimientos especializados que poseía los utilizó para establecer el primer plan docente, realizado en Francia, para la formación de matronas y que también los verterá en una serie de tratados obstétricos entre los que destaca su obra más conocida: *Observaciones diversas sobre la esterilidad, la pérdida del fruto, fecundidad, parto, enfermedades de la mujer y del recién nacido* (1609). Practicó y divulgó la versión podálica. Asistió a la reina de Francia, María de Médicis en el parto de Luis XIII.(163)

Margarita Tertre, matrona y maestra en el hospital Dieu de París publicó en 1677 un libro para la formación de comadronas a modo de preguntas y respuestas, entre una matrona inexperta y una experta.(164)

Madame de la Chapelle, fue directora de la Maternidad de París. Practicó la versión podálica e introdujo en la utilización del fórceps la maniobra que lleva su nombre, consistente en hacer ejecutar a la rama anterior del fórceps un movimiento de rotación.

Ana Voivin, publicó en 1832 el libro *"Memorial del arte de los partos"* (165)

En 1713 en España el monopolio de las matronas había comenzado a debilitarse, cuando Julio Clement, comadrón de la Corte francesa, fue llamado para atender a la reina Luisa de Sajonia, esposa del rey Felipe V.

De todas maneras, parece ser que, en España, hasta el siglo XVII la falta de formación de las parteras era la tónica general. A lo largo de este siglo la figura masculina se fue introduciendo lo que propició la necesidad de mejorar la enseñanza de las matronas y en 1750 Fernando VII promulgó una Ley que regulaba su ejercicio, exigiendo un examen para ejercer su profesión. Consecuencia de esta disposición es la publicación de la *"Cartilla del arte de partear"* de Antonio Medina, médico de la familia real y examinador del Real Tribunal del protomedicato, por la que fueron examinadas las matronas a partir del año 1752.(166)

A pesar de esta Ley existente, parece ser que en España siguieron existiendo durante mucho tiempo las comadronas o parteras empíricas ya que en 1804 Carlos IV dispuso los exámenes de comadronas de nuevo, y expresa que:

> *"El arte de los partos y de las comadronas solamente podrán ejercerlos aquellas que obtuvieran el título respectivo".*

Así mismo dentro de esta cédula del 6 de mayo de regulación de la formación de las matronas se especificaba que:

> *"Deben estar instruidas, y del modo de administrar el agua de socorro a los párvulos, y en qué ocasiones podrán execurtarlo por sí".(167)*

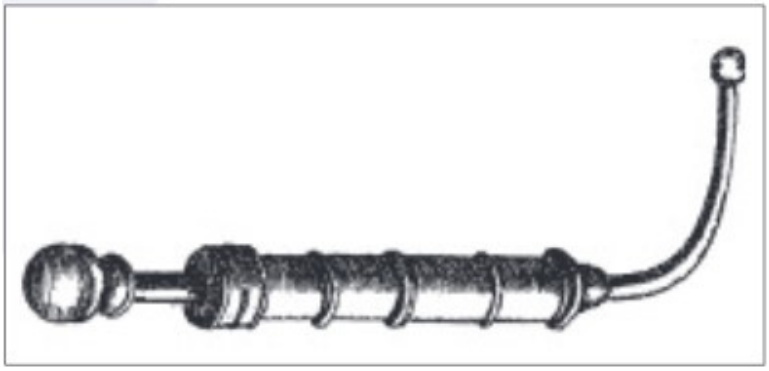


Figura 16: Jeringa usada en el siglo XVII para administración del bautismo uterino. De: Harry A Babies, History, Art and Folklore. Nueva York: Fontanel, 1997. Fuente: El bautismo de urgencia. de Carmona-González I, Saiz-Puente MS.

A partir de 1857 se hace mención a los títulos de matrona y practicante y desde entonces ambas profesiones siguen trayectorias paralelas. Los practicantes y matronas dependían, en esos momentos, en sus estudios de los Reales Colegios de Cirugía y de las Facultades de Medicina; pero en 1857 con La ley de Instrucción Pública del 9 de septiembre, también conocida como la ley Moyano, en el artículo 40 y 41 (131) se especifica que:

> *"Art. 40. Queda suprimida la enseñanza de la Cirugía menor o ministrante.*
>
> *El reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de practicantes.*
>
> *Art .41. Igualmente determinará el reglamento las condiciones necesarias para obtener el título de Matrona ó Partera."*

En 1861, se aprueba por el Ministerio de Fomento, la Ley de Instrucción Pública que especificaba para las Matronas la necesidad de realizar prácticas durante dos años en un hospital como mínimo de 60 camas, y con un índice de ocupación de 40 camas. Las enseñanzas eran obligatorias y tras estas prácticas las alumnas obtenían un certificado que les permitía examinarse de la parte teórica (133).

En el año 1875 por mandato del Real Protomedicato, el doctor Antonio Medina escribió la "Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear"(158).

En 1887 la figura de la matrona seguía teniendo importancia social y asistencial, se regularon los estudios de matrona a través del Colegio de San Carlos y con la aprobación de Protomedicato (158)[3].

En las primeras legislaciones se orienta la formación de la profesión hacia la asistencia domiciliaria, y posteriormente en 1904 se regula de nuevo mediante Real Orden, especificándose que "para adquirir el título, se cursarían los estudios en las Facultades de Medicina". Para inscribirse ha de ser mayor de edad y tener certificado aprobado en la Escuela de Enseñanza Primaria Superior, estableciéndose dos años de formación.

Características	Matronas
Requisitos de acceso	Haber cumplido 20 años. Ser casada o viuda. Certificación del cura-párroco justificando *buena vida y costumbres.* Autorización del padre o marido. Ser aprobada en primera enseñanza elemental completa.
Habilitación legal del título	Como *Meros auxiliares de los facultativos, podrán asistir a las embarazadas*, *parturientas o paridas*. Autorización para asistir a partos y sobrepartos naturales (pero no a los prematuros o laboriosos).
Estudios	Duración dos años de conocimientos teóricos simultaneados con la misma practica. Libros de texto: los oficiales. Coste total de la enseñanza: 912 reales en el caso de la enseñanza pública (derechos de título incluido). Si era privada se añadirían 5 reales al mes por cada lección de una hora diaria.

[3] **Protomedicato:** Tribunal formado por los Protomédicos y Examinadores, designados por el rey como consejo en materia de salud, que reconocía la suficiencia de los aspirantes a ejercer un oficio sanitario y concedía las licencias necesarias para realizar tales prácticas profesionales.

Características	Matronas
Establecimientos públicos de enseñanza	Facultades de Medicina En los hospitales públicos provinciales o municipales que no bajen de 60 camas habitualmente ocupadas por más de 40 enfermos. En las casas de Maternidad provincial, municipal o en los hospitales donde hubiera salas de partos
Exámenes	Uno cada semestre con una prueba final de reválida y habilitación. Tribunal para examen fina de teoría y práctica de reválida compuesto por tres catedráticos de las facultades de medicina Los exámenes serán reservados

Tabla 5: Las cuidadoras. Historia de las Practicantas, Matronas y Enfermeras (1857-1936). Fuente: G. Canalejo. Elaboración propia.

En el cuadro anterior podemos observar la formación que se solicitaba a las matronas basada en la ley de Instrucción Pública de 1857 y el Reglamento de 1861, aunque su regulación se basaba en numerosos documentos (Gaceta de Madrid nº 332, 28 de noviembre de 1861; Antecedentes históricos del proceso de socialización de la Enfermería española. Desarrollo normativo (1902-1935), Revista de Enfermería científica. Nº 111- junio 1991, pp. 28-36. Este cuadro comparativo ha sido elaborado por G. Canalejo (2006, p. 32-33) estando reflejado en su obra "Las cuidadoras. Historia de las Practicantas, Matronas y Enfermeras (1857-1936). (139)

Las matronas podían ejercer su profesión en hospitales, maternidades o pueblos de cualquier número de habitantes, sin embargo en 1902, se amplía la instrucción para los practicantes con 30 lecciones más de obstetricia, lo que provoca gran inquietud entre las matronas continuándose el enfrentamiento ya existente entre éstas y los practicantes, ya que a los practicantes se les permitía también asistir en los partos en ciudades menores de 10.000 habitantes, lo cual teniendo en cuenta la España rural de la época era un número muy elevado.(138)

Posteriormente se produce una reorganización académica de los estudios de Matrona, que se unifican mediante el Real Decreto de 10 de agosto de 1904. Los dos cursos que duraban los estudios podían realizarse tanto en centros oficiales (Facultad de Medicina) como en centros no oficiales. La primera escuela de matronas de la que se

tiene referencia legal es la de la Casa de Salud Santa Cristina de Madrid, que aprobó su Reglamento en 1916 (157). En octubre de 1931 esta Maternidad quedará adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid (168).

La profesión de matrona se mantiene como independiente, basándose en la Ley Moyano hasta el Real Decreto para la unificación de Enfermeras, Matronas y Practicantes del 4 de diciembre de 1953 (145), a los que se les atribuirá la nomenclatura de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) según hemos especificado en el apartado anterior.

La Orden del 4 de Julio de 1955 reguló el tránsito de los planes antiguos de la enseñanza de matronas a los nuevos planes de estudios(146). En 1957, mediante Real Decreto, se creó la especialidad de asistencia obstétrica (Matrona) para los ATS femeninos. Se requería para acceder a ella estar en posesión del título de ATS femenino y ser menor de 45 años, se cursaba en régimen de internado (al igual que los A.T.S. femeninos) y la duración era de un año.(169)

Tras la integración de las Escuelas de Enfermería en la Universidad en 1977 (Real Decreto de 23 de julio) (1), cambia de nuevo la nomenclatura de los profesionales denominándose enfermeras, ya que la Diplomatura Universitaria se titulará Diplomado en Enfermería. Sin embargo, no se variará el decreto de las especialidades de los A.T.S. permitiendo anacrónicamente, tal como especificábamos, que una carrera universitaria realizará unas especialidades regladas para la formación profesional.

Tras la incorporación de España en la Unión Europea, era imprescindible regular de nuevo las especialidades de acorde a la legislación vigente en el Espacio Europeo, realizándose a través del Real Decreto 992/1987 (170). Al quedar desreguladas las especialidades cesan los estudios de matrona en España, hasta que el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas presentó, el 11 de octubre de 1989 (169) , un recurso contra el Reino de España por no ajustarse a los plazos establecidos en ésta materia.

El Real Decreto de 28 de junio de 1991, hizo posible el establecimiento en el ordenamiento jurídico español de lo establecido en las Directrices del Consejo de las

Comunidades Europeas. La Real Orden del 1 de junio de 1992 (124), se aprueba el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

La duración del programa formativo quedó fijada en dos años, accediendo a éste por medio de un examen estatal y un baremo de puntuación:

> *"La adjudicación de las plazas, cuya provisión se convoque, se efectuará siguiendo el orden decreciente de mayor a menor puntuación total individual reconocida a cada aspirante en la relación definitiva de resultados" (Real Orden 1 de Junio de 1992).*

Las enfermeras que han optado a la plaza pasan así a ser EIR (Enfermeras Interno Residentes).

Cómo se puede observar, las matronas tienen unas características propias, en el sentido que han estado presentes desde los tiempos más remotos de la Historia hasta la actualidad y siempre en sus actividades de cuidado para con la mujer.

Es por ello, que podríamos categorizar que la especialidad de Enfermeras Obstétrico-Ginecológicas, tienen un cuerpo de conocimientos transmitido desde tiempos inmemorables, y por ello una identidad profesional muy arraigada.

Hemos estado indicando los diferentes estudios que se establecían para la adquisición de la condición de Matrona en principio con los diferentes tratados y desde 1804 con la exigencia de una titulación impulsada por Carlos IV obligatoriamente.

También hemos especificado los estudios a realizar para obtener la titulación a partir del siglo XIX.

En la actualidad la Real Orden del 1 de junio de 1992, especifica que forma parte de los objetivos de la especialidad:

> *"Formar un especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona) que, con una actitud científica y responsable,*

proporcione una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo reproductivo en relación a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación en los procesos patológicos, y a la madre y al hijo en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal, así como al nacido sano hasta el 28 día de vida, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados. (Real Orden 1 de Junio de 1992).

Este Real Decreto aprueba de forma provisional el programa de formación de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Real Decreto que sigue vigente en la actualidad tras una provisionalidad de dieciséis años.

Hay que especificar que las especialidades en Enfermería no otorgan validez académica, sino exclusivamente profesional, lo cual implica que tras la especialización no se puede acceder (momentáneamente) a la realización de la Tesis Doctoral tras los cinco años de estudios.

Tal como especificábamos de una forma somera en el epígrafe anterior, la selección y acceso de las aspirantes se realiza tras superar una prueba de carácter estatal, que selecciona a los aspirantes ateniéndose a los principios de mérito y capacidad.

La oferta de plazas de cada convocatoria, es anual y se realiza previo informe de las Comunidades Autónomas y del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería o del Comité asesor. Se elaboran de acuerdo con la capacidad docente de las mismas, las propuestas formuladas por cada Comunidad Autónoma según corresponda, las disponibilidades presupuestarias y la demanda estimada de profesionales. Separando aquellas que son plazas de formación a adjudicar en el sector público y aquellas otras financiadas por Entidades privadas.

También se especifica en la Real Orden que:

"El sistema de selección consistirá en la práctica de un ejercicio de contestaciones múltiples que se realizará ante las Mesas examinadoras, que se constituirán de forma simultánea en las

Comunidades Autónomas. Los aspirantes recibirán una puntuación total obtenida por la suma de la calificación de dicha prueba y de la asignada a sus méritos académicos y profesionales, según el baremo que señale la Orden de convocatoria.

Se solicita estar en posesión de la nacionalidad española o de alguna de las de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea, y del título de Diplomado en Enfermería o su equivalente reconocido en España, conforme a las Directivas Europeas sobre la materia incorporadas al ordenamiento jurídico vigente. Cuando así se establezca en la Orden de convocatoria, pueden concurrir a la prueba aquellos solicitantes extranjeros, nacionales de países no miembros de la Comunidad Económica Europea, siempre que exista Convenio de Cooperación Cultural entre España y el país de origen, que estén en posesión del correspondiente título de Diplomado en Enfermería español o extranjero debidamente homologado por el Ministerio de Educación y Ciencia "

En cuanto a la adjudicación de plazas:

La adjudicación de las plazas, cuya provisión se convoque, se efectuará siguiendo el orden decreciente de mayor a menor puntuación total individual reconocida a cada aspirante en la relación definitiva de resultados.

En dicha Real Orden especifica la imposibilidad de simultanear especialidades enfermeras.

En cuanto a su duración y desarrollo se especifica que:

"El programa formativo, que tendrá una duración de dos años, se desarrollará a tiempo completo y obligará, simultáneamente, a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan al Enfermero/a aplicar y perfeccionar sus conocimientos y le proporcione una práctica profesional programada y supervisada a fin de alcanzar,

de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de modo eficiente.

Dicho programa se llevará a cabo en el transcurso de la jornada laboral establecida en el Centro de trabajo que figure en el contrato. Esta jornada laboral, en cómputo anual será de mil cuatrocientas setenta y cinco horas. Durante la realización del programa formativo deberán superarse todas las materias que lo componen y cumplirse la totalidad de las horas docentes, teóricas y prácticas. En consecuencia, la evaluación desfavorable, que como máximo podrá comportar dos convocatorias, o la no presentación a la misma, así como la falta de seguimiento del total de horas en proporción igual o superior al 10 por 100 de cada materia, dará lugar a la calificación de «no apto»".

Para conseguir las competencias que se especificaban al inicio del epígrafe el programa de formación consta de cómo manifestábamos anteriormente de un aprendizaje teórico y un aprendizaje clínico. En la actualidad debemos ajustarnos al «BOE» núm. 129, de 28 de mayo de 2009, páginas 44697 a 44729, donde se especifica como adquirir las competencias como enfermera obstétrico- ginecológica. Para mayor comprensión adjuntamos una la tabla de elaboración propia.

Programa de formación de las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas)			
Denominación de la materia	**Número de horas**		
	Teóricas	**Prácticas**	**Total**
Educación para la Salud de la Mujer	30	20	50
Legislación y Deontología en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).	20	10	30
Enfermería maternal y del recién nacido I	410	830	1.240
Enfermería maternal y del recién nacido II	360	830	1.190

Programa de formación de las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas)			
Denominación de la materia	**Número de horas**		
	Teóricas	**Prácticas**	**Total**
Teoría y métodos en Enfermería	20	-	20
Administración de los servicios Obstétricos-Ginecológicos (Matrona)	20	20	40
Investigación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	40	20	60
Enfermería de la mujer y la familia	290	614	904
Total	**1.190**	**2.344**	**3.534**

Tabla 6: Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).Fuente: Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo. Elaboración propia.

Con éste programa de formación se consiguen las siguientes competencias:

a) Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de saludmaterno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.

b) Prestar atención al binomio madre- hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

c) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

d) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

e) Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.

f) Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control,

derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.

g) Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud

materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.

h) Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.

i) Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.

j) Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.

k) Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos, para derivar, en su caso al profesional competente.

l) Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de la matrona.

m) Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.

n) Trabajar y comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud.

o) Ejercer la profesión de matrona de forma ética en base a la legislación vigente y asumir la responsabilidad derivada de sus actuaciones.

p) Asesorar sobre la legislación vigente encaminada a proteger los derechos de la mujer y su familia.

q) Gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.

r) Emitir los informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.

s) Llevar a cabo actividades docentes dirigidas a las propias matronas y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles.

t) Desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional, y por tanto, del nivel de salud de la mujer y del recién nacido.

u) Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.

v) Mantener actualizadas las competencias profesionales.

w) Liderar y desarrollar la especialidad mediante el compromiso profesional.

Al concluir el periodo de formación, la matrona residente deberá haber realizado, como mínimo, las siguientes actividades clínico- prácticas bajo adecuada supervisión:

a) Entrevista y confección de la historia clínica de salud reproductiva (obstétrico-ginecológica) de 100 mujeres.

b) *Control y asistencia de mujeres gestantes que implique por lo menos 100 reconocimientos prenatales.*

c) *Vigilar y asistir a 40 mujeres gestantes de riesgo.*

d) *Llevar a cabo un programa de Educación Maternal en 2 grupos de mujeres.*

e) *Asistir a 100 parturientas con los medios clínicos y técnicos adecuados.*

f) *Asistir a un mínimo de 80 partos normales.*

g) *Asistir a 40 parturientas que presentan factores de alto riesgo.*

h) *Participar activamente en la atención del parto instrumental o cesárea de 20 mujeres.*

i) *Realizar la supervisión, cuidado y reconocimiento de 100 puérperas.*

j) *Realizar la supervisión, cuidado y reconocimiento de 100 recién nacidos sanos.*

k) *Observación y cuidado de al menos 20 recién nacidos que necesiten cuidados especiales (nacidos pre-término, pos-término, bajo peso o con problemas de salud).*

l) *Realizar toma de muestras cervicales y vaginales, para citologías, exámenes en fresco, cultivos y otros exámenes, en al menos 150 mujeres.*

m) *Asesoramiento y cuidado de al menos 40 mujeres en materia de ginecología.*

n) *Asesoramiento y cuidado de al menos 20 mujeres en materia de climaterio.*

o) *Detección y asesoramiento de 30 mujeres que presenten infecciones de transmisión sexual.*

p) *Asesorar en materia de anticoncepción y sexualidad a 60 mujeres incluido la contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo.*

q) *Atender y asesorar de manera individual a 25 jóvenes en materia de sexualidad y contracepción.*

r) *Participar responsabilizándose en dos intervenciones grupales de educación sexual y reproductiva dirigidas a mujeres y jóvenes en la comunidad.*

s) *Participar activamente en, al menos, un programa sobre el climaterio.*

t) *Realizar visitas domiciliarias al recién nacido y puérpera.*

Tras esta investigación podemos afirmas que las matronas han sido registradas en la historia desde tiempos inmemoriales, tenían unas características propias que han ido cambiando a través del tiempo dependiendo de las sociedades y civilizaciones donde estaban insertas, pero en todas estaban muy bien consideradas socialmente.

Su identidad social, desde la antigüedad presentaba una serie de atributos asumidos por la sociedad, considerándola como la persona que proporciona ayuda a las mujeres en la época fértil cuando se encuentran en situación de embarazo, parto, postparto y puerperio como mínimo, por lo tanto, al Modelo social de las matronas, se le aplicaban una categoría y unos atributos que de hecho le pertenecían y en la actualidad le pertenecen.

En cuanto a su identidad personal, tal como señalábamos en el capítulo III, también va ligada a la sociedad; puesto que, en la identidad personal, son los demás los que reconocen los atributos que el individuo, en este caso la enfermera obstétrico-ginecológica, muestra, y tal como especifica Goffman *"puede (la identidad personal) existir previamente a la vida de la persona y después de su muerte ya que en realidad es*

una imagen social adquirida. Es aquello que los demás esperan de nosotros y es también lo que nosotros mostramos a los demás" (6).

Por lo tanto, con ambas identidades conformaríamos el rol de las enfermeras obstétrico-ginecológicas que tanto socialmente como en la empresa se asumiría, ya que *"ambas forman parte de las expectativas y definiciones que otras personas tienen de un individuo con respecto a su identidad".* (6), al estar vinculado a la posición y el estatus del individuo dentro del grupo.

Es por ello quizás, que la unificación de la matrona dentro de la titulación de Ayudante Técnico Sanitario en el año 1953, junto a las profesiones de Enfermera y Practicante, produjo una gran disensión dentro del cuerpo sanitario por la gran carga de experiencias vitales asumidas a través del tiempo. Disensiones que aún en la actualidad continúan en algunas matronas.

Una de las reivindicaciones de éste sector enfermero ha sido poder constituirse no en una especialidad de la Disciplina Enfermera, sino en una Disciplina en sí misma con su propia naturaleza y con un sujeto concreto a quien dirigirse: la mujer y un objeto el cuidado de ésta desde la menarquia a la menopausia.

Si afirmamos que en la génesis identitaria intervienen varios factores a tener en cuenta, como son la cultura popular, el desarrollo emotivo, el desarrollo cognitivo, y por último los procesos lingüísticos, y lo aplicásemos a la génesis profesional de las matronas, podríamos quizás concluir que éstas características transmitidas hasta la actualidad, podrían haber forzado su grupo de pertenencia o endogrupo caracterizando así una identidad grupal concreta.

Ello implicaría su intento de reconocimiento por parte de lo considerado por las matronas como exogrupo, manteniendo posturas más persistentes que reforzaran su acción identitaria, como contrapartida a no caer en una crisis de identidad.

Al realizar su elección laboral, esperarían tal como específica Erikson (4), tener las oportunidades y los logros adecuados que junto con sus intereses, expectativas y capacidades producirían un equilibrio personal.

Por ello habría que analizar, si entre su elección laboral más la realización de su especialidad que les ha capacitado para ejercer su profesión existe alguna distorsión de rol, es decir, si existe una diferencia entre aquello para lo que se preparan y aquello de lo que ejercen en realidad, desvirtuándose así su concepción de logro y oportunidad que tienen asumido como Matronas.

Esto nos reflejaría un déficit o debilidad para mantener el equilibrio previamente especificado según Erikson, pudiendo por ello aparecer la distorsión de rol y facilitar el Burnout debido a una identidad difusa a nivel laboral.

Sin embargo, las formas narrativas identitarias de las Enfermeras Obstétrico-Ginecológicas o sea el discurso sobre la naturaleza y la forma de ejercer una disciplina o profesión laboral. ¿Es correcta en la actualidad? La profesión aborda el desempeño de la práctica. Los discursos narrativos se realizan sobre los problemas que se pueden o deben solucionar, los objetivos a trazar y las actividades a realizar para conseguirlos, esto es la base de la actuación y narración profesional.

Lo cierto es que dependerá de la perspectiva individual y la definición que cada una de las Matronas realice de Naturaleza, Disciplina y Profesión, de cual opine que es su objeto y sujeto de acción y la mirada si es más o menos amplia de la naturaleza de la acción Disciplinar.

Pero independientemente de ello hay que valorar lo anteriormente expuesto, si el reforzamiento del endogrupo y el equilibrio existente en esta especialidad enfermera dificultan la aparición del Burnout o hay otras variables que palian la aparición de éste.

CAPITULO VII: DE CUIDADORES PSIQUIÁTRICOS A ENFERMERAS DE SALUD MENTAL

7.1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo expondremos las influencias socio-culturales y religiosas existentes en España que influyeron en la interpretación de los problemas de salud mental.

Posteriormente especificaremos de forma historiográfica la evolución de este concepto, de los lugares donde las personas aquejadas de algunos tipos de alteraciones tanto físicas como psicológicas, o que no se adaptaban a las normas sociales instituidas, ingresaban; y de las diferentes prácticas utilizadas con ellas.

Tras ello realizaremos un sucinto análisis de los cambios que en la comprensión del tema produjo el racionalismo, y ampliaremos la información ya llegando al siglo XIX, para valorar así la mirada ante la salud mental en España. También expondremos las funciones que se les encomendaban a los cuidadores y cuidadoras que se dedicaban a tal menester.

A continuación, expondremos el programa formativo que se realizó para los Ayudantes Técnicos Sanitarios especializados en psiquiatría y por último el que en la actualidad se lleva a cabo para los Diplomados y Graduados en Enfermería que realizan ésta especialidad.

Finalizaremos con un apartado de conclusiones, donde intentaremos introducir la idea de la identidad que presentan las enfermeras especialistas en Salud Mental para valorar así su rol profesional y dilucidar la existencia de variables que faciliten o dificulten el ejercicio diario de su profesión, valorando si existen posibilidades de distorsión en su rol y por lo tanto que esto facilite la aparición del Burnout. También valoraremos aquellas variables que previenen la aparición del Sindrome del Burnout.

7.2 INFLUENCIAS SOCIO- CULTURALES Y RELIGIOSAS

El misterio que siempre ha acompañado a los problemas de Salud Mental, ha hecho posible su visión desde numerosas perspectivas sociales. La simbología existente en cada época permitía, en las diferentes culturas, que se posibilitara la consideración de una persona como un iluminado de dios (árabes) hasta un endemoniado (en las sociedades cristianas).

Así pues, y aún ahora, la definición de un problema de Salud Mental resultará muy dificultosa ya que implica un carácter valorativo, y éste carácter valorativo, dependerá a su vez de las representaciones sociales, de las simbologías existentes y del paradigma dominante en cada momento.

Ya en los Evangelios, encontramos citas sobre el tema:

> *"Prædlcana evangelium regni et sanans omnem languorem et onnem infirmitatem in populo. Et abiit opinio ejus in totam Syriam et obtulerunt ei omnes male habentes variis languoribus et tormentis comprehensos, et qui demonia habebant, et lunaticos et para- lyticos, et curavit eos"* (S. Mateo, 4 : 23-24)
>
> *"Predicando (Jesús) el Evangelio del reyno, y curando todas las languideces y todas las enfermedades en el pueblo. Habiéndose esparcido su fama por toda la Syria , le presentaban todos los enfermos y los que estaban diversamente afligidos de males y dolores,*

los poseídos, los lunáticos , los paralíticos, y él los curaba". (S. Mateo, 4: 23-24).(152)

San Pablo, en la carta a los Corintios, expresa que *"una mujer debe llevar cubierta la cabeza, por los ángeles",* (S. Pablo, C11: 11) (152) y muchos católicos creen que *"por los ángeles"* se refiere a los íncubos[4]. Que se especificara que debía ser la mujer, la que llevara la cabeza cubierta, era debido a que se la consideraba como potencialmente más débil mentalmente que al hombre, y por lo tanto con mayor facilidad para las agresiones de los íncubos y exponerse a su posesión sexual lo que posibilitaba la pérdida de la vida o la enfermedad, reforzando a su vez la fuerza del diablo.

En todas las épocas se puede observar que aquellos que eran melancólicos, epilépticos, con daños neurológicos inexplicables, visionarios, místicos, o simplemente se desviaban de los criterios instituidos por las normas sociales existentes, eran tachados de locos.

Se les estigmatizaba y se buscaban remedios por parte de los "cuerdos" para poner solución al problema. Estas soluciones se resumían en buscar un lugar donde recluirlos para que así las molestias del resto de la sociedad fueran mínimas, y realizar una serie de remedios dentro de estos centros. Estos tratamientos también solían proporcionarse externamente. Entre ellos encontramos en las primeras épocas los ritos y los exorcismos hasta que con la llegada del racionalismo comienzan a utilizarse las duchas de agua fría, la trepanación, la extracción de la piedra de la locura, el electroshock, los tratamientos farmacológicos, y otras intervenciones quirúrgicas.

[4] Dicho de un diablo: Que, según la opinión vulgar, bajo apariencia de varón tenía trato carnal con una mujer.

Figura 17: El gran espejo de los locos. Fuente: En Het groote tafereel der Dwaasheid. 1720

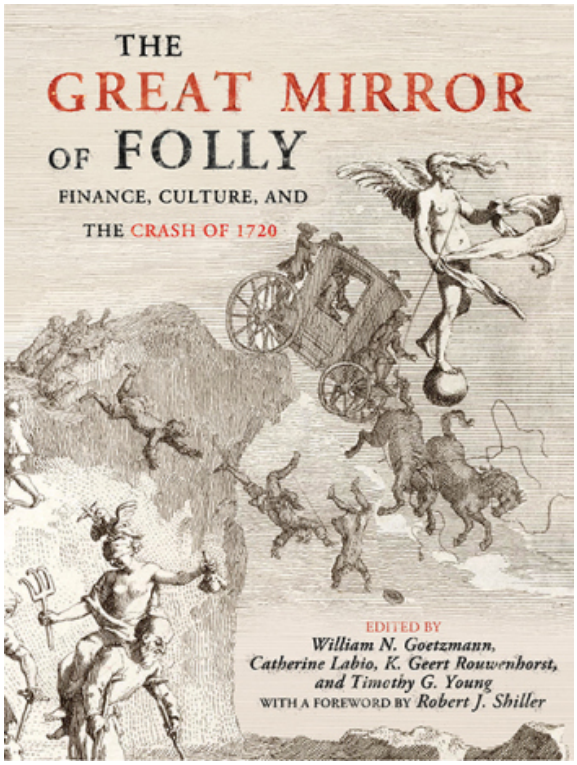


Figura 18: Portada de El Gran espejo de los locos. Fuente: The Great Mirror of Folly. Goetzmann W. N.; Labio C.; Rouwenhorst K. G. y Young T. G. Universidad de Yale.

Foucault en *"La historia de la locura en la Época Clásica"* (Foucault M, 20015) (171) detalla diversas actitudes de la sociedad ante las personas consideradas como "las otras". Según estas actitudes, Foucault clasifica la historia en tres periodos: (a) **El renacentista, o del gran embarco de los locos** situada en el Medievo y donde explica que se decidió excluirlos extramuros, expulsar de las ciudades a estas personas no gratas para la sociedad. (b) **El Clásico o del Gran Encierro** donde se crean los manicomios siendo un movimiento contrario al anterior, pero de igual significado ya que se les recluye en un lugar donde la sociedad no se sienta incomoda ante estas personas y por último (c) **El Moderno o la ilusión de la liberación Pinelaniana de la locura,** correspondiente a la época en que Pinel realiza la primera clasificación de enfermedades mentales. En el campo institucional se propugnaba la humanización del trato eliminando, como primera medida, el encadenamiento de los enfermos mentales a las paredes. Se consideraba posible la recuperación de los "alienados" (tal es la denominación social de la época a los "locos") a partir del tratamiento moral. Pero esto no implicaba más que la hegemonía y el poder de la medicina sobre las personas que se encontraban en esas circunstancias.

También Goffman (172) subraya sobre el tema en su libro *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales,* señalando que las instituciones totalitaristas presentan condiciones de dominación hacia los que en ellas habitan o están recluidos. Justificando además la necesidad de esa reclusión y de sus normas.

> *"Desde el punto de vista formal de la sociedad, los internos de un hospital psiquiátrico se encuentran allí porque padecen enfermedades mentales. Empero, si se considera que el número de "enfermos mentales" no internados iguala y hasta excede al de los internados, podría decirse que estos son víctimas de las contingencias, más que de una enfermedad mental. (172)*

Por lo tanto, observamos que las influencias religiosas y socio- culturales fueron y siguen siendo primordiales a la hora de diagnosticar o validar una enfermedad mental,

puesto que esa validación deriva en realidad de los conocimientos que existen en la época, las normas morales, y las relaciones de poder existentes.

Todo lo expuesto, no es más que un sucinto reflejo histórico sobre el devenir de los tiempos en materia de Salud mental. Concretamente en España este devenir histórico y social, aunque fue muy similar tuvo sus características propias.

7.2.1. Influencias socio- culturales y religiosas en España

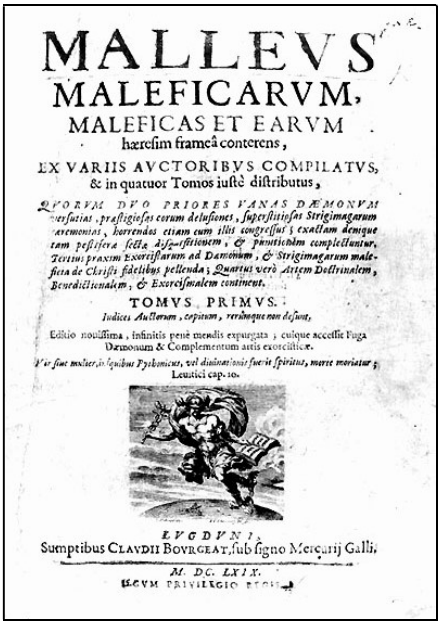
En España, cuando el Imperio romano comenzó a cristianizarse, muchas de las costumbres, símbolos, representaciones y creencias del mundo clásico asumieron nombres cristianos sin modificaciones. La base filosófica dual del cristianismo —bueno y malo, alma y cuerpo, dios y diablo— facilitó las cosas, de modo que los sortilegios, encantamientos, males de ojo o desgracias inesperadas, continuaron atribuyéndose a la no discutida existencia del mal, que se llamó Lucifer, y esto continuo así hasta el comienzo del racionalismo.

La locura se interpretaba como un fenómeno de posesión por parte del demonio, por lo que se utilizaban una serie de exorcismos para combatir este mal y así salvar al iluminado o poseído. Esta posesión del diablo implicaba que los que presentaban una serie de características propias de enfermedades mentales en la época medieval, tuvieran prohibido incluso el acceso a algunos hospitales.

Agustín de Hipona (San Agustín) en su libro “La ciudad de Dios” nos dice quiénes son en verdad los magos y las brujas. Los magos a quienes por lo general se llama brujos, según San Agustín, son denominados así, debido a la magnitud de sus actos malignos. Son quienes “con permiso de Dios perturban los elementos, que llevan a la locura la mente de los hombres que perdieron su confianza en Dios, y que con el terrible poder de sus malos encantamientos, sin pócimas ni venenos, matan a los seres humanos”. (173)

En el Medioevo muchos de los enajenados que no se adaptaban a las normas sociales, no sólo podían ser tratados de poseídos, sino que se les señalaba como brujos o

de tener trato con el diablo, y eran quemados en la hoguera tras ser juzgados por la Santa Inquisición. Uno de los libros en los que se basaba la Inquisición para probar la brujería era el *Malleus Maleficarum* compilado y escrito por dos monjes inquisidores dominicos: Henrich Kramer y Jacob Sprenger. (174)



MALLEVS
MALEFICARVM,
MALEFICAS ET EARVM
hæresim frameâ conterens,
EX VARIIS AVCTORIBVS COMPILATVS,
& in quatuor Tomos iustè distributus,

QVORVM DVO PRIORES VANAS DÆMONVM versutias, præstigiosas eorum delusiones, superstitiosas Strigimagarum ceremonias, horrendas etiam cum illis congressus; exactam denique tam pestiferæ sectæ disquisitionem, & punitionem complectuntur. Tertius praxim Exorcistarum ad Dæmonum, & Strigimagarum maleficia de Christi fidelibus pellenda; Quartus verò Artem Doctrinalem, Benedictionalem, & Exorcismalem continent.

TOMVS PRIMVS.

Iudices Auctorum, capitum, rerumque non desunt,

Editio nouissima, infinitis penè mendis expurgata; cuique accessit Fuga Dæmonum & Complementum artis exorcisticæ.

Vir siue mulier, in quibus Pythonicus, vel diuinationis fuerit spiritus, morte moriatur; Leuitici cap. 10.

LVGDVNI,
Sumptibus CLAVDII BOVRGEAT, sub signo Mercurij Galli.
M. DC. LXIX.
CVM PRIVILEGIO REGIS.

Figura 19: El martillo de las brujas. Tomo I. Fuente: Kramer H y Sprenger J.

A diferencia de las Inquisiciones Europeas que dependían del Papa, el Tribunal Español o Santo Oficio dependía directamente de la corona española. Se creó en 1478 para juzgar a los considerados herejes y a los judíos conversos para pasar posteriormente a ser en el siglo XVII un tribunal que coartaba la libertad de expresión e impedía la propagación de las ideas ilustradas o excesivamente progresistas. Desapareció en 1834 con el gobierno de Martínez de la Rosa, durante la regencia de Mª Cristina de Borbón.

Sin embargo, no en todas las sociedades se especulaba de igual manera con las personas que presentaban problemas mentales, en Holanda; donde no existió la contrarreforma como en España; se publicó *"De praestigiis Daemonum et Incantantionibus C.A. Venificiis"* (En las Ilusiones de los Demonios y en hechizos y Venenos). Escrito en 1563, por Johann Weyer, médico holandés, ocultista y

demonólogo, fue de los primeros en publicar un libro contra la persecución de las brujas, y fue su trabajo más influyente en la época. (175)

A partir de las propuestas de Pinel comienzan los avances en el conocimiento de la enfermedad mental, comenzando su clasificación y tomando un carácter biologicista, aun así, teniendo en cuenta la falta de conocimientos existentes aparecen numerosas escuelas. En España habrá una influencia primero de la escuela francesa y posteriormente de la alemana.

Será a mediados del siglo XX cuando se comenzará a cuestionar éste carácter tan sumamente orgánico y a centrar la mirada más en la persona de forma holística, apareciendo de forma más enérgica la corriente llamada antipsiquiatría.

David Cooper propone este término (antipsiquiatría) en 1967, supone la cristalización de toda una línea de pensamiento alternativo a las teorías y prácticas psiquiátricas hegemónicas. En este sentido, las relaciones entre psiquiatría y poder constituyen una constante en el discurso crítico y heterodoxo de los antipsiquiatras. (176) Planteamientos más o menos radicales, pero sin concesiones, surgen ante la evidente necesidad de imprescindibles transformaciones asistenciales; desde afirmaciones, como la de Thomas Szasz: *"las enfermedades mentales son fabricadas por los psiquiatras",* hasta la de Ronald Laing, cuando indica que la psiquiatría es *"la única rama de la medicina que trata a las personas en contra de su voluntad y de la manera que mejor le place, si lo considera necesario. Es la única rama de la medicina que encarcela a sus pacientes si lo cree necesario"*. A partir de ahí se adecuaron unidades psiquiátricas para agudos, y sólo existían los hospitales psiquiátricos clásicos para aquellos casos difíciles de controlar ambulatoriamente.(177)

La estigmatización llevada a cabo durante toda la evolución histórica, no por existir en algunas épocas mayor racionalismo desapareció, sino que incluso en la actualidad siguen dándose argumentos para convertir en noticias de primera página aquellos casos que no por no ser ciertos, no pasan de ser meras anécdotas comparadas con el porcentaje real de problemáticas existentes.

El poder de la Iglesia Católica en España ha sido y sigue siendo muy firme, y en este momento aún se utilizan rituales como los exorcismos para alejar a los demonios de una persona *"poseída"*. Uno de los exorcistas más conocidos en nuestro país es Juan Antonio Fortea, pero existen al menos cinco sacerdotes que realizan funciones de exorcistas con permiso del obispo de la diócesis a la que pertenecen. (Bastante J., 2007). En opinión de la Iglesia Católica cuando no existe una razón suficiente psicológica que explique un problema mental, puede tratarse de una posesión y como tal la tratan. (178)

Es por ello que fuera natural que de aquellos que padecían alteraciones mentales manifiestas, los primeros que se responsabilizaran en España fueran las órdenes religiosas, pues la idea primordial era conseguir salvar su alma.

Como hemos podido observar la religión ha tenido una gran influencia sobre las personas que presentaban rasgos diferentes y cuyo comportamiento era extravagante para la época en que vivían, no ateniéndose a preceptos morales o de cualquier otro tipo. Tal como se ha demostrado el no pertenecer a la mayoría que aceptaba la moral de la época ha traído problemas a las personas consideradas la otredad.

Dependiendo de cada momento social podían considerarse brujas, endemoniados, y con el racionalismo: alienados, pero siempre ha habido un rasgo común: la estigmatización. Dependiendo del momento los poderes existentes han pasado desde: ser capaces de matar a una persona, aislarla, anularla o simplemente relegarla.

Según Siles *"Los cuidados de salud mental sólo son posibles en el marco de una sociedad democrática y socioeducativamente desarrollada". (179)*

7.3 DE CUIDADORES ALIENISTAS ESPAÑOLES A ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN DE SALUD MENTAL

Tal como comentábamos en el epígrafe anterior los paradigmas científicos imperantes en la época, las simbologías sociales y los factores económicos junto con la iglesia católica, fueron las bases de los diferentes cuidados que se administraron en España.

Desde la Edad Media hasta el primer tercio del siglo XX, los religiosos, inspirados en los principios cristianos recogidos en las obras de misericordia, fueron los responsables de custodiar a los enfermos mentales. Sin embargo, existe una gran diferencia entre custodiar y cuidar.

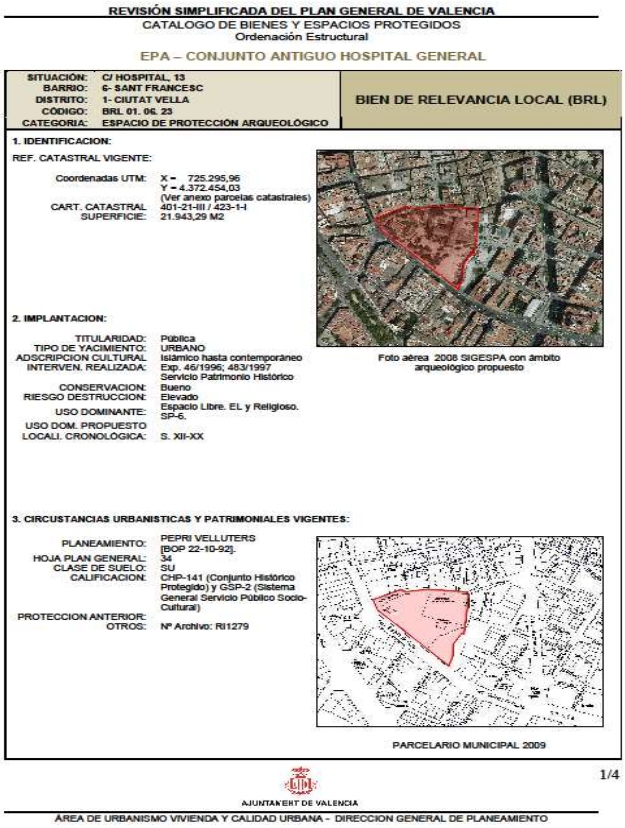
En España existieron tres órdenes religiosas por excelencia que se dedicaron a custodiar a los enajenados a partir del Siglo XV: la orden de los Mercedarios, la orden de San Juan de Dios y las hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús se dedicaron a custodiar a los enajenados, controlando su vida y sus actos.

Los Mercedarios, se iniciaron como orden laica en 1218 con sede en Barcelona, posteriormente en 1317 la Orden de la Merced pasó a ser clerical produciéndose un cisma interno. Cuando Felipe II trasladó la corte a Madrid, la orden se trasladó también en 1574. Sin embargo, esta orden fundó en 1409, en Valencia, el primer "hospital de locos", llamado también "El hospital dels folls, orats e Ignoscents". Las referencias que tenemos del hospital es a través del alemán Münzer[5] (Farinelli A. 1991) que en su libro *Itinerarium sive peregrinatio per Hispaniam, Franciam et Alemaniam, excellentissimi viri artium ac utriusque medicinae doctoris Hieronimi Monetarii de Feltkirchen civis nurembergensis,* narra:

> *"Notable es la fundación destinada a recoger a los locos, a los melancólicos y a los estultos de uno y otro sexo. Vi muchos acogidos, entre ellos, cierto joven furioso, desnudo, encerrado en una jaula y sujeto con una cadena. Nuestros compañeros diéronle unas monedas para que rezara; pero él empezó a hacerlo en hebreo y a proferir sobre los cristianos las blasfemias que suelen los judíos, porque era hijo de un riquísimo converso que desde niño le educó ocultamente en el*

[5] **Jerónimo Münzer. -** Viajero que, durante 1494 y 1495, realizó un trayecto por España que luego publicó bajo el título de *Itinerarium sive peregrinatio per Hispaniam, Franciam et Alemaniam, excellentissimi viri artium ac utriusque medicinae doctoris Hieronimi Monetarii de Feltkirchen civis nurembergensis*. Manuscrito de la "Hof. U. Staatsbibliotek de Munich, Codex Latinus Monacensis Estuvo en España cinco meses, desde el 17 de septiembre de 1494 al 9 de febrero de 1495. Viajaba a caballo y aunque desconocía nuestro idioma, probablemente lo hablaría alguno de los tres amigos que le acompañaban en el periplo hispano-portugués.

judaísmo; pero descubierto el padre por la locura del hijo, fue quemado por ello. La fundación recibe solamente a los artesanos de la ciudad que no sean nobles. Realmente es cosa provechosa y muy bien ordenada". (Münzer, en García Mercadal J., 1952). (180,181)



REVISIÓN SIMPLIFICADA DEL PLAN GENERAL DE VALENCIA
CATALOGO DE BIENES Y ESPACIOS PROTEGIDOS
Ordenación Estructural

EPA – CONJUNTO ANTIGUO HOSPITAL GENERAL

SITUACIÓN:	C/ HOSPITAL, 13	BIEN DE RELEVANCIA LOCAL (BRL)
BARRIO:	6- SANT FRANCESC	
DISTRITO:	1- CIUTAT VELLA	
CÓDIGO:	BRL 01. 06. 23	
CATEGORIA:	ESPACIO DE PROTECCIÓN ARQUEOLÓGICO	

1. IDENTIFICACION:

REF. CATASTRAL VIGENTE:

Coordenadas UTM: X = 725.295,96
Y = 4.372.454,03
(Ver anexo parcelas catastrales)
CART. CATASTRAL 401-21-III / 423-1-I
SUPERFICIE: 21.943,29 M2

Foto aérea 2008 SIGESPA con ámbito arqueológico propuesto

2. IMPLANTACION:

TITULARIDAD: Pública
TIPO DE YACIMIENTO: URBANO
ADSCRIPCION CULTURAL: Islámico hasta contemporáneo
INTERVEN. REALIZADA: Exp. 46/1996; 483/1997
Servicio Patrimonio Histórico
CONSERVACION: Bueno
RIESGO DESTRUCCION: Elevado
USO DOMINANTE: Espacio Libre. EL y Religioso. SP-6.
USO DOM. PROPUESTO
LOCALI. CRONOLOGICA: S. XII-XX

3. CIRCUSTANCIAS URBANISTICAS Y PATRIMONIALES VIGENTES:

PLANEAMIENTO: PEPRI VELLUTERS
[BOP 22-10-92].
HOJA PLAN GENERAL: 34
CLASE DE SUELO: SU
CALIFICACION: CHP-141 (Conjunto Histórico Protegido) y GSP-2 (Sistema General Servicio Público Socio-Cultural)
PROTECCION ANTERIOR:
OTROS: Nº Archivo: RI1279

PARCELARIO MUNICIPAL 2009

1/4

AJUNTAMENT DE VALENCIA
ÁREA DE URBANISMO VIVIENDA Y CALIDAD URBANA - DIRECCION GENERAL DE PLANEAMIENTO

Figura 20: Plano de "El hospital dels folls". Fuente: Área de Urbanismo, vivienda y calidad. Ayuntamiento de Valencia.

Fray Jofré (Valencia,1350 – 1417), fundador del hospital, realizó diversos viajes durante su vida en los que tuvo ocasión de conocer la cultura musulmana donde ya existían este tipo de lugares y su especial inclinación hacia el cuidado de enfermos mentales hizo que forzara la creación de este hospital monográfico.

El hospital (182) se regía por una serie de normas destacando que todos los enfermos que se encontraban en las condiciones adecuadas estaban obligados a trabajar,

ya que se pensaba que la inactividad era origen de vicios y malos hábitos. Los hombres trabajaban en el jardín, la granja o el acarreo de materiales; mientras que las mujeres se dedicaban a la costura y la confección de ropa, así como a la limpieza.

A los "furiosos" se les ponían grilletes y se les metía en jaulas para su contención.

Se hacía especial hincapié en la limpieza de los enfermos. Cuando salían a la calle los días de fiesta o a pedir limosna se les vestía con una indumentaria distintiva para que pudieran ser reconocidos por la población.

Entre el personal asistencial destacamos al Hospitaler cuyas funciones corresponderían a los Directores de Enfermería actuales. Los hospitaleros podían ser hombres o mujeres, debían estar obligatoriamente casados y residir en el hospital.

Entre sus ocupaciones estaban:

- Recibir a los enfermos
- Atender sus necesidades
- Vigilar la limpieza y el buen orden del centro
- Preparar y distribuir los alimentos

En sus tareas eran ayudados por los dependientes o serviciales que se encargan de las necesidades básicas de los pacientes como movilización, higiene, eliminación, etc. Es decir realizando cuidados de enfermería (183).

Podemos analizando las fuentes observar los cuidados y trato a los pacientes o cuidados terapéuticos:

Contención

Los enfermos considerados realmente peligrosos eran encerrados en jaulas hasta 1459 que se construyen las gavias que permitían arrastrar las inmundicias y la paja sucia mediante agua.

Existían también sillas donde tener sujetos a los "furiosos", y el vestido de baqueta, precursor de la camisa de fuerza.

Higiene

La higiene era de vital importancia, cuando el hospital carecía todavía de baños se les llevaba a una casa de baños.

Vestimenta

Cuando salían a la calle los días de fiesta o a pedir limosna se les vestía con una indumentaria distintiva para que pudieran ser reconocidos por la población.

Terapias invasivas y farmacológicas

Se realizaban sangrías, lavativas y se les administraban medicaciones como purgantes o tónicos.

Terapia ocupacional

Los hombres trabajaban en el jardín, la granja o el acarreo de materiales; mientras que las mujeres se dedicaban a la costura y la confección de ropa, así como a la limpieza.

A algunos pacientes que se encontraban en mejores condiciones mentales se les asignaba la tarea diaria de recoger pan; y dos colectas: una en Navidad para recoger el aguinaldo y otra por Pascua para recoger huevos.

Relaciones interpersonales

Participaban en Semana Santa en el "Mandato" o lavado de los pies a 12 inocentes y una comida extraordinaria de los pacientes junto con los sacerdotes, la Junta Directiva e invitados.

Esto era así en este hospital concretamente, en otros hospitales del mismo tipo según Siles J (179)., existían tres figuras prevalentes: el padre de los locos, la madre de las locas y el mayordomo que hacía las veces de gerente.

Los alienistas poco podían hacer ante estas tres personas que salvaguardaban el orden y la asistencia en el hospital. Las condiciones asistenciales se caracterizaron por

la insuficiencia de recursos, de locales, de alimentos, de ropa y de condiciones higiénicas.

El personal asistencial escaso y mal pagado, *ejercían más de guardianes que de cuidadores.*

Otra orden religiosa que se dedicó al cuidado de las personas diagnosticadas con problemas de salud fue la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Surgió en Granada en 1539, después que su fundador, Juan Ciudad, estableciera allí el primer hospital del mundo financiado por limosnas y donaciones y dedicado a la atención a enfermos pobres. Antes de finalizar el siglo XVI ya existían más de 50 centros hospitalarios y de acogida en España e Italia principalmente. El siglo XVII realizaron su expansión hacia América siguiendo a las colonias españolas y el inicio de la expansión de la Orden Hospitalaria hacia otras partes de Europa. Sus hospitales en España sobre todo siguen teniendo la misma base, tratar a los pobres enfermos, pero sobre todo están especializados en geriatría y epilepsia. (184,185)

Tras la desamortización de Mendizábal, en 1867 la orden estuvo a punto de desaparecer, pero se reinstauró con la llegada a España de Benito Menni, que conoció en Granada a las que, con él, serían las fundadoras de la Congregación de las hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, María Josefa Recio y María Angustias Giménez. Con ellas promueve y desarrolla la asistencia a las enfermas mentales que, en aquel momento histórico, no podían ser atendidas por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

La congregación de hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, fue fundada el 31 de Mayo de 1881 en Ciempozuelos -Madrid (España), surge como respuesta a la situación de la problemática sanitaria y de exclusión social de los enfermos mentales de la época y propiciada por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (186)

En el siglo XIX a pesar de los intentos de instalar unos correctos hospitales públicos, la situación política española impidió en muchos casos la consecución de ello por lo que el tradicional abandono de los enfermos y la carencia de una adecuada

asistencia sanitaria pública sobre todo en el caso de los enfermos mentales, reducidos a la marginalidad, la congregación optó por el cuidado de ellos.

En el hospital psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés entre 1852 y 1936 presenta un perfil de paciente era el de un *varón, de edad media, pensionista, recluido a petición de la familia, procedente de su domicilio, con el diagnóstico de manía y que no recibió ningún tratamiento salvo el internamiento.* (187,188)

En el decreto de 1885, se especificaba la regulación de esta institución para las tareas a realizar por las monjas de la Caridad con de los internos.

Entre otras funciones deben realizar:

> *"Art. 28. El servicio inmediato de los enfermos, así como el aseo y limpieza del manicomio, se confía a las Hijas de la Caridad, con arreglo a las condiciones de su contrato.*
>
> *Art. 29. Desempeñaran las obligaciones que les impone este reglamento y su instituto, respecto a la asistencia de los alienados.*
>
> *Art. 30. En el departamento de enajenados, tendrán a su cargo la custodia, vigilancia y aseo de enfermos, pudiendo, en caso preciso, reclamar auxilio a los enfermeros.*
>
> *Art. 31. También tendrán a su cargo el lavado, recosido y planchado de toda la ropa del establecimiento.*
>
> *Art. 32. A la superiora de las hijas de la caridad incumbe:*
>
> *1º Distribuir por turnos las hermanas encargadas a prestar los cuidados y asistencia en todos los servicios que les estén encomendados.*
>
> *2º Disponer las que deben hacer el servicio de la cocina y dispensa.*

3º Correr con los gastos menores, a cuyo fin el administrador facilitara mensualmente la cantidad que crea necesaria.

4º Rendir mensualmente la cuenta de gastos menores por los diferentes conceptos.

5º Recibir y almacenar, con la intervención del comisario, los artículos de consumo, objetos y muebles, que entren en el establecimiento, ya provengan de subastas, compras, ya de legados o donativos, para conservarlos y distribuirlos.

6º Hacerse cargo de las ropas y demás efectos que aporten los pensionistas a su ingreso en el manicomio, manifestando mensualmente a la administración las que en lo sucesivo necesiten los mismos.

7º Cuidar de las ropas y ornamentos de la capilla del establecimiento.

8º No consentir que salgan de los almacenes articulo alguno para las dependencias y servicio del establecimiento sin exigir el correspondiente recibo con el Vº Bº del administrador.

9º Procurar que la alimentación de los asilados sea con arreglo a la calidad y cantidad que se expresa en el reglamento y las que indique la libreta firmada diariamente por el facultativo o profesor agregado.

Art. 33. Para auxiliar en todos los servicios de su cargo además de las subordinadas que inmediatamente le están sometidas, tendrán el número de criadas que la junta de patronos estime conveniente.

Art. 34. Cuando la Junta de Patronos o el Administrador crea oportuno oir acerca de la calidad de los objetos, géneros y artículos que hayan de recibirse para el servicio, emitirá su dictamen razonado."

Otro tipo de cuidados eran realizados por el Mozo enfermero:

"Art. 47. Los mozos en todo lo relativo a la limpieza de los enfermos y del establecimiento, estarán a las órdenes del Administrador Depositario y de la Superiora de las Hijas de la Caridad, y en lo concerniente a la asistencia de los enfermos las recibirá del Jefe Facultativo.

Art. 48. Será obligación de los mozos:

1º Vigilar a los enfermos, evitar su fuga y sus daños; asearlos, vestirlos y cuidar de su tranquilidad, tratándolos con cariño y buenas maneras.

2º Limpiar las camas, comedores, departamentos, vajillas y mobiliarios destinado al servicio del establecimiento.

3º Administrar la comida y los medicamentos a los enfermos y cumplir cuantas ordenes reciban de sus superiores jerárquicos directamente o por conducto del celador o Jefe inmediato.

4º Conducir al enfermo que requiera ayuda o no pueda sin ella trasladarse al departamento de baños o dormitorio.

5º Dar parte de cuantas novedades adviertan en los enfermos y en los objetos puestos a su cuidado. […] (187,188)"

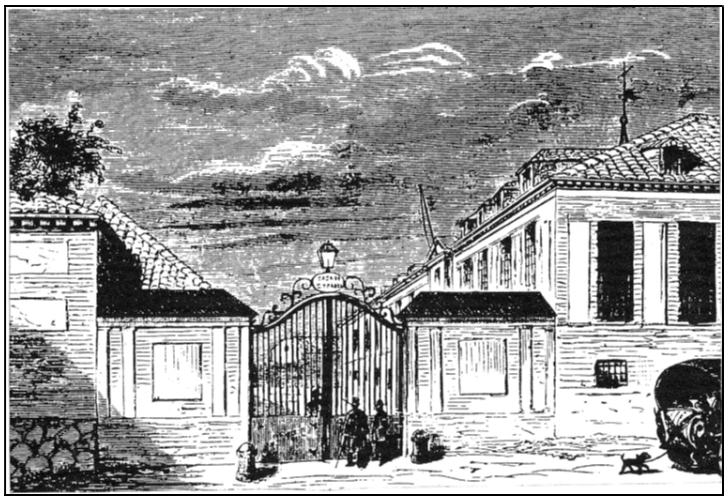


Figura 21: Casa de dementes de Santa Isabel de Leganés, 1872. Fuente: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

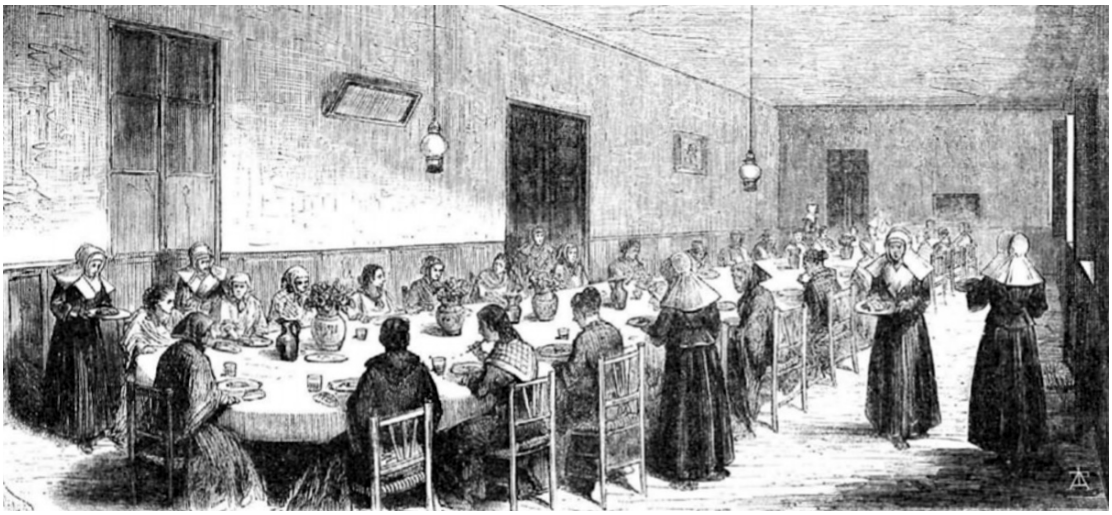


Figura 22: Grabado del comedor de mujeres tranquilas, atendido por las hermanas de la caridad. Casa de dementes de Santa Isabel de Leganés. Fuente: Asociación Española de Neuropsiquiatría

Con el racionalismo, Ernest Von Feuchtersleben, en 1840, definió las fronteras entre lo mentalmente normal y lo patológico; asignó el término "psicosis" a los cuadros patológicos que hoy seguimos llamando psicóticos. Su insistencia en que el conocimiento de "las relaciones entre la mente y el cuerpo" es *"indispensable no sólo para el que practica la psiquiatría en el asilo de lunáticos, sino para todos los médicos en general"* ("Principios de Psicología Médica").(González de Rivera y Revuelta, 2003), define fielmente la importancia que daba a la interrelación mente-cuerpo.(189)

Los médicos alienistas españoles siguiendo a Pinel[6] intentan conocer mejor el cerebro, pero sin embargo los cuidadores no tienen ninguna especialización particular sobre el tema, siendo además las órdenes religiosas, sobre todo la de San Juan de Dios las que siguen custodiando a los pacientes.

La ley de 1849 desarrollará la asistencia psiquiátrica en España desde dos perspectivas *(a) una red pública de manicomios dependientes de las Diputaciones locales y (b) un número importante de establecimientos privados dedicados al tratamiento de los desarreglos mentales*. (190)

Las personas con problemas de salud mental al inicio del siglo XX, siguen estado confinados en dos lugares primordialmente: en las cárceles y en los manicomios.

En 1903 se creó el Instituto de Reformas Sociales, que posteriormente realizaría numerosos cambios en los manicomios a través de la Escuela Nacional de Sanidad fundada por Real Decreto el 9 de diciembre de 1924 (191), su función era instruir a los médicos, formar un cuerpo de enfermeras sanitarias y preparar al personal subalterno auxiliar.

En la figura 22, que observaremos a continuación, vemos una estadística de 1915 del manicomio de Santa Isabel de Leganés, podemos observar las clasificaciones diagnósticas realizadas y las entradas y salidas. (INE. Anuario 1915).

---

6 Philippe Pinel (1745-1826) fue un médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Pertenece al grupo de pensadores que constituyeron la clínica médica como observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad. Es a partir de esta rigurosidad en el plano del método que establece la primera clasificación de enfermedades mentales, teniendo sus ideas gran repercusión posterior.

514 *Beneficencia, Higiene y Sanidad*

XVII. **Movimiento de dementes en los Manicomios de la provincia de Madrid. Año 1915.**

Manicomio de Leganés (1)

EXISTENCIA en 31 de diciembre de 1914.		ENTRADAS		SALIDAS		MUERTES		EXISTENCIA en 31 de diciembre de 1915.	
Varones.	Hembras.	Varones.	Hembras.	Varones.	Hembras.	Varones.	Hembras.	Varones.	Hembras.
104	72	15	17	2	2	13	7	104	80

Diagnóstico de los entrados y de los existentes.

DIAGNÓSTICOS	ENTRADOS			EXISTENTES		
	Varones.	Hembras.	Total.	Varones.	Hembras.	Total.
Degeneración	26	12	38	21	9	30
Demencia precoz	38	23	61	36	22	58
Demencia	5	7	12	6	3	9
Manía aguda	4	2	6	4	2	6
Idem crónica	»	1	1	1	1	2
Idem periódica	2	4	6	1	1	2
Melancolía	1	3	4	1	2	3
Parálisis	9	»	9	6	»	6
Epilepsia	9	8	17	8	12	20
Alcoholismo	4	1	5	3	»	3
Locura degenerativa	5	1	6	4	1	5
Confusión mental	6	2	8	6	4	10
Delirio crónico	11	20	31	10	16	26
Locura depresiva	1	3	4	1	3	4
TOTALES	121	87	208	108	76	184

(1) Datos remitidos por el Administrador del establecimiento.

Figura 23: Movimiento en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. 1915. Fuente: INE. Anuario 1915.

En la 2ª República es cuando se empieza a desarrollar la enfermería de carácter laico, se crea la Escuela de Psiquiatría dotada para la investigación científica del enfermo mental; su tratamiento y se crea el grupo de enfermeras psiquiátricas visitadoras.

Tras la fundación en 1.931 del Consejo Superior Psiquiátrico, dependiendo de éste se crea en 1.932 el Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica, tenía funciones educativas en la comunidad, tales como divulgar las normas de higiene mental. Las enfermeras psiquiátricas visitadoras eran las encargadas de cumplir funciones tales como:

- *"Cumplimentar visitas a las familias de los enfermos mentales.*
- *Visitar a los propios enfermos en los establecimientos donde estuvieran internados.*
- *Actuar como nexo de unión entre unos y otros (puente entre paciente y familia).*
- *Facilitar la adaptación social y familiar del enfermo.*
- *Colaborar con otros profesionales dentro y fuera del patronato (a nivel asistencial, docente e investigador)." (179)*

Con la Orden Ministerial de 16 de Mayo de 1.932 (192), se inicia la Titulación de Practicante Psiquiátrico, Enfermero Psiquiátrico y Enfermera Visitadora de Higiene Mental. En esta orden, firmada por el subsecretario de sanidad y beneficencia, se especifica:

> *"La necesidad de dar cumplimiento a la Orden de 16 de Mayo de 1932, en relación con el personal sanitario auxiliar que debe prestar servicio en los establecimientos psiquiátricos, exige se convoquen, de acuerdo con lo dispuesto en dicha Orden, los exámenes para la concesión de los diplomas de Practicante psiquiátrico y de Enfermero psiquiátrico, con objeto de dotar de dicho título de especialización psiquiátrica a todos los aspirantes que se encuentren en las condiciones que marca la referida disposición."(Gaceta de Madrid. OM 1434. 18/02/1936. p. 49) (193)*

Tras el golpe de Estado de 1936 se produjo una involución que afectó de lleno a la enfermería psiquiátrica, quedando, como el resto del colectivo profesional enfermero vinculado a la Sección Femenina, con el predominio ideológico de la religión y la Falange. El enfermo mental tuvo que sufrir de nuevo un trato represivo.

El 14 de abril de 1955 se crea el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica que se va a encargar de estudiar la problemática de los enfermos mentales en general y

de su cuidado en particular. En esta dirección hay que interpretar la edición de una "Guía para auxiliares psiquiátricos" realizada por dicho patronato y que engloba a enfermeras y practicantes como tales auxiliares, ignorando la anterior reforma que durante la época republicana había diferenciado claramente entre enfermero psiquiátrico y practicante psiquiátrico. (179)

En 1962 se promulga la Ley General de Hospitales que va a incidir en el proceso de tecnificación del personal médico y sanitario. Esta tecnificación se debe a la idea del régimen franquista, de la construcción de grandes hospitales superespecializados y centralizados en las capitales. (179)

Tal como especificábamos anteriormente en 1953 se había unificado las profesiones de Matrona, Enfermera y Practicante para dar lugar a los Ayudantes Técnicos Sanitarios, sin embargo, la especialidad de Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico no se crea hasta 1970 (Decreto 22 de octubre) constando de dos cursos de ocho meses de duración. Su publicación del 9 de noviembre de 1970, detalla:

> ***"Artículo primero.*** *—Se establece la especialización de Psiquiatría para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, cuyo Diploma se denominará «Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico»,*
>
> ***Artículo segundo****. —Las enseñanzas de la especialidad que se establece en el presente Decreto comprenderán dos cursos de ocho meses como mínimo cada uno, que con carácter teórico-práctico desarrollarán las materias que a continuación se Indican:*
>
> - *Psicología*
> - *Psicología General*
> - *Psicopatología General*
> - *Psicopatología especial*
> - *Asistencia General*
> - *Asistencia especial: Tratamientos*

- *Técnica de respiración artificial con casos de primera urgencia*
- *Organización de la asistencia*

Las enseñanzas de las materias a desarrollar en cada uno de los cursos tendrán una duración de treinta y dos horas de teoría médica (una hora semanal), noventa y seis horas de teoría psiquiátrica (tres horas semanales) y doscientas ochenta y ocho horas de prácticas (nueve horas semanales). Los programas correspondientes deberán ser aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia.

***Artículo tercero**. —A la terminación de cada curso los alumnos realizarán un examen teórico y otro práctico ". (194)*

Es de notar, por la organización de la especialidad, que la formación pretendida para estos era exclusivamente de personal técnico auxiliar del médico, al igual que los Ayudantes Técnicos Sanitarios, buscando exclusivamente la habilidad en el quehacer diario. Ello se demuestra en la diferencia entre las horas teóricas y prácticas adjudicadas a la especialidad. Podemos observar que el 31 % correspondía a la teoría y el 69% a la práctica. En el mismo decreto observamos la disposición transitoria tercera, que especifica:

"Una vez que el presente Decreto entre en vigor no podrán ocupar puestos de trabajo que lleven Implícita la especialidad psiquiátrica más que aquellos Ayudantes Técnicos Sanitarios que se hallen en posesión del Diploma que les acredite como tales especialistas"

Esto nunca se llevó a cabo.

Posteriormente, a pesar de la entrada en la Universidad de los Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.) acreditándose como Diplomados en Enfermería, la

especialidad de Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico siguió en vigor siendo aplicable a los Diplomados:

> ***"22725*** *ORDEN de 9 de octubre de 1980 por la que se regula que los Diplomados en Enfermería puedan realizar las especialidades reconocidas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios.*
>
> *En tanto se llevan a cabo los estudios pertinentes a fin de desarrollar en este aspecto el referido Decreto, parece conveniente autorizar a los Diplomados en Enfermería, cuya primera promoción ha concluido sus estudios al término del Curso 1979- 1980, a cursar las especialidades actuales de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, titulo homologado al anterior por Real Decreto 111/1980, de 11 de enero. " (195)*

Tal como también especificábamos para las matronas es un tanto anacrónico que esta especialidad promulgada para la formación profesional, siguiera considerándose adecuada académicamente para una Diplomatura Universitaria.

Las especialidades se regularon para los Diplomados en Enfermería en 1987, en el Real Decreto 992/1987 del 3 de julio, se reconocía la especialidad de Enfermería en Salud mental; pero no será hasta 1998 cuando se desarrolle de forma provisional el programa formativo de la especialidad. (170)

Pasamos ahora a analizar su programa académico:

La Orden Ministerial de 30 de junio de 1998, por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, para la obtención del título de Enfermero especialista, previó en su Disposición transitoria única, la convocatoria de plazas para el acceso a la formación de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

A tal fin, la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación, del Ministerio de Educación y Cultura y la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, resolvieron establecer los requisitos específicos de acreditación de las Unidades

Docentes[7], para la formación de enfermeros especialistas en Salud Mental, al tiempo dicha Secretaría de Estado para Universidades e Investigación resolvió el programa de formación de esta especialidad Enfermera.

Dicho desarrollo y programa de formación se justificaba en la Orden Ministerial ya que una serie de cambios en el sistema de salud, avances científicos y tecnológicos que requerían de un personal altamente cualificado y al mismo tiempo con unas determinadas capacidades y habilidades relaciónales que le permitieran optimizar la promoción y prestación de cuidados.

La O.M. especifica que:

> *"Por otro lado, la actual orientación de la atención hacia un enfoque comunitario, basado en la provisión de recursos al individuo en su grupo de pertenencia, así como la diversificación de unidades de trabajo, supone para los enfermeros una constante evolución en el concepto y especificación de los cuidados." (O.M. 30 de junio de 1998, p.14) (169)*

El conocimiento y valoración de los cambios anteriormente expuestos, junto a la escasez de enfermeros especialistas, la especificidad en la atención de los problemas de salud mental, y la demanda social de atención a estos problemas, justificaron la formación de enfermeros especialistas en Salud Mental. En la actualidad dichos especialistas se acogen a la Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. (196)

La aportación profesional de los enfermeros de Salud Mental, viene definida por el trabajo que desarrollan con las personas y con las respuestas humanas derivadas de las alteraciones de la salud mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y la potencialidad de éstos para incidir en la capacidad de integración

[7] Unidad académica donde se imparte la especialidad.

socialmente aceptable de los individuos. Para ello prestan cuidados utilizando la relación interpersonal como instrumento terapéutico básico.

El Ministerio entendió que las funciones a realizar deberían ser:

> *"Prestar cuidados a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención Integral para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.*
>
> *Asesorar, en calidad de experto, a profesionales de enfermería y a otros profesionales de la salud.*
>
> *Educar en materia de salud mental a la persona, familia, grupos y comunidad.*
>
> *Formar en materia de salud mental a tos futuros profesionales de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales.*
>
> *Investigar en el campo de Enfermería en Salud Mental y participar en otros proyectos de investigación.*
>
> *Dirigir y/o participar en la organización y administración de los servicios de salud mental.*
>
> *Participar en la determinación de objetivos y estrategias en materia de salud mental, dentro de las líneas generales de la política sanitaria y social del país.*
>
> *Actuar como consultores de las diferentes administraciones locales, autonómicas y estatales, así como de organismos internacionales en materia de Enfermería de Salud Mental."*

Para conseguir que adquirieran estas competencias el programa de formación capacitaba para:

> *"Profundizar en las ciencias que conforman la base de la Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, de acuerdo con el*

concepto de atención integral que cubre las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los pacientes y familias en su comunidad de pertenencia.

Conocer y aplicar los métodos de tratamientos enfermeros de salud mental y psiquiátricos y capacitarlos para la elección del método terapéutico apropiado a la edad, situación, a las circunstancias del paciente y de acuerdo con los diagnósticos de enfermería formulados.

Reconocer que el producto final de la atención a los pacientes es el resultado de las interacciones de éstos con les miembros del equipo interdisciplinar y de las que se producen entre los propios integrantes del equipo.

Tener conciencia de su identidad profesional y conocimiento de los derechos y valores éticos y legales propios de la profesión.

Desarrollar y colaborar en procesos educativos, dirigidos a pacientes,
familias, profesionales y grupos significativos del medio comunitario.

Conocer la legislación vigente en materia de salud mental.

Investigar en al campo de la Enfermería en Salud Mental y participar en otros proyectos de investigación interdisciplinares.

Organizar y administrar servicios de salud mental.

Conocer las líneas de la política sanitaria y social que les permitan asesorar en calidad de expertos y decidir estrategias en el marco de la salud mental."(196)

El programa se desarrolla durante dos cursos de formación a tiempo completo, mediante el sistema de residencia, en los términos previstos en el *Anexo de la Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo* (BOE del 24 de mayo), tras la adaptación de la O.M. del 30 de junio de 1998.

Aquí se aprueba y publica el programa formativo renovado de la especialidad de Enfermería de Salud Mental, incrementando a dos años la duración de la formación de la enfermera especialista en salud mental. No obstante, en el propio real decreto se especifica que:

> *"No se trata, de mimetizar o repetir el modelo implantado en otros colectivos profesionales de especialistas, o que todos los profesionales de enfermería del ámbito de la salud mental tengan que ser enfermeros especialistas, sino que se trata de conjugar el papel de estos profesionales, que tienen una formación avanzada con la del enfermero de cuidados generales".*

También el propio decreto especifica que se realizará una formación general transversal común con otras especialidades en Ciencias de la Salud a desarrollar durante los dos años de residencia y una formación específica en enfermería de salud mental, y cuáles son las competencias a alcanzar, el itinerario formativo tipo en cuanto a actividades a realizar, y en qué momento concreto (primer o segundo año de formación).

A continuación se reflejan las materias que componen el Programa de Formación quedando especificado el número de horas que deben de desarrollarse en el ámbito de la Atención Comunitaria y las que se llevaran cabo en el de la Atención Especializada.

Materias	Aten. Comunitaria	Aten. especializada	Total
Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica I	175 horas	75 horas	250 horas.
Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica II	315 horas	135 horas	450 horas
Enfermería psicosocial I	100 horas	50 horas	150 horas
Enfermería psicosocial II	245 horas	105 horas	350 horas
Educación para la salud mental	44 horas	26 horas	70 horas
Ética y legislación de enfermería de salud mental			45 horas
Administración de los servicios de salud mental	43 horas	17 horas	60 horas
Investigación en enfermería de Salud Mental			270 horas
Actividades de formación teórica	10 horas semanales. Un total máximo de 460 y un mínimo de 428 horas.		
En el caso de Ética y legislación de enfermería de salud mental e Investigación en enfermería de Salud Mental, las enseñanzas se llevarán a cabo en el ámbito que el responsable docente considere oportuno, en función de los recursos y las posibilidades existentes.			

Tabla 7: Programa formativo de las enfermeras especializadas en Salud Mental.Fuente: O.M. 30 de junio de 1998. Elaboración propia.

Recorrido formativo por los distintos dispositivos de la unidad	
Primer año	
Equipamiento	**Duración**
Unidades de Rehabilitación de Larga Estancia.	2 meses
Unidad de hospitalización de agudos.	6 meses
Unidades especiales (*).	3 meses
Segundo año	
Equipamiento	**Duración**
Unidades de Media estancia	4 meses
Programas de Rehabilitación comunitaria	
Centro de Salud Mental Comunitario	5 meses
Unidad de Salud Mental Comunitaria	
Programas o Servicios de Salud Mental Infanto Juvenil	2 meses
Observación: Se contabiliza la duración sin tener en cuenta los periodos vacacionales, resultando un tiempo final efectivo de 22 meses. (*) Se pueden considerar como tal: Adicciones. Hospital de día. Unidad de Psicosis Refractaria. Unidad de Patología Dual. Unidad De Trastornos de la Conducta Alimentaria. Unidad de Trastornos Psicosomáticos. Otras Unidades o Programas específicos.	

Tabla 8: Recorrido formativo de las especialistas en Salud Mental. Fuente: O.M. 30 de junio de 1998. Elaboración propia.

La formación se desarrolla bajo la supervisión de enfermeros especialistas, y se realizan el aprendizaje clínico participando en la atención de primeras demandas, en la coordinación de programas, en las sesiones clínicas de enfermería, con el equipo de salud mental, realizando consultas a nivel individual y familiar, efectuando visitas

domiciliarias, realizando unas Prácticas Tuteladas en Salud Mental y por último realizando programas de rehabilitación y de Salud mental.

Al igual que las matronas para su mayor comprensión a continuación exponemos el cuadro que muestra las materias que componen su programa de formación practico-clínica:

Objetivos formativos	**Actividades**
Participación en atención de primeras demandas de atención psiquiátrica	20 casos.
Participación en coordinación de programas	10 sesiones
Participación en sesiones clínicas de enfermería	20 sesiones
Participación en sesiones clínicas del equipo de salud mental	20 sesiones
Participación en coordinación de casos clínicos a nivel de área	5 sesiones
Presentación de sesiones clínicas de enfermería	6 sesiones
Realizar consultas de enfermería	50 casos a nivel individual
	15 en familias.
Visitas a domicilio	20 visitas
Seguimiento completo del paciente según el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	2 casos infanto-juvenil.
	4 casos en la asistencia intrahospitalaria.
	5 casos en la asistencia comunitaria.
	2 casos que utilicen los tres niveles de atención (centros de salud mental, hospitalización y centros comunitarios y/o de rehabilitación)
Colaborar en procesos grupales instalados	2 procesos, al menos

Objetivos formativos	Actividades
Situaciones de urgencia o crisis	10 situaciones, al menos
Sesiones formativas del equipo interdisciplinar, del equipo de Enfermería en Salud Mental y del equipo de Atención Primaria	2 sesiones, al menos
Programa de Educación para la Salud Mental	1 programa, al menos
Programa de rehabilitación psico-social	1 programa, al menos
Colaborar en la actualización continua del diagnóstico de Salud Mental del área socio-sanitaria,	En uno de sus componentes, al menos
Diseñar, al menos, un programa de interconsulta de enfermería de salud mental	1 programa, al menos
Elaborar informes de continuidad de cuidados de enfermería de pacientes que realicen su tratamiento	15 informes
Proyecto de Investigación sobre Enfermería de Salud Mental	1 diseño

Tabla 9: Objetivos formativos de las enfermeras especialistas en Salud Mental. Fuente: Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo. Elaboración propia.

En este capítulo, hemos ido narrando la historia de los llamados locos, enajenados u orates y de las diferentes visiones que a través de los tiempos se han tenido de ellos. A la vez que hemos explicado estas diferentes visiones, y como se apoyaban en el simbolismo existente en cada momento social, y en el paradigma científico o religioso imperante, además de la influencia de la ideología que estaba en el poder.

También hemos señalado la idea de que un problema de Salud Mental era considerado una posesión del diablo, y que con el racionalismo se llegó a la clasificación de las enfermedades mentales.

En algunas partes del capítulo se ha manifestado la gran influencia de la religión, tanto en el dictamen de la persona con el problema mental, como en los cuidados prestados basándose en las obras de misericordia.

Hemos realizado una breve, pero interesante puntualización de la visión de Foucault sobre las diferentes épocas sociales donde realiza la taxonomía según el trato que reciben éstos pacientes, la primera donde refiere la expulsión de las ciudades, la

segunda la construcción de manicomios o la tercera que con Pinel se les comienza a observar desde una perspectiva un poco más humana.

También se han vertido diversas consideraciones sobre el tema de la custodia o de los cuidados, reflexionando ante su gran diferencia, y especificando aquellos manicomios más relevantes que existieron y en los que se practicaron.

Un apartado importante para comprender la identidad de los enfermeros especialistas de Salud Mental, ha sido valorar la evolución de la prestación de los cuidados, con el objeto de observar las bases para una identidad profesional resistente.

En este apartado, demostramos que hasta la Orden Ministerial de 16 de Mayo de 1.932, donde se inicia la Titulación de Practicante Psiquiátrico, Enfermero Psiquiátrico y Enfermera Visitadora de Higiene Mental, no se puede definir a un personal auxiliar sanitario con especificidad ante los problemas de Salud Mental ya que las órdenes religiosas eran las encargadas de la custodia de estas personas.

Posteriormente hemos desgranado su evolución, el que no fuera imprescindible su titulación de especialidad durante el periodo franquista a pesar de que así constaba en el Decreto 22 de octubre de 1970 (Decreto de especialidades de los Ayudantes Técnicos Sanitarios). Este decreto que hemos expuesto como anacrónico al aplicarse también a los Diplomados de Enfermería.

En el penúltimo epígrafe desarrollamos la Orden Ministerial del 30 de junio de 1998, para pasar al último con la Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se crean las unidades docentes para Salud Mental y se desarrollaron los programas a realizar por los enfermeros que quieran cursar dicha especialidad en la actualidad.

Podríamos, por lo tanto, aseverar que hasta 1970 con los ATS, no se consolida de forma continuada la especialidad de enfermería psiquiátrica y de Salud Mental. Ello implica en el tiempo, un espacio muy breve de existencia. Otro hecho relevante es que en la actualidad no todos los enfermeros que se encuentras en unidades de Salud Mental u Hospitales Psiquiátricos tienen la titulación de especialistas.

Por lo tanto, ¿La Identidad profesional de estos enfermeros, a pesar de la especialidad, podría estar influida por la socialización en el trabajo para presentar características más débiles en su identidad?

¿Quizás implicaría la organización del trabajo para enfermeras especialistas y no especialistas, una dificultad en cuanto a toma de decisiones?

El objeto de esta investigación, es desentrañar por ello si la identidad, sentida de forma más resistente, implicaría un factor para la toma de decisiones. Es por ello la presentación de éste estudio que consideramos pertinente, al investigar a las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología y las enfermeras de Salud Mental.

Hemos desarrollado en el capítulo I, la construcción de la identidad siguiendo los pasos de su construcción y su desarrollo exponiendo además las causas de las crisis de identidad. E incluso hemos desgranado la estrecha relación entre el rol que asumen las personas y la identidad.

Todos estos aspectos anteriormente expuestos, habíamos explicitado, que se realizaban con una intención, estudiar a través de este capítulo la creación de la identidad profesional enfermera, y más concretamente de las enfermeras especialistas Obstétrico-Ginecológicas o Matronas y de las enfermeras de Salud Mental, ya que partimos de la hipótesis que éstas enfermeras especialistas tienen más arraigado su identidad profesional.

La idea que soportaba esta reflexión era comprender si una identidad más patente, sería una base suficientemente eficaz para que los individuos en su ejercicio profesional aplicaran su vertiente autónoma.

PARTE CUARTA

CAPITULO VIII: METODOLOGÍA

8.1 DISEÑO

Partiendo de que tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa son igual de valiosas, ya que cada método aporta resultados valiosos en una investigacion para adecuar la metodología idónea a los objetivos planteados, ya que: *"en ambos casos es necesario la observación del objeto, como proceso de producción de datos (Ibáñez)"* (197)*;* se utilizaron como método de investigación ambos enfoques por ajustarse plenamente al objetivo de la investigación. Para la recogida de información de las participantes se utilizó la entrevista en profundidad grabada que nos permitió obtener información sobre las ideas, sentimientos, pensamientos, emociones y percepciones que las enfermeras participantes tenían sobre la autonomía profesional enfermera.

Las múltiples metodologías de la investigación cualitativa pueden ser vistas como un bricolage y el investigador como un bricoleur (198) y de hecho el investigador cualitativo como bricoleur utiliza las herramientas de su trabajo metodológico desplegando cualesquiera estrategias, métodos o materiales empíricos que tenga a mano (Becker, 1989). Si se tienen que inventar nuevos instrumentos o juntarse varios, el investigador lo hará. La elección de qué instrumentos valerse o qué práctica de investigación emplear no es algo que se sepa de antemano. La *"elección de la práctica investigativa depende de las preguntas que deben realizarse y éstas, a su vez, del contexto*" (199), es decir, lo disponible en el contexto y que el investigador puede hacer en esa situación. (200,201)

El posicionamiento paradigmático de la investigación se basó en el constructivismo ya que éste dedica gran interés al cómo se producen los significados y los diversos pactos o acuerdos lingüísticos dentro de los diferentes contextos sociales o culturales, donde los individuos otorgan significados dentro de marcos de referencia interpretativos, basados en la historicidad y en lo cultural.(202)

Hernández et al. (2010) afirman que el constructivismo es una base muy importante para la investigación cualitativa, y realizan las siguientes afirmaciones como aportaciones principales de este paradigma:

- *"La realidad se la construye socialmente desde diversas formas de percibirla.*
- *El saber se construye de forma social por los participantes en el proceso investigativo.*
- *La investigación no es ajena a los valores del investigador.*
- *Los resultados no pueden ser generalizados en forma ajena al contexto y el tiempo." (203)*

Teniendo en cuenta este paradigma, el diseño de la teoría fundamentada es la principal herramienta que permite al investigador poder construir una proposición que permita interpretar la subjetividad, ideología, percepción, constructos, discursos, etc. que construyen los individuos que se encuentran en el estudio. (204)

Por otra parte, la fenomenología engloba un conjunto de corrientes cuyo interés se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y de lo que ocurre en un contexto determinado. Se basa fundamentalmente en la observación y en el uso de los relatos para comprender la experiencia de los propios sujetos de investigación. Con el uso de esta se busca comprender desde la interioridad del sujeto, las significaciones, el conocimiento de la forma cómo se experimenta la vida social a partir de la descripción de diversos contextos y situaciones, los aspectos relativos a los valores, a las motivaciones, y a las acciones que se manifiestan en las prácticas colectivas.

El utilizar este tipo de posicionamiento fue porque la base era conocer las experiencias de los diversos participantes, al contrarrestar las diferentes opiniones se consigue una aproximación a la realidad. Según Hernández, Fernández, y Baptista, este tipo de estudio se basa en tres premisas:

A. *"En el estudio, se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente".*

B. *"El diseño fenomenológico se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados".*

C. *"El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que la vieron) y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias)".*

Ante la pregunta ontológica el paradigma constructivista no intenta controlar, predecir o transformar el mundo real, sino reconstruirlo, solamente en la medida en que éste existe en la mente de los constructores. (205)

Por otra parte, en contestación a la pregunta epistemológica, Guba y Lincoln (206) afirman que la relación entre el investigador y el objeto de estudio se basa en una postura subjetivista, donde existe una interacción entre el investigador y el investigado. Los resultados que se encuentran en la investigación basada en el constructivismo son producto de la construcción que realizan tanto el investigado como el investigador.

Por último, encontramos la parte o pregunta metodológica, ante ella el paradigma constructivista entiende *que "las construcciones individuales son derivadas y refinadas hermenéuticamente, y comparadas y contrastadas dialécticamente, con la meta de generar una (o pocas) construcciones sobre las cuales hay un consenso substancial"* (205). Esta hermenéutica consiste en la descripción e interpretación

precisa de lo que los individuos construyen, lo dialéctico es comparar la construcción de la realidad de todos los actores, tanto participantes como el investigador, ambos inmersos en la interacción, de forma que esta comparación permitirá la construcción de una nueva realidad acordada por los individuos inmersos en el fenómeno de estudio.

Desde el paradigma constructivista el diseño de la teoría fundamentada es la principal herramienta que permite al investigador poder construir una teoría propia que permita interpretar la subjetividad, ideología, percepción, constructos, discursos, etc. que construyen los individuos que se encuentran en el estudio (11,204)

Por lo demás es imposible olvidar a Mead y al Interaccionismo simbólico, sumamente importante para comprender al "otro" y sus expresiones.(11)

Además, se ha aplicado a la investigación una parte histórica para posteriormente poder explicar y comprender el presente. Para ello lo primero es asegurar las fuentes secundarias, para poder ubicar el contexto histórico de una forma fehaciente. El poder confirmar por una parte las fuentes secundarias con las primarias nos ayudan a confirmar fuentes históricas y a verificar aquellas fuentes secundarias que afirman taxativamente lo que esta tesis pretende demostrar.

Para ello se realizó una búsqueda en las diferentes bases de datos Pubmed, Cinahl, Cuiden, Dialnet, y Cochrane Plus; se utilizaron los operadores booleanos AND y OR; guardando las búsquedas posteriormente en Refwords.

Términos de búsqueda	**DeCS**		**MeSH**
	Inglés	**Español**	
Autonomía profesional	Professional Autonomy	Autonomía profesional	Professional Autonomy
Enfermería	Nursing	Enfermería	Nursing
Factores protectores	Protective factors	Factores protectores	Protective factors
Magnético	Magnet	Imanes	Magnet
Toma de decisiones	Decision Making	Toma de decisiones	Decision Making

Términos de búsqueda	DeCS		MeSH
	Inglés	Español	
Especialidades Enfermeras	Nurse Specialization	Especialización enfermera	Nurse Specialization
Matronas	Midwife	Matrona	Midwife
Enfermera especialista en Salud Mental	Mental Health Nurse	Enfermera especialista en Salud Mental	Mental Health Nurse
Burnout	Burnout	Síndrome del Quemado	Burnout
Identidad	Identity	Identidad	Identity
Enfermera	Nurse	Enfermera	Nurse
Estresores	Stressors	Estresores	Stressors
Hospital	Hospital	Hospital	Hospital

Tabla 10: Términos de búsqueda en BD. Elaboración propia.

Con toda la documentación aportada conseguimos definir la base de las entrevistas que posteriormente se realizaron, e intentamos observar la información que hasta ese momento existía sobre la pregunta clave planteada:

¿Somos realmente, y nos percibimos las enfermeras clínicas hospitalarias como profesionales autónomas?

La metodología cuantitaiva, se utilizó, tanto para analizar la descripción de la muestra, como las posibles asociaciones que pudiesen aparecer con significación estadística ya que la muestra de participantes permitia este tipo de análisis.

Así pues, se dispuso un diseño observacional - descriptivo- transversal.

8.2 ÁMBITO

Se plantea desarrollar la investigación en el Hospital Universitario de La Paz, y en el Hospital psiquiátrico público Dr. Rodríguez Lafora.

El Hospital Universitario de La Paz, es un centro hospitalario público, situado en la zona Norte de la Comunidad de Madrid. Es un gran complejo hospitalario compuesto por un entramado de 20 edificios y cuatro grandes hospitales: el Hospital General, el Hospital Maternal, el Hospital Infantil y el de Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Su población de referencia está cercana a los 760.000 habitantes.

El hospital Dr. Rodríguez Lafora es un centro psiquiátrico público polivalente situado en la zona norte de la Comunidad de Madrid, que atiende a pacientes que precisan hospitalización psiquiátrica breve, cuidados psiquiátricos prolongados o trastornos adictivos relacionados con el alcohol y otras sustancias de abuso. Desde el 11 de febrero del 2008 cuenta con una Unidad para pacientes con Trastorno de la Personalidad graves y desde el año 2017 se inauguró una nueva unidad de Trastornos de Personalidad.

8.3 PARTICIPANTES

8.3.1 Población

Dentro del Hospital Universitario La Paz, la investigación se llevó a cabo en los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital General, salvo los servicios de críticos y quirófanos, y en el Hospital Materno Infantil en los servicios de preparto, parto y puerperio atendiendo al criterio de factibilidad.

En el Hospital Dr. Rodríguez Lafora, dado que el Hospital es especializado en Salud Mental, la investigación se realizó en las unidades existentes donde ejercían las enfermeras especialistas en Salud Mental exclusivamente.

El estudio fue dirigido a las Enfermeras Generalistas y a las Enfermeras especialistas Obstétrico-Ginecológicas que ejercen en el Hospital Universitario La Paz, al igual que a las Enfermeras especialistas en Salud Mental que ejercen en el hospital psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora de Madrid.

8.3.2 Muestra

La población de profesionales la integran la totalidad de enfermeras generalistas y especialistas del Hospital Universitario La Paz ubicadas en el Hospital General. La selección de la muestra no necesito cálculo ya que se utilizaron criterios de idoneidad como se describe en el apartado siguiente para seleccionar a las participantes Se seleccionaron las plantas médico quirúrgicas para entrevistar a las enfermeras generalistas, que son un total de 610. Para la selección de especialistas se utilizó la plantilla de matronas (especialistas Obstétrico-Ginecológicas) del hospital Materno-Infantil de la Paz ubicadas en unidades preparto, parto y puerperio no patológico, que son un total de 33, y para la muestra de enfermeras especialistas en Salud Mental del hospital Dr. Rodríguez Lafora de Madrid se selecciono con criterios de voluntariedad a profesionales de enfermería de diversas unidades ya que se trata de un hospital monográfico. Las enfermeras especialistas de este centro son 50 de un total de 112.

Para los cuestionarios y escalas se conto con un total de 50 profesionales de cada uno de los grupos del total de 133 enfermeras, dado que por jubilación de las enfermeras Obstétrico-Ginecológicas solo se obtuvo una muestra de 33. Las entrevistas en profundidad se plantearon de 10 profesionales de cada grupo a investigar, o hasta que la información este saturada.

Los profesionales que realizaran las entrevistas en profundidad fueron a su vez seleccionados de los que habían realizado los cuestionarios.

8.3.2.1 Selección de la muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo teórico, que fue intencional, dentro de las diferentes unidades clínicas. Se utilizó el método de bola de nieve poniéndonos en contacto primero con una *gatekeeper* o portera, que es aquella que nos facilita la entrada en los diversos campos a los que queremos acceder para así poder dirigirnos posteriormente a aquellas personas que quieran participar con mayor ilusión y convicción en la investigación.

Para la elección de profesionales que realizaron las entrevistas en profundidad se eligieron a aquellas profesionales que manifestaron mayor interés por el estudio.

8.3.2.2 Elección de las entrevistas en los resultados

Se realizaron tres subdivisiones a su vez con las enfermeras generalistas, con las enfermeras especialistas de salud mental y con las matronas.

Todos los grupos eran homogéneos en cuanto a:

a) Si en la entrevista habían contestado al menos a un 80% de los conceptos sobre la autonomía.

b) Si en la entrevista habían contestado entre un 50% y un 79% de los conceptos sobre la autonomía.

c) Si los conceptos habían sido contestados en menos de un 49%.

Se decidió elegir tres entrevistas de cada grupo (enfermeras especialistas en Salud Mental., Matronas o Generalistas) sobre las diversas categorizaciones por una cuestión de relevancia, realidad e interés de sus contestaciones sobre el tema.

8.3.3.3 Criterios de inclusión y de exclusión

A. Criterios de inclusión

- Ejercer como enfermera Generalista para el grupo control o poseer la titulación de especialista de Matrona y enfermera especialista de Salud Mental, dentro del ámbito de atención especializada.
- Estar ejerciendo al menos un año en las diferentes unidades objeto de estudio.
- La aceptación por parte del profesional de entrar a formar parte en el estudio.
- Poseer la titulación de especialista en los casos que se requiera.

B. Criterios de exclusión

- Se han excluido profesionales del ámbito de atención primaria por considerar que existen diferencias cualitativas relevantes en la actividad laboral enfermera entre ambos niveles asistenciales.
- Estar ejerciendo menos un año en las diferentes unidades.
- La desaprobación por parte del profesional de entrar a formar parte en el estudio.
- No poseer la titulación de especialista en los casos que se requería.

8.4 MATERIALES, FUENTES DE INFORMACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS

Cuestionario de variables sociodemográficas de elaboración propia, donde se hizo uso de variables sociodemográficas (hombre, mujer, edad, nivel socioeconómico, estado civil, nacimiento, escuela de la que proceden, nivel de estudios, posiciones o status que ocupan, ATS homologadas o Diplomadas, opinión personal sobre su ejercicio profesional, diferencias entre funciones a ejercer según su especialidad, actividades que se realizan etc.). (Ver Anexo I, pag. 314)

Escala validada del entorno de la práctica enfermera del Nursing Work Index. Este cuestionario –escala se desarrolló en 1980 denominándose Nursing Work Index (NWI), su objeto era comparar la satisfacción laboral de las enfermeras y la calidad del cuidado entre distintos tipos de hospitales. (207)

Posteriormente Pedro Gómez J. et al. en 2009, adaptó y validó este cuestionario para España y en él se analizan cinco apartados, evaluados mediante una escala Likert: a) La participación enfermera en el centro de trabajo, b) El fundamento enfermero de la calidad de los cuidados, c) La capacidad, el liderazgo y el apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros, d) La adecuación de los recursos humanos enfermeros y por último e) Las relaciones que se establecen entre los médicos y las enfermeras en el entorno laboral. (Ver Anexo II pag. 316).

La escala Likert tiene una valoración de 1 a 4 en la que 1 implica que se está totalmente en desacuerdo con la frase que se le propone, el 2 ligeramente en desacuerdo, el 3 ligeramente de acuerdo y el 4 significa que se está absolutamente de acuerdo con el enunciado. Se añadió un 5º apartado, el 0 que implicaba un ns/nc con respecto a los ítems formulados.

Para el análisis cualitativo se realizaron las siguientes categorías de acuerdo al número de items:

A. La participación enfermera en el centro de trabajo: 9 ítems.
B. Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados 10 ítems.
C. Capacidad, liderazgo y el apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros: 5 items.
D. Adecuación de los recursos humanos enfermeros: 4 ítems
E. Relaciones que se establecen entre los médicos y las enfermeras en el entorno laboral: 3 ítems.(208)

En la siguiente tabla de Orts Cortés MI (2011) observamos el alfa de Cronbach que identifica que este cuestionario es válido, y fiable para la realización de las diferentes investigaciones. (209)

Instrumento de medida del entorno laboral de enfermería					
Escala	**Autor**	**Año**	**Número de factores**	**Número de ítems**	**Alfa Cronbach**
NWI*	Kramer	1989	4	65	0,84-0,95
NWI-Revised	Aiken	2000	4	57	0,84-0,91
PES-NWI**	Lake	2002	4	31	0,71-0,84
* *NWI: Nursing Work Index* ** *PES-NWIPractice Enviroment Scale Nursing Work Index*					

Tabla 11: Instrumento de medida del entorno laboral de Enfermería. Fuente: Orts Cortés. MI[8]. Elaboración propia.

Como se ha mencionado, *la entrevista* fue en profundidad, (Anexo III, pag. 329) mediante ésta técnica entendíamos que obtendríamos la información mediante una conversación de tipo profesional con la muestra elegida, contribuyendo así a la

[8] Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo.

clarificación de la hipótesis planteada. Para asegurar la validez y la confianza del estudio en la entrevista en profundidad, se siguieron los criterios de la validez y la confianza del estudio y se aumentaron siguiendo los cuatro criterios de Guba y Lincoln (210) para alcanzar rigor en las investigaciones de tipo cualitativo: Valor y verdad, aplicabilidad, consistencia y neutralidad.. El número de entrevistas finalizará cuando la información este saturada, eligiéndose en principio 10 profesionales de cada grupo a investigar (Enfermeras Generalistas, Matronas y Enfermeras de Salud Mental).

Se utilizó en primer lugar un cuestionario de variables sociodemográficos de elaboración propia, en segundo lugar, el cuestionario-escala del entorno de la práctica enfermera del Nursing Work Index, y por último las entrevistas.

Las entrevistas fueron en profundidad, ya que de esta forma la recogida de los datos y la orientación e influencia de la investigadora sobre el contenido de la información es escasa. Así pues, teniendo en cuenta que se pretendía más una investigación exploratoria, se valoró como la más ajustada para extraer la información que se pretendía. Se eligió este tipo de entrevista por su flexibilidad para aceptar cambios de enunciados imprevistos y por su sensibilidad para abarcar temas de interés particular. La entrevista se realizó tras haber contestado los participantes a los dos cuestionarios.

La investigadora solo llevaba unos temas a tratar, intentando que los entrevistados poco a poco fueran verbalizando aquello que era del interés de la investigación. *"En ciencias sociales hasta que no se dice que una cosa es un dato no lo es: Los datos se construyen."* (211)

Las entrevistas se realizaron de forma individual, y primaria, por la investigadora a todos los enfermeros y enfermeras. Se efectuó mediante registro de grabación, para poder evaluar posteriormente "*que dijeron y como lo dijeron".*

Mediante este tipo de recogida de datos se pudo realizar el estudio de las representaciones sociales personalizadas como sistemas de normas y valores asumidos, prejuicios, códigos, y conductas sociales, situaciones generadoras de ansiedad o temor, relaciones con los pacientes y su estabilidad en el tiempo hasta el alta, barreras que se

establecen entre pacientes y enfermeras, percepción de las enfermeras en cuanto a sus actividades profesionales autónomas, emociones en su ejercicio profesional, etc.

Se presentó el compromiso de confidencialidad sobre los datos de las personas que participaron. (Anexo IV, pag. 333). Se explicó a las enfermeras el propósito de este estudio y su carácter voluntario, solicitándoles el consentimiento oral y escrito, tanto para la realización de la entrevista como para la realización del cuestionario. (Ver Anexo V pag. 335 y Anexo VI pag. 337).

El número de entrevistas realizadas fueron 31 en total entre las enfermeras generalistas y especialistas para conseguir saber las diferentes perspectivas de ambos grupos sobre la autonomía enfermera, acabando dichas entrevistas cuando la información estaba saturada considerándose entonces que el tamaño muestral era suficiente. Dichas entrevistas se prolongaron entre 60 y 90 minutos.

En la investigación, la retroalimentación permaneció constante y como método de validación se utilizó el de la negociación de significados.

Se realizaron transcripciones literales de todas las entrevistas. En la entrevista en profundidad y como conceptos clave se utilizaron la complementariedad y la triangulación mediante métodos cruzados.

8.4.1 Realización de la entrevista

El primer contacto con los profesionales se realizó tras haber sido presentada la investigadora por la *gatekeeper o portera*, la presentación fue realizada en los diversos turnos de mañana, tarde y noche en los recintos hospitalarios. Tras la presentación y explicación del porqué de la investigación y su importancia se fijaron los días y las horas para la primera entrevista.

Las entrevistas se realizaron en un lugar cómodo prioritariamente para la entrevistada, la hora fue elegida por las entrevistadas.

Se tuvo en cuenta que tuvieran libertad de expresión y en su mayoría se realizaron en despachos fuera de las áreas comunes y en el turno de noche en cuanto a las enfermeras generalistas. Ello facilitó que no existieran otras personas que dificultaran los discursos.

En cuanto a los grupos de especialistas las matronas se realizaron en un despacho en turno de mañana y de tarde dado que su turno es de 12 horas durante 3 o 4 días a la semana. Al igual que en el caso anterior tras conocer quienes querían realizar la entrevista y dar su consentimiento se acordaba un día y una hora concreta. Por último y con respecto al grupo de especialistas de Salud Mental, se realizaron en festivos ya que era el día que mejor les convenía y en cuanto a la hora se pactaba con ellas y ellos, también se realizaron en un despacho donde solo se encontraban la enfermera especialista y la investigadora.

El ambiente en todos los casos fue relajado y tranquilo, dejando la puerta abierta a una ampliación de la entrevista, se realizó en castellano y observamos el lenguaje no verbal, como son: el tono de voz, la expresión de sentimientos, la fluidez lingüística, la capacidad de comunicación, los cambios de tono, si existía nerviosismo al referirse a algunas actividades u opiniones, etc.

Se llevó un registro meticuloso en el cuaderno de campo de todas las características que se observaban durante la entrevista para después hacerlo cuadrar con lo grabado.

El guion que se utilizó para las entrevistas fue el mismo del Anexo III, salvo ligeras variaciones que tenían que ver con la existencia o no de la especialidad, o bien, con el turno.

A pesar que era una entrevista abierta, existían una serie de puntos que orientaban el tema de interés de la investigación (Tabla 12 y ver Anexo III).

Guion de las preguntas
Identidad personal e identidad [enfermera] profesional
¿Qué características personales valora más en las enfermeras consideradas como colectivo?
¿Qué actividades realiza habitualmente?
¿Qué opina que es una enfermera?
¿Considera suficientes profesionales para la actividad que realizas?
¿Pone en contacto al paciente con otros profesionales enfermeros que puedan posteriormente seguir su caso?
¿Qué mecanismos dentro de los diferentes planes de trabajo lleva a cabo para fomentar la autonomía del paciente?
¿Entiende usted que en su trabajo tiene libertad para poner en práctica todos sus conocimientos enfermeros?
¿Opina usted que en su trabajo tiene libertad para realizar todas las actividades que conoce?
¿Opina usted que la estructura organizativa le permite una práctica profesional autónoma?
¿Considera que su supervisor/a le apoya en sus decisiones profesionales?
¿Conoce a las enfermeras que la representan en el Comité de Calidad en el Hospital?
¿Está usted informada de los objetivos enfermeros de su unidad?
¿Ante una opinión fundamentada que tiene que ver con una mejora de la práctica clínica, opina que se valora (elección de material, reorganización de la unidad, etc?
¿Qué tipo de relaciones se establecen entre los miembros del equipo?

Tabla 12. Guión general preguntas de la entrevista. Fuente: Elaboración propia.

Se realizó una ficha por cada profesional donde se detallaban las características, posteriormente en esta ficha se escribió una sigla para poder mantener su anonimato. A las enfermeras Generalistas se les simbolizó como EGn, a las Enfermeras especialistas Obstétrico-Ginecológicas (Matronas) se les representó con Mn, y por último a las Enfermeras especialistas en Salud Mental con SMn, donde la n era un número que significaba cuando había sido entrevistada.

8.5 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó mediante la explotación de estos con el *Statistical Package for the Social Sciences 22* (SPSS 22) en lo referente a los cuestionarios de variables sociodemográficos de elaboración propia, y el cuestionario-escala del entorno de la práctica enfermera del Nursing Work Index.

En cuanto a las entrevistas el análisis se ha realizado a partir de las transcripciones de estas, las anotaciones del diario de campo y el cotejo de los diferentes artículos extraídos de las diversas bases de datos. Esta información registrada mediante grabación, tal como hemos especificado, posteriormente se transcribió, se realizaron categorizaciones y se codificó el contenido al igual que el de las fichas de las entrevistas.

Se realizaron cinco copias por cada entrevista con el ánimo de categorizar en cada una de las copias la respuesta que nos llevara a conseguir la respuesta a la pregunta de investigación se realizó un análisis de la temática y del contenido. No se utilizó ninguna aplicación para la explotación de los datos, porque la investigadora entiende que de esta forma hasta los detalles e intencionalidades más sutiles surgen en las entrevistas.

8.6 CRITERIOS DE RIGOR Y CALIDAD CIENTÍFICA

Se han seguido y cumplido en la investigación los criterios propuestos por Guba y Lincoln[9] para la investigación cualitativa, estos son: la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad.

[9] Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation:improving the usefulness of evaluation resultsthrough responsive and naturalistic approaches.San Francisco: Jossey-Bass;1981.

8.6.1 La Credibilidad

Esta se consigue cuando la investigadora a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes recoge información que las personas que colaboran en el estudio reconocen como fidedignas, pues entienden que ellos piensan y sienten así. Se entiende pues a que los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado.

> *"Es muy importante tener en mente que los informantes son los que conocen su mundo, el cual puede ser completamente diferente al mundo del investigador."* (212)

Por lo tanto, podríamos apuntar que la obligación del investigador en la investigación cualitativa es ponerse empáticamente en el lugar del entrevistado y de alguna forma "*vivir su mundo"*. Para asegurar este criterio los investigadores deben volver a entrevistarse con las personas que forman parte del estudio para confirmar y razonar los datos obtenidos, triangular con otros investigadores, usar las transcripciones textuales, mantener las notas de campo, etc.

8.6.2 La Auditabilidad o Confirmabilidad

Este criterio se refiere a la posibilidad de que otro investigador pueda replicar el estudio que el investigador original ha hecho, pudiendo llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando la óptica de investigación sea la misma. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio.

8.6.3 La Transferibilidad

Este criterio, según Guba y Lincoln (210) se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, o lo que es lo mismo analizar cómo se ajustan a otro contexto los pasos realizados. *Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.* (210)

Sin embargo Morse et al. (213) opinan que las estrategias de verificación deben formar parte de toda la investigación desde el inicio.

Estos criterios se han cumplido durante toda la investigación.

8.6.4 Autenticidad

Durante toda la investigación no ha existido ninguna relación de poder por parte de la investigadora y se ha garantizado que los informantes expresaran sus opiniones sin ninguna reserva. Tampoco se les ha intentado influir de modo alguno.

8.6.5 Relevancia

Se evaluó teniendo en cuenta si se habían concretado o no los objetivos específicos propuestos.

8.6.6 Reflexividad

Se realizó un análisis crítico sobre si había habido influencia de la investigadora en las personas entrevistadas, esto ayudó a ser autocrítica a la propia investigadora

mejorar las entrevistas, comprender mejor el fenómeno, logrando la neutralidad para construir así los resultados de forma correcta.

8.7 ASPECTOS ÉTICOS

8.7.1 Consentimiento informado

A los participantes se les informó de forma verbal y escrita de los objetivos y procedimientos de la investigación. La selección de participantes se realizó de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión planteados en la investigación y los elegidos firmaron un consentimiento informado.

Según la ley de protección de datos de 1999 [10]y 2019 se ha mantenido (214,215) en todo momento el anonimato y la confidencialidad de los datos. (Ver Anexo IV, V y VI, en las páginas 333 a 337)

8.7.2 Permiso de las Instituciónes

Se solicitó y obtuvo el permiso de las Instituciones pertinentes del Comité de Ética, Comisión Técnica de Calidad, a la Directora de Enfermería, y a las Supervisora de la Unidad, siendo informados del motivo del estudio, mediante reunión previa al comienzo de las entrevistas.

Todas las Instituciones, tanto el Hospital Universitario La Paz, como el Hospital Doctor Rodríguez Lafora facilitaron la realización de la investigación y los espacios adecuados para la realización de las entrevistas.

[10] **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.**

8.7.3 Respeto a los participantes

A los participantes se les trató con el mayor respeto, tuvieron la posibilidad de no utilizar su nombre real. Posteriormente para seguir estando en el anonimato se les adjudicó un código alfanumérico ya que había que distinguir también al subgrupo enfermero al que pertenecían tal como hemos especificado en el apartado 7.6.

Los datos se conservaron en formato electrónico bajo contraseña, y los cuestionarios en formato papel en un lugar al que sólo accede la investigadora.

CAPITULO IX: RESULTADOS

El objetivo general de la investigación es conocer y analizar *"la percepción sobre la autonomía profesional que las enfermeras generalistas y especialistas tienen en dos hospitales de la red pública de la comunidad autónoma de Madrid"*o lo que sería tambien*: "Análizar la percepción de autonomía entre diferentes grupos de profesionales de enfermería".*

En base a este objetivo general este capítulo se ha diversificado en cinco categorizaciones iniciales, para que en caso de que aparezcan otras más añadirlas al aval y perfil del objetivo general.

Así pues, inicialmente la estructura seguirá los siguientes apartados correspondientes a los objetivos específicos de la investigación:

a) Analizar la aplicación de medidas terapéuticas autónomas de las enfermeras.

b) Examinar la satisfacción laboral y su relación con la autonomía profesional.

c) Identificar las variables causales relacionadas con la toma de decisiones.

d) Identificar la percepción entre los diferentes grupos de enfermeras sobre la garantía de calidad en el trabajo.

e) Analizar la percepción por parte de las enfermeras de las relaciones existentes en el medio hospitalario.

En este apartado se exponen los datos obtenidos con los cuestionarios, las entrevistas, y documentación encontrada en las diferentes bases de datos y en organismos oficiales de las diferentes comunidades autónomas.

Las entrevistas y cumplimentación de los cuestionarios se realizaron ante la investigadora y en un ambiente relajado. Las enfermeras entrevistadas compartieron los detalles del ejercicio profesional, los sentimientos y emociones que les acarreaba el día a día, y sus recuerdos. Hay que especificar que todas las personas que participaron reflejaron que habían acertado estudiando esta profesión pues con sus altibajos eran felices ejerciéndola.

Para una mayor comprensión de los resultados, especificamos a continuación la organización de éstos:

Se realizó una base de datos con la información de las variables y los valores de estas, a estos valores se les adjudicaron unas etiquetas para facilitar la explotación de los datos.

El cuestionario de las variables sociodemográficas es de elaboración propia y ha sido validado previamente a su uso.

El resto de variables provienen de Escala del entorno de la práctica enfermera del Nursing Work Index (Pedro Gómez J. et al. 2009) (208). Cuestionario validado y adaptado para España, donde se analizan cinco apartados: a) La participación enfermera en el centro de trabajo, b) el fundamento enfermero de la calidad de los cuidados, c) la capacidad, el liderazgo y el apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros, d) la adecuación de los recursos humanos enfermeros y por último e) las relaciones que se establecen entre los médicos y las enfermeras en el entorno laboral. En dicho cuestionario se solicita que se indique evalúen mediante una escala Likert rodeando con un círculo, el grado en que se está de acuerdo en los diferentes ítems que se plantean y si están presentes en el entorno de trabajo, teniendo en cuenta en que el 1 implica que se está totalmente en desacuerdo con la frase que se le propone, el 2 ligeramente en desacuerdo, el 3 ligeramente de acuerdo y el 4 significa que se está absolutamente de

acuerdo con el enunciado. Se añadió un 5º apartado, el 0 que implicaba un ns/nc con respecto a los ítems formulados.

9.1 VARIABLES

Encontramos las cuantitativas y las cualitativas. Las cuantitativas nos permiten conocer las diferencias entre aquello que se esté midiendo, se miden con fracciones que serían las variables continuas (peso, talla, edad, etc.) o con números enteros como son las variables discontinuas (número de hijos, frecuencia cardíaca, etc.).

9.1.1 Resultado de las variables sociodemográficas

En cuanto a las variables cualitativas sociodemográficas, que implican las características de la muestra se describen en la tabla 13:

Resultados del análisis descriptivo de la muestra							
Descripción de las variables cualitativas por grupos		**Generalista**		**S. mental**		**Matrona**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Nacionalidad.	Española	49	96,1%	48	98,0%	33	100,0%
	Otra nacionalidad	2	3,9%	1	2,0%	0	0,0%
Sexo	Masculino	7	13,7%	8	16,3%	1	3,0%
	Femenino	44	86,3%	41	83,7%	32	97,0%
Idiomas	Ninguno	21	41,2%	24	49,0%	24	72,7%
	Inglés	16	31,4%	17	34,7%	3	9,1%
	Francés	3	5,9%	1	2,0%	2	6,1%
	Inglés y Francés	9	17,6%	5	10,2%	4	12,1%
	Otros	0	0,0%	2	4,1%	0	0,0%

Resultados del análisis descriptivo de la muestra							
Descripción de las variables cualitativas por grupos		**Generalista**		**S. mental**		**Matrona**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Estudios	Ayudante Técnico Sanitario	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Diplomada en enfermería/Grado	44	86,3%	44	89,8%	22	66,7%
	ATS convalidado	5	9,8%	4	8,2%	11	33,3%
	Homologación de título	2	3,9%	1	2,0%	0	0,0%
¿Tienes especialidad?	Sí	2	3,9%	26	53,1%	33	100,0%
	No	49	96,1%	23	46,9%	0	0,0%
Situación Laboral	Fija	31	60,8%	18	36,7%	28	84,8%
	Interina	4	7,8%	21	42,9%	1	3,0%
	Eventual	16	31,4%	10	20,4%	4	12,1%
Permiso de trabajo	Sí	2	3,9%	1	2,0%	0	0,0%
	No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	No Procede	49	96,1%	48	98,0%	33	100,0%
Ingresos familiares	Únicos	18	35,3%	15	30,6%	10	30,3%
	Aporta cónyuge/compañero	26	51,0%	31	63,3%	22	66,7%
	Aporta otro miembro familiar	7	13,7%	1	2,0%	1	3,0%
	ns/nc	0	0,0%	2	4,1%	0	0,0%
Recursos Económicos	Escasos	4	7,8%	9	18,4%	5	15,2%
	Suficientes	45	88,2%	40	81,6%	28	84,8%
	Abundantes	2	3,9%	0	0,0%	0	0,0%

Resultados del análisis descriptivo de la muestra							
Descripción de las variables cualitativas por grupos		**Generalista**		**S. mental**		**Matrona**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Tipo de Vivienda	Alquiler	12	23,5%	6	12,2%	3	9,1%
	Propia	36	70,6%	42	85,7%	30	90,9%
	Parental	3	5,9%	1	2,0%	0	0,0%
Valores o creencias religiosas	Católico	14	27,5%	0	0,0%	9	27,3%
	Agnóstico	2	3,9%	2	4,1%	2	6,1%
	Ateo	6	11,8%	6	12,2%	1	3,0%
	Otras	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Cristiana	2	3,9%	1	2,0%	4	12,1%
	NS/NC	27	52,9%	40	81,6%	17	51,5%
Estado civil	Soltera/o	22	43,1%	10	20,4%	9	27,3%
	Casada/o	24	47,1%	27	55,1%	17	51,5%
	Viuda/o	0	0,0%	3	6,1%	1	3,0%
	Separada/o	0	0,0%	2	4,1%	1	3,0%
	Divorciada/o	1	2,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Conviviente	4	7,8%	7	14,3%	5	15,2%

Tabla 13: Descripción de las variables cualitativas por grupos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Los datos representan el tamaño muestral (n) y la frecuencia relativa (%).

En cuanto a las variables cuantitativas encontramos las descritas en la tabla 14. Se ha elegido representar exclusivamente la desviación estándar pues la idea es describir a la muestra. Esta desviación estándar verifica lo siguiente:

Descripción de las variables cuantitativas por grupos	Generalista	S. mental	Matrona
Edad (años)	39.67±11,06	9,57	10,46
Tiempo de trabajo (años)	17.02±11,43	9,17	11,20
Número de Hijos	0.69±0,91	1,14	1,13

Tabla 14. Descripción de las variables cuantitativas por grupos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Los datos representan la media ± la desviación estándar.

Por otra parte, el cuestionario Escala del entorno de la práctica enfermera del Nursing Work Index que contempla 5 subescalas; la fiabilidad interna para cada una de ellas fue:

- Participación de la enfermera en los asuntos del centro (PEAC) = 0.850
- Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados (FECC) = 0.804
- Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros (CLA_GE) = 0.912
- Dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos (DPA) = 0.874
- Relaciones entre médicos y enfermeras (REME) = 0.901

Respecto al análisis bivariado, la asociación entre la puntuación de las subescalas se muestra en la tabla 15. Se observa que existe una correlación positiva entre todas las subescalas excepto entre las que evalúan las Dimensiones de la Plantilla y Adecuación de RRHH y las relaciones entre médicos y enfermeras con los Fundamentos Enfermeros de la Calidad de los Cuidados.

Correlaciones entre las subescalas	PEAC	FECC	CLA_GE	DPA	REME
Participación de las Enfermeras en los Asuntos del Centro (PEAC)	1				
Fundamentos Enfermeros de la Calidad de los Cuidados (FECC)	0,369*	1			
Calidad, liderazgo y apoyos a las enfermeras por los gestores (CLA_GE)	0,309*	0,293*	1		
Dimensiones de la Plantilla y Adecuación de RRHH (DPA)	0,361*	0,104	0,361*	1	
Relaciones entre médicos y enfermeras (REME)	0,337*	0,125	0,450*	0,537*	1

Tabla 15: Correlaciones entre las diferentes subescalas de la Escala Nursing Work Index.
*Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Prueba p de Pearson. *p<0.05.*

Se evaluó si había diferencias en las puntuaciones de las subescalas en función de los diferentes grupos de enfermeras (generalistas, salud mental y matronas). Los resultados se muestran en términos generales en la tabla 16, y posteriormente se expresan concretamente en los gráficos 1, 2, 3 y 4. Podemos observar cómo, a excepción de la subescala PEAC, el grupo de pertenencia de enfermería influye en la puntuación de las subescalas FECC, CLA_GE, DPA y REME. y presentan significación estadística.

Diferencias en las puntuaciones de las subescalas	p-valor
Participación de la enfermera en los asuntos del centro (PEAC)	0.095
Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados (FECC)	0.002*
Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros (CLA_GE)	0.008*
Dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos (DPA)	0.003*
Relaciones entre médicos y enfermeras (REME)	0.001*

Tabla 16: Diferencia entre las puntuaciones de las subescalas de la Escala Nursing Work Index
*Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Prueba ANOVA de un factor. *p<0.05*

Las puntuaciones en la subescala de participación de la enfermera en los asuntos del centro no mostraron diferencias entre los grupos (Generalistas=1.98±0.08; S. Mental=2.05±0.08; Matronas=1.77±0.11).

Para la subescala de fundamentos enfermeros de la calidad de los cuidados (FECC), las puntuaciones de las enfermeras generalistas fueron estadísticamente mayores que las puntuaciones de dicha subescala en las enfermeras de salud mental.

La puntuación de esta subescala en las enfermeras matronas no mostró diferencias con respecto a los otros dos grupos (Gráfico 1).

Para la subescala de calidad, liderazgo y apoyos a las enfermeras por los gestores (CLA_GE) encontramos que las enfermeras matronas puntuaron estadísticamente más bajo en comparación tanto de las enfermeras de salud mental como las enfermeras generalistas (Gráfico 2).

La puntuación para la subescala dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos (DPA) señaló que las enfermeras generalistas tenían una puntuación estadísticamente menor que las enfermeras de Salud Mental y las Matronas (Gráfico 3).

Por último, en cuanto a la relación existente entre los médicos y las enfermeras (REME) también observamos que las enfermeras Matronas puntuaron estadísticamente más bajo que las Generalistas y las enfermeras especialistas en Salud Mental (Gráfico 4).

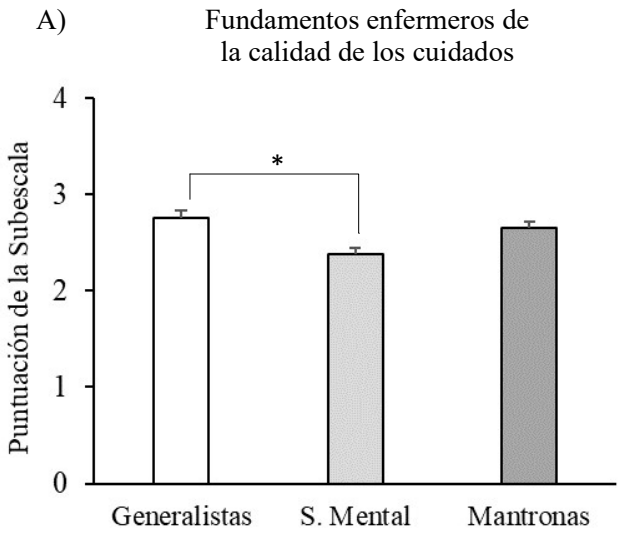


*Gráfico 1: Diferencia entre subgrupos respecto a los fundamentos enfermeros respecto a la calidad de los cuidados. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Prueba de Bonferroni. *p<0.05*

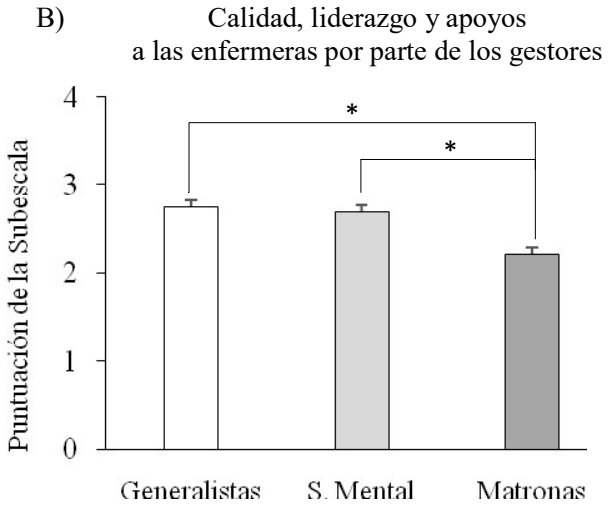


*Gráfico 2: Diferencia entre subgrupos sobre Calidad, liderazgo y apoyos a las enfermeras por parte de los gestores Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Prueba de Bonferroni. *p<0.05*

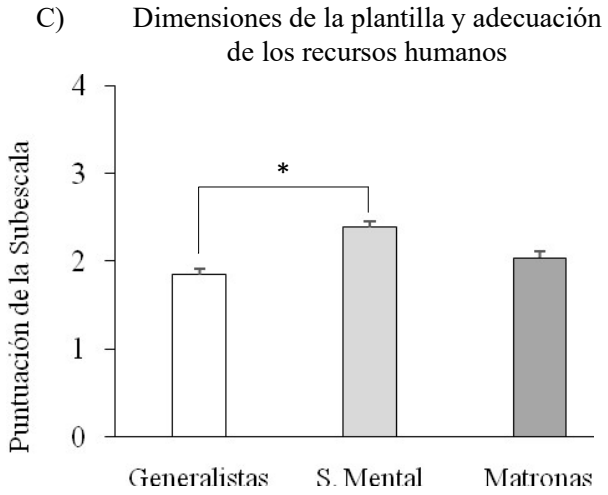


*Gráfico 3: Diferencias entre subgrupos respecto a la opinión de las dimensiones de la plantilla y adecuación de los recursos humanos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Prueba de Boferroni. *p<0.05*

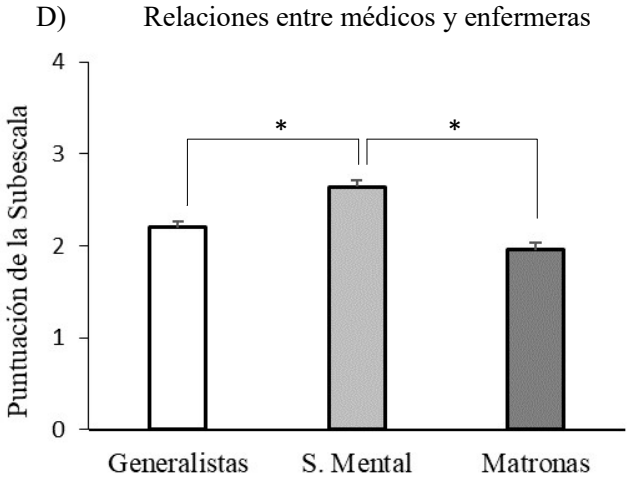


*Gráfico 4: Diferencias entre subgrupos respecto a la percepción existente sobre las relaciones entre médicos y enfermeras. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS. Prueba de Boferroni. *p<0.05*

9.1.2 Resultados de las categorizaciones encontradas

a) ***Aplicación de las medidas terapéuticas autónomas por parte de las enfermeras generalistas y especialistas.*** Para valorar la independencia en materia de autonomía para aplicar determinadas medidas terapéuticas se utilizan las preguntas relacionadas con el uso de un modelo de enfermería para aplicar cuidados y se obtienen los resultados de las tablas 17 y 18, y en las graficas 5 y 6. Vamos a plantear a su vez subcategorizaciones**.**

Subcategorización a.1 Los cuidados están basados en un modelo enfermero según los estudios

χ^2= 0,201			Los cuidados están basados en un modelo enfermero					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Estudios	**Diplomada o graduada en enfermería**	Recuento	13	27	45	24	1	110
		%	11,8%	24,5%	40,9%	21,8%	0,9%	100,0%
	Ayudante Técnico Sanitario convalidado	Recuento	3	4	7	4	2	20
		%	15,0%	20,0%	35,0%	20,0%	10,0%	100,0%
	Homologación de título extranjero	Recuento	0	0	3	0	0	3
		%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	16	31	55	28	3	133
		%	12,0%	23,3%	41,4%	21,1%	2,3%	100,0%

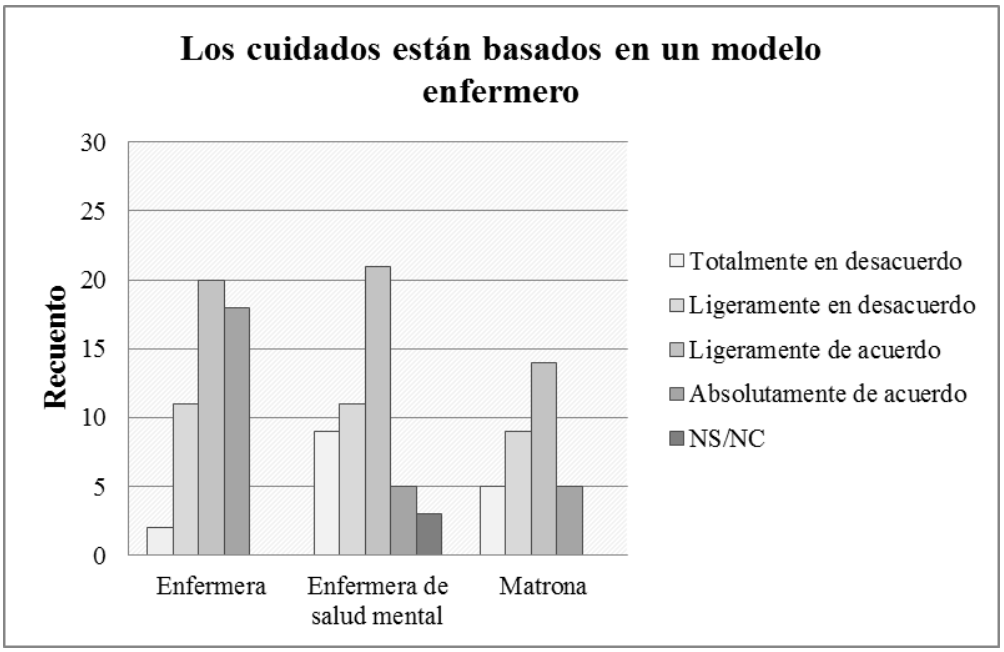
Tabla 17: Los cuidados están basados en un modelo enfermero Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Podemos aseverar tras aplicar el test de la chi -cuadrado que no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos, todas las enfermeras tanto generalistas como especialistas coinciden que los cuidados están basados en un modelo enfermero. La respuesta sobre la percepción de que los cuidados se basan en un modelo enfermero varía entre enfermeras generalistas y especialistas como puede observarse en la tabla 18.

χ^2= 0,018			Los cuidados están basados en un modelo enfermero					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Estudios	**Enfermera**	Recuento	2	11	20	18	0	51
		%	3,9%	21,6%	39,2%	35,3%	0,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	9	11	21	5	3	49
		%	18,4%	22,4%	42,9%	10,2%	6,1%	100,0%
	Matrona	Recuento	5	9	14	5	0	33
		%	15,2%	27,3%	42,4%	15,2%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	16	31	55	28	3	133
		%	12,0%	23,3%	41,4%	21,1%	2,3%	100,0%

Tabla 18: Los cuidados están basados en un modelo enfermero Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Podemos observar tanto en la tabla como en los gráficos 5, y 6 que las enfermeras especialistas utilizan en menor grado un modelo enfermero que las Generalistas. Por lo tanto encontramos diferencias significativas entre las enfermeras especialistas y generalistas. Al observar los resultados no hay que olvidar que el 1 equivale a totalmente en desacuerdo, el 2 a ligeramente en desacuerdo, el 3 a ligeramente de acuerdo y por último el 4 a totalmente de acuerdo.



Gráficos 5: Los cuidados están basados en un modelo enfermero. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

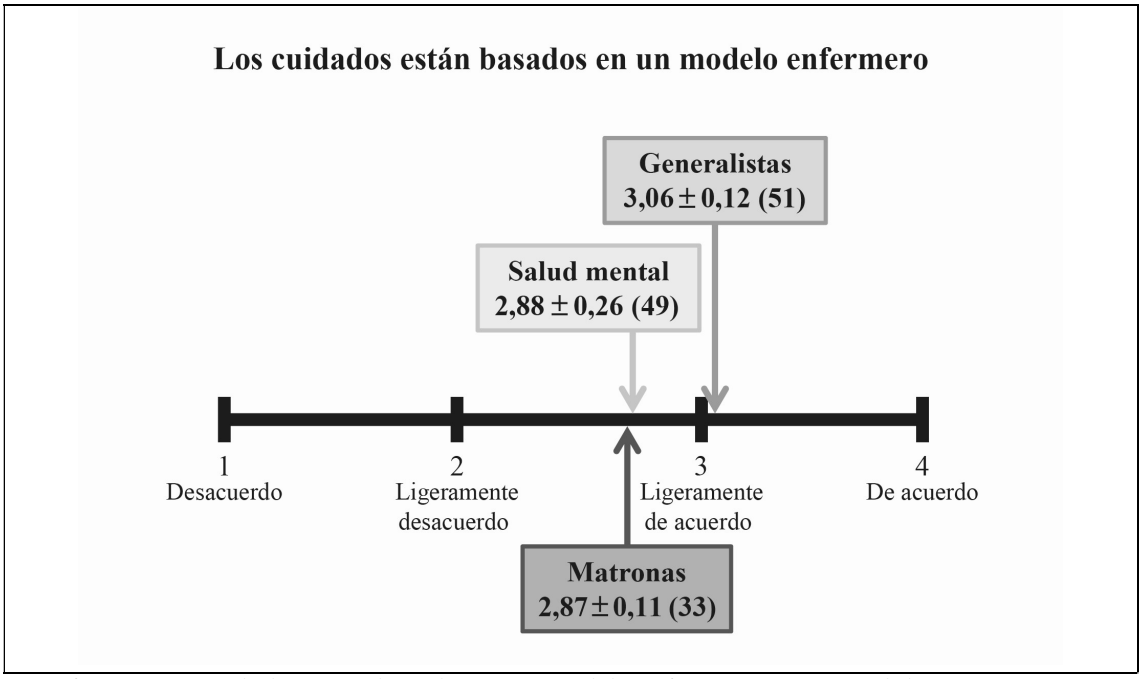


Gráfico 6: Los cuidados están basados en un modelo enfermero. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

A continuación, realizamos una comparación relacionada con la percepción de autonomía a partir de la transcripción de parte de las entrevistas realizadas con los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo de las variables relacionadas (graficos 5 y 6).

Para acortar la lectura se utilizan los acrónimos EGn (generalista), Mn (matrona) y SMn (salud mental).

Vamos a analizar las entrevistas respecto a la subcategorización a.1: Los cuidados están basados en un modelo enfermero según los estudios.

EG9

[…]¿Entonces me estás diciendo que vosotros hacéis muchos cuidados, o sea que la misión de la enfermera en realidad es cuidar al paciente?

Y para poder cuidarle tenemos que detectar las necesidades que tiene el paciente.

¿Cómo se detectan?

Pues se llaman diagnósticos de enfermería, nosotros detectamos una necesidad y eso es un diagnóstico y el diagnóstico es todo aquello que detectamos que vamos a valorar y vamos a tener en cuenta para trabajar con ese paciente.

¿No seguís ningún protocolo para detectar esas necesidades del paciente? ¿O cada enfermera pregunta las cosas según cree conveniente?

No, no, seguimos un modelo enfermero. En cada sitio pueden seguir uno, pero aquí en este hospital seguimos el de Dorotea Orem para después hacer los diagnósticos enfermeros. […]

EG4

[…] ¿No conoces el programa Gacela?

No, no sé lo que es ¿me lo podrías explicar?

Bueno pues el programa Gacela es un registro informático de todos los cuidados de enfermería, que está basado en el modelo enfermero de Dorotea Orem que es el que utilizamos aquí en el hospital, […]

EG3

[…]¿Cómo trabajáis aquí?

Pues utilizamos un modelo de cuidados, y hacemos lo que se denominan diagnósticos enfermeros. Eso los introducimos en un programa de ordenador que se llama Gacela. Con los datos que hemos obtenido del paciente al realizar una entrevista cuando llega, nos planteamos unos objetivos para él y unas actividades para llegar a estos objetivos.

Es lo que las enfermeras llamamos plan de cuidados.

¿Qué es eso de modelo?

Un modelo enfermero es una forma concreta de trabajar, es una representación que ayuda a comprender algo que no se puede ver directamente o algo de lo que sabemos poco. Obviamente un modelo no es la realidad, sino una abstracción de la

realidad. Hay muchos modelos enfermeros y aquí se utiliza el de Dorothea Orem; que es el del autocuidado. […]

Ahora vamos a valorar algunas de las entrevistas de las matronas:

M1

[…] ¿Utilizas el Plan de Atención de Enfermería o Plan de Cuidados?

Eso en tema matronil, no se lleva prácticamente, lo que es el PAE, no, porque yo creo que lo nuestro es mucho más técnico.

¿Entonces no utilizáis ningún modelo enfermeros, o filosofía, no sé…?

No, tal como te he comentado lo nuestro es más técnico.

¿Entonces, si no lleva ese proceso de atención de enfermería...?

Yo creo que al final es un proceso mental, que todos, por la base que tenemos de enfermería, al final lo vas haciendo, lo que no es algo tan… tan plasmado en un papel porque las matronas utilizamos lo que es el partograma. […]

M8

[…] ¿Tú, por ejemplo, aquí, como trabajas con las mujeres, utilizas el plan de cuidados o no en el hospital no se utiliza?

Aquí concretamente en la zona de preparto y paritorio no hay un plan de cuidados.

¿No utilizáis ningún modelo enfermero? Es que tus compañeras, las generalistas, me han dicho que aquí se utiliza un modelo enfermero…

No, aquí no utilizamos un modelo.

¿Qué hay entonces para cuidar a una mujer, que es lo que hacéis?

Cada mujer tiene una patología distinta, pues, depende de la patología que tenga y el motivo de ingreso se tiene unos cuidados u otros, en el paritorio, evidentemente con el partograma.

¿Qué es el partograma?

Es un registro de las actividades, tanto de enfermería y, pues de la medicación, de los cuidados de la mujer, también, posturales, alimentación, si se le da un poquito de agua o acuarios o algo así, si se avisa al médico…, un registro de enfermería, pero para matronas. […]

En cuanto a las enfermeras especialistas en Salud Mental:

SM7

[…] ¿Sabes lo que es el proceso de atención de enfermería?

Sí.

¿Y aplicas el proceso de atención de enfermería?

A veces lo aplico lo mejor posible, he intento hacerlo como me lo han enseñado.

¿En la evaluación, más o menos, cómo sale el proceso enfermero?

Ya está protocolizado casi todo aquí, antes eran unas herramientas en la que te especificaba en la situación en la que se encontraba el paciente. A raíz de que se incorporó el SELENE se ha protocolizado esas cosas. Ahora se limita a un SDI que es el síndrome de dependencia al ingreso, a la escala de Norton, una encuesta por las crisis y las pérdidas de conocimiento que eso también te ayuda ver el grado de cuidado que tienes que tener con ese paciente.

¿Qué es el SELENE?

Es un programa informático donde puedes poner todos los datos del paciente, está basado en la recogida de datos utilizando los Patrones Funcionales de Marjorie Gordon.

¿Y después realizas Diagnósticos enfermeros?

No. Aquí funcionamos por protocolos […]

SM8

[…] ¿Aquí por ejemplo hacéis lo que se llaman Planes de Cuidados Enfermeros (PCE) o funcionáis por otra forma?

Pues Planes de Cuidado puedo hacer con alguna cura o con algunas pautas muy breves pero no puedo hacerlo con objetivos y actividades muy dirigidas, no puedo, porque es que depende muchísimo de cómo estén ese día.

¿Protocolizáis entonces más bien las actividades?, ¿Es la forma habitual de trabajar aquí?

Sí.

Cuando una persona se va de alta, ¿Le dais algún tipo de alta de enfermería, para que la lleve a su enfermera del Centro de salud mental?

Si, le damos un registro. […]

a.2 Subcategorización o segunda unidad de análisis relativa a la autonomía profesional:

a.2.1 Existencia de un plan de cuidados escrito para cada paciente

En la tabla 19, se presentan los resultados de las respuestas de las enfermeras generalistas:

χ^2= 0,413			Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Estudios	**Diplomada o graduada en enfermería**	Recuento	16	23	51	18	2	110
		%	14,5%	20,9%	46,4%	16,4%	1,8%	100,0%
	Ayudante Técnico Sanitario convalidado	Recuento	3	7	4	6	0	20
		%	15,0%	35,0%	20,0%	30,0%	0,0%	100,0%
	Homologación de título extranjero	Recuento	0	0	2	1	0	3
		%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	19	30	57	25	2	133
		%	14,3%	22,6%	42,9%	18,8%	1,5%	100,0%

Tabla 19: Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

No existen diferencias significativas entre las profesionales que han realizado diferentes tipos de estudios con respecto a decir que existe un plan de cuidados escrito para cada paciente.

En la tabla 20, observamos las diferencias por grupos entre generalistas y especialistas.

χ^2= 0,02			Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	1	11	27	12	0	51
		%	2,0%	21,6%	52,9%	23,5%	0,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	11	13	20	4	1	49
		%	22,4%	26,5%	40,8%	8,2%	2,0%	100,0%
	Matrona	Recuento	7	6	10	9	1	33
		%	21,2%	18,2%	30,3%	27,3%	3,0%	100,0%
	Total	Recuento	19	30	57	25	2	133
		%	14,3%	22,6%	42,9%	18,8%	1,5%	100,0%

Tabla 20: Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Al igual que en el primer subapartado o subcategorización observamos que entre las diferentes categorías enfermeras no existen diferencias significativas, sin embargo, entre las diferentes enfermeras bien generalistas comparándolas con las especialistas, sí existen.

Vamos, para mayor comprensión igual que hemos hecho en la anterior subcategoría, a realizar un comparativo con los datos obtenidos en algunas entrevistas realizadas:

Vamos a analizar las entrevistas respecto a la subcategorización a.2: Existencia de un plan de cuidados escrito para cada paciente.

EG5

[…] "Pues nosotros hacemos una valoración de esa persona, en esa valoración entra tanto el aspecto físico, psicológico, social, que tiene esa persona, en fin, con el aspecto general de la persona, se hace una valoración, y en esa valoración, se reconocen unos problemas que esa persona tiene, y a partir de reconocer esos problemas, se enuncian unos diagnósticos enfermeros que hay parametrados […]

EG7

[…] ¿Con el objeto yo creo, de poner un poco en precedentes a la persona que viene detrás de ti, principalmente, tú cómo lo has encontrado?, la valoración que tu le has podido hacer, y luego para dejarlo reflejado en lo que es la historia de enfermería, es muy importante.

¿Qué es la historia de enfermería?

La historia de enfermería en una historia en la que reunimos todo lo que le pasa al paciente, muy concreta, la parte como las cosas muy objetivas, como si tiene alergias, si toma alguna medicación o no, pues a veces, también se recogen un poco los estados de ánimo que son muy importantes, problemas familiares, situaciones determinadas, que a lo mejor en un momento determinado ellos no lo comparten pero que es importante saber, el tipo de alimentación, si tiene algún problema, que no pueda comer determinadas cosas, que a lo mejor hay que ayudarle a levantarse, que sea independiente, que no sea independiente, toda esa serie de cosas.

¿Y con eso?

Con eso conseguimos, yo creo, tener un cuidado más completo de la persona, un cuidado más integral del paciente.

¿Un cuidado?

Sí, yo creo que es fundamental, y con el cuidado lo que al final vas consiguiendo es tener un plan más o menos individualizado para cuidar, […]

EG10

[…] ¿Vosotros os hacéis algún plan de trabajo?

Tenemos un plan de cuidado, que bueno, que marcamos unos objetivos, y unas actividades.

¿Qué es un objetivo y que son unas actividades?

Pues los objetivos son unas cosas que tú quieres conseguir para ese enfermo, sobre la enfermedad que tiene, te marcas unos objetivos que él tiene que llegar a conseguir, y tu ayudándole, vamos.

¿Qué son las actividades?

Pues las actividades son las que tú realizas para conseguir que el enfermo llegue a esos objetivos que les hemos marcado. Por ejemplo, enfermos, con fatiga y tal que no pueden andar, pues les ayudamos a que pasen de planta, o enfermos que no pueden andar porque han estado mucho tiempo encamados, pues les proporcionamos un andador, les ayudamos a que anden por la planta, pues eso, que vayan siendo un poco autónomos. […]

A continuación, vamos a analizar las entrevistas de las enfermeras especialistas. Primero analizaremos la opinión de las Matronas para proseguir con las enfermeras especialistas en Salud Mental.

M1

¿Utilizas el PAE?

Eso es tema matronil, no se lleva prácticamente, lo que es el PAE, no, porque yo creo que es mucho más técnico.

M4

[…]¿Cuando estás atendiendo a la mujer y a la familia utilizas el PAE?

No. Nosotros si estamos en el paritorio tenemos una aplicación obstétrica en el ordenador.

¿Y cómo se llama eso?

La aplicación obstétrica que ha hecho un informático de aquí, de la Paz. y entonces, es ahí donde vamos anotando. Se va anotando todo, la hora de rotura de bolsa, cuando se explora, constantes, cuando se pone epidural, cualquier cosa; todo lo relacionado que ese proceso de dilatación y parte va registrado ahí. Ni PAE, ni NIC.

El NIC ¿que son, las actividades enfermeras para PAE? ¿Es que vosotras no hacéis actividades?

Sí, pero la forma de registrarlo o sea no funcionamos con códigos….

No, no, no, … Pero las actividades, independientemente que el NIC sea por códigos, las actividades esas, pregunto, ¿estarán en el NIC reflejadas?, sabes lo que quiero decir, por ejemplo: si yo en el NIC tengo que, de alguna forma cuidar la sonda vesical y como la tengo que cuidar y lo tengo en el NIC, vosotras si, ¿cuidáis una sonda vesical lo hacéis como en el NIC, aunque no te ponga delante un código?, eso es lo que estoy diciendo.

Aplicamos el cuidado que haya que hacer, por ejemplo: cuando colaboras en la colocación de un catéter epidural o el tipo de sondaje intermitente, que a veces hacemos o lo que sea, se va registrando de esa forma, pero sin ningún tipo de etiqueta, nada de estos específicos del lenguaje estandarizado, no. […]

M5

[…] ¿Aquí como trabajáis, trabajas por protocolos, utilizas diagnósticos enfermeros, haces el proceso de atención enfermera o algo similar o qué?

Las actividades que hacemos son protocolos, pero realmente, aunque no lo expresamos con el lenguaje enfermero por el programa informático donde registramos todo se actúa en base a los diagnósticos enfermeros y el lenguaje enfermero, no lo reflejas así realmente el lenguaje es para expresarlo, pero las actuaciones la hacemos basados en el PAE de toda la vida. Pero cierto es que..., no sé, creo que no se expresa como tal el lenguaje así en los registros que hacemos pero que en la actuación si es en base a ello.

Porque tú analizas, pues, las necesidades que tienes, en base a ello estableces unos diagnósticos enfermeros y en base a esos diagnósticos las intervenciones y unos objetivos que tú pretendes con esas intervenciones, pero no lo reflejas así a la hora de escribirlo porque tampoco tienes opción por donde lo puedes escribir. […]

M8

[…] ¿Tú, por ejemplo, aquí, como trabajas con las mujeres, utilizas el plan de cuidados o no en el hospital no se utiliza?

Aquí concretamente en la zona de preparto y paritorio no hay un plan de cuidados.

¿Qué hay entonces para cuidar a una mujer, que es lo que hacéis?

Cada mujer tiene una patología distinta, pues, depende de la patología que tenga y el motivo de ingreso se tiene unos cuidados u otros, en el paritorio, evidentemente con el par programa. El partograma.

¿Qué es el partograma?

Es un registro de las actividades, tanto de enfermería y, pues de la medicación, de los cuidados de la mujer, también, posturales, alimentación, si se le da un poquito de agua o acuarios o algo así, si se avisa al médico…, un registro de enfermería, pero para matronas.

¿Y aquí, esto es preparto, y en el preparto que registráis?

Es una hoja de enfermería, es un registro de una evolución enfermera.

¿Y ponéis actividades también?

Actividad de enfermería, evolución de las mujeres, constantes vitales, educación….

Yo lo que quiero decir es: y estas actividades que haces tú aquí, o que se hacen allí, en el otro sitio que me has dicho, el partograma y todo eso; esas actividades tienen algún tipo de relación con las actividades del nic, aunque no tengan ningún tipo de número en la parte de delante, quiero decir por ejemplo: si

necesita agua, me estás diciendo que le dais acuarios y tal, pero, es que eso también está dentro del déficit de líquidos

Si, si claro.

¿Hay algún tipo de relación, aunque no esté especificado tal cual?

Sí, lo que pasa es que no está especificado tal cual, pero, si, claro que tiene relación con algún déficit, cuidado que necesita, una alteración o lo que sea, se presta una serie de actividades y cuidados para la señora. […]

SM2

[…] ¿El proceso de atención de enfermería, tú lo conoces?

Aunque yo hace muchos años ya que estudié, sí que tenemos alumnos que vienen durante todos los cursos y sí que hacen el proceso de enfermería. Nosotros teneos un evolutivo, un evolutivo y luego tenemos protocolos. Protocolos de violencia si habido en la unidad, de abandono, de fuga, de contención, de agitación.

¿Cuándo tenéis un objetivo concreto con un paciente cómo lo reflejáis entonces, si no sabéis la cota?

¿Es qué objetivo puedes tener con un paciente de aquí?, cuando está mejor se le van dando privilegios, se le van dando las ropas, se le van dando permisos, tampoco tienes unos objetivos… no sé. Yo creo que es diferente a lo que es un hospital general ¿no?, no planeamos, es que depende de cómo esté psíquicamente, porque hacerlo… porque está organizada o no está desorganizada porque esté incapacitada, sino está desorganizada por la enfermedad que tiene en ese momento, entonces yo creo que objetivos tampoco te planteas, sino que cuando empieza a estar mejor de la cabeza, empieza a estar mejor.

SM7

[…] ¿Sabes lo que es el proceso de atención de enfermería?

Sí.

¿Y aplicas el proceso de atención de enfermería?

A veces lo aplico lo mejor posible, he intento hacerlo como me lo han enseñado.

¿En la evaluación, más o menos, cómo sale el proceso enfermero?

Ya está protocolizado casi todo aquí, antes eran unas herramientas en la que te especificaba en la situación en la que se encontraba el paciente. A raíz de que se incorporó el SELENE que es un programa informático y ya se ha protocolizado esas cosas.

Ahora se limita a un SDI que es el síndrome de dependencia al ingreso, a la escala de Norton, una encuesta por las crisis y las pérdidas de conocimiento que eso también te ayuda ver el grado de cuidado que tienes que tener con ese paciente.

¿Y después realizas Diagnósticos enfermeros?

No. Aquí funcionamos por protocolos

¿Qué resultados obtenéis, un 50% un 60%...? o no sabes si se consiguen todos los resultados.

Si se conocen, porque tú ves el cambio que se ha producido, por ejemplo, en la unidad de alcohología no tiene otra opción, está protegido las 24 horas del día.

¿Aplicas medidas enfermeras que complementan los tratamientos médicos?

Los que te da la experiencia y el conocimiento, por ejemplo, evaluar si el paciente precisa una medicación opcional. […]

SM8

[…] ¿Aquí por ejemplo hacéis lo que se llaman Planes de Cuidados Enfermeros (PCE) o funcionáis por otra forma?

Pues Planes de Cuidado puedo hacer con alguna cura o con algunas pautas muy breves, pero no puedo hacerlo con objetivos y actividades muy dirigidos no puedo, porque es que depende muchísimo de cómo estén ese día. Actuamos por protocolos.

a.3. Subcategorización tercera en relación a las *medidas terapéuticas autónomas de las enfermeras* y respecto a la utilización de los diagnósticos enfermeros. Los resultados se recogen en la tabla 21 y el gráfico 7

χ^2= 0,000			Se usan los diagnósticos enfermeros					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	4	11	22	14	0	51
		%	7,8%	21,6%	43,1%	27,5%	0,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	18	21	10	0	0	49
		%	36,7%	42,9%	20,4%	0,0%	0,0%	100,0%
	Matrona	Recuento	7	11	11	4	0	33
		%	21,2%	33,3%	33,3%	12,1%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	29	43	43	18	0	133
		%	21,8%	32,3%	32,3%	13,5%	0,0%	100,0%

Tabla 21: Utilización de los Diagnósticos de Enfermería Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

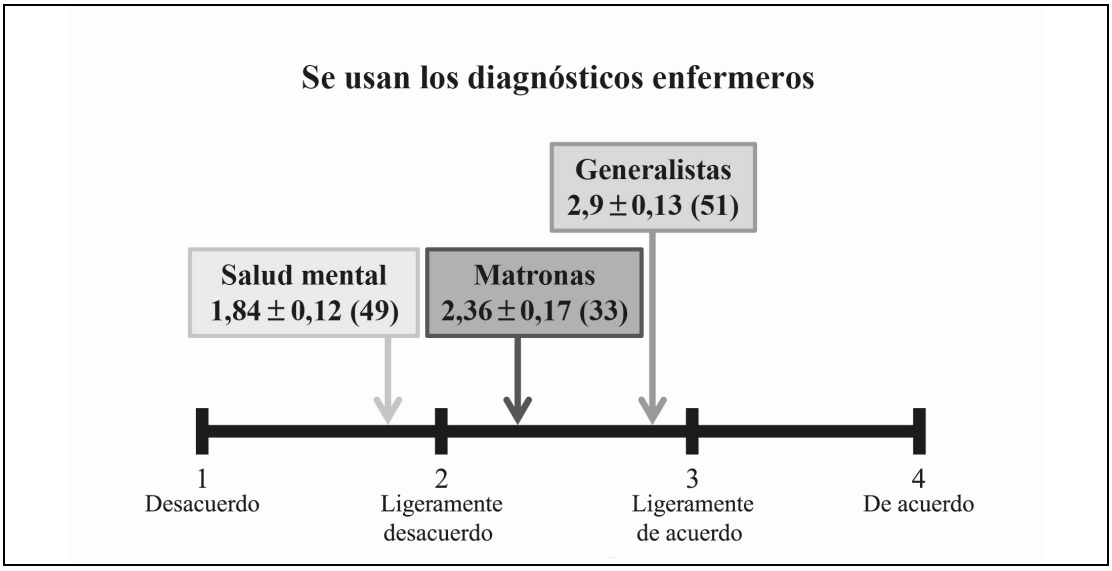


Gráfico 7 : Utilización de los Diagnósticos de Enfermería. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

En las anteriores tablas de contingencias advertimos que, las enfermeras especialistas en Salud Mental y las Matronas actúan de forma similar en cuanto a la aplicación de un modelo enfermero y la existencia de un plan de cuidados individualizado para cada paciente. Sin embargo, las enfermeras generalistas realizan más planes de cuidados basados en un modelo enfermero y utilizan además los diagnósticos enfermeros en mayor número que las especialistas.

Resultados de las entrevistas que completan la investigación respecto a esta subcategorización sobre las medidas terapéuticas autónomas de las enfermeras y respecto a la utilización de los diagnósticos enfermeros.

EG1

¿Qué es un plan de cuidados, para qué sirve?

El plan de cuidados, sirve para que tú veas, las acciones que tienes que hacer, o que tienes que valorar en el paciente, porque hay pacientes que por ejemplo, son diabéticos, y una cosa importante es la glucemia, o sea el azúcar que tiene en las horas de las comidas, o hay otro paciente que tiene una enfermedad respiratoria, entonces es

importante ver si tiene disnea, si tiene dificultad respiratoria, entonces con el plan de cuidados pues vemos las acciones, identificamos diagnósticos, y proponemos acciones que tenemos que hacer, en ese paciente.

¿Pero no diagnosticó el médico?

Sí, muchas veces utilizamos diagnósticos médicos, pero también tenemos algunos diagnósticos de enfermería, por ejemplo, riesgo de estreñimiento en un paciente que esté encamado el riesgo que tiene es el estreñimiento, es un diagnóstico que sacamos nosotros.

¿Qué es un diagnóstico de enfermería?

Pues un diagnóstico de enfermería, es como un diagnóstico médico, lo que pasa que de enfermería. Son unos problemas, que la enfermera es capaz de solucionar sola al paciente, le identificas una serie de factores ahora mismo no están presentes, pero a lo largo del ingreso del paciente pueden estar presentes, y entonces eso sería un diagnóstico potencial. Si los factores que se identifican en el paciente están presentes en el momento en el que tú estás haciendo la valoración del paciente, pues entonces, sería un diagnóstico real, son problemas que la enfermera es capaz de solucionar. […]

EG5

[…] Pues nosotros hacemos una valoración de esa persona, en esa valoración entra tanto el aspecto físico, psicológico, social, que tiene esa persona, en fin, con el aspecto general de la persona, se hace una valoración, y en esa valoración, se reconocen unos problemas que esa persona tiene, y a partir de reconocer esos problemas, se enuncian unos diagnósticos enfermeros que hay parametrados que se han especificado como tales,

¿Y si no se hacen esos diagnósticos, no se hacen las actividades que hay que hacer, con la parte más psicológica?

Eso puede ocurrir, al no realizar el diagnóstico no identificas la actividad que tienes que hacer."[…]

EG9

[…]Entonces ¿me estás diciendo que vosotros hacéis muchos cuidados, o sea que la misión de la enfermera en realidad es cuidar al paciente?

Y para poder cuidarle tenemos que detectar las necesidades que tiene el paciente.

¿Cómo se detectan? Pues se llaman diagnósticos de enfermería, nosotros detectamos una necesidad y eso es un diagnóstico y el diagnóstico es todo aquello que detectamos que vamos a valorar y vamos a tener en cuenta para trabajar con ese paciente.

En cuanto a las matronas observamos en cuanto a la utilización de los diagnósticos enfermeros:

M2

[…]¿Las matronas trabajan con el PAE?

Me imagino, quiero decir, todos trabajamos un poco así, quizás de manera más estricta en algunos sitios, pero vamos, siempre… Yo siempre he tenido la sensación de que trabajamos un poco siguiendo ese tipo de cronología.

¿Pero aquí trabajáis el PAE y ponéis diagnósticos enfermeros o trabajáis con protocolos?

Trabajamos con protocolos, pero no el PAE, con diagnósticos enfermeros no trabajamos. […]

M6

[…]¿Y cómo trabajas?, ¿cómo matrona, cómo trabajas, utilizas la NANDA?

Nosotros en lo que es la urgencia, el preparto y el paritorio, no, no tenemos, no utilizamos ningún PAE, ni ningún tipo de diagnóstico de enfermería, en esta planta de embarazo patológico, sí, cuando lo volvimos a asumir las matronas este servicio, en este hospital está instalada el programa gacela. Nos instalaron el programa y entonces hubo un grupo de trabajo, que tuvimos que adaptar lo que es el programa gacela a las

principales patologías que hay aquí. Entonces elaboramos los planes de cuidados estandarizados, con el fin de que nos fuera más fácil en nuestra práctica diaria, el poder trabajar con planes de cuidados y con los diagnósticos NANDAy las taxonomías NIC Y NOC.

¿Y en los demás sitios, no quiero decir cuando hacen algún tipo, me imagino que harán cuidados también?

Lo que pasa que son, es como una atención mucho más inmediata, o sea, en un parto es más, no tienes tantos cuidados de enfermería, es una atención como más médica que manejas medicación, exploras, pero no sé….

¿Son como protocolos?

Son protocolos a nivel, algunos de este hospital y algunos utilizamos los protocolos de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), si, nosotros en el paritorio, antiguamente, teníamos unas hojas que era el partograma, y ahí tiene una parte de historial clínica de la paciente y luego tenías como una especie de diagrama donde ibas apuntando las distintas exploraciones que ibas haciendo a la mujer, pues si un chantaje vesical, si le administras un suero antibiótico, lo que sea, lo reflejabas, y hace unos años lo informatizaron todo, tenemos un programa que se llama obstetricia, que es más o menos lo mismo que reflejamos antes en el papel, pero solamente que en el ordenador, pero tampoco tenemos la opción, o sea, no hay, no aparece los cuidados de enfermería ni nada, simplemente los datos básicos, un diagrama para ir marcando como va evolucionando la dilatación, unas notas que sería lo más parecido a un evolutivo de enfermería. Luego tienes otra parte en la que los médicos te prescriben los fármacos y tú lo firmas que las has administrado, otra parte que es para el recién nacido, pero no tenemos opción de utilizar ni la NANDA, ni el NOC o el NIC.

¿Pero, por ejemplo, etiquetas diagnósticas como puede ser el temor o una cosa de estas, no se usan?

No, no se usan, estamos intentando ahora ver si los planes de cuidados se puede extrapolar también al preparto, para algunas patologías, pero eso supondría que tendrían que introducir allí también el programa gacela, para poderlo hacer con lo cual nosotros

llevamos en esta planta cuatro años y todavía no lo hemos conseguido, pero bueno la supervisora de calidad que es la que lleva todo lo del tema del gacela, ella sí que está de acuerdo y sí que lo está moviendo, pero las cosas a veces van más despacio de lo que nos gustaría.[…]

SM1

[…]Aquí ¿se hacen planes de cuidados?

A veces se intenta hacer un seguimiento terapéutico individualizado, pero no.

Hablo del plan de cuidados como tal.

No, no se hace el plan de cuidados.

¿Entonces, Diagnósticos enfermeros aquí no hacéis como en otros hospitales?

No

¿Son protocolos podríamos decir?

Hay seguimiento individualizado del paciente, pero no escrito, se escribe la evolución del paciente, pero así como hay una valoración al ingreso no hay un seguimiento después de ese paciente pues rellenando unos ítems según este seguimiento pues a ver en qué ha progresado ¿no? Es decir, escribimos el evolutivo, pero ya está. […]

SM3

[…]¿Sabes lo que es el PAE?

Si.

¿Lo realizáis?

Lo hacemos realmente más práctico porque realmente escribir, escribir no. Pero práctico sí. Por ejemplo si alguien tiene una úlcera, pues empezamos a curársela y vamos curándosela diariamente, si vemos que no va bien pues a lo mejor le cambias los apósitos que le estés poniendo o si valoras que está muy mal avisas al médico para que

le ponga algún otro tratamiento por eso te digo que es todo como muy práctico. Porque realmente reflejado no estamos reflejando nada.

No estáis haciendo un PAE como tal.

No, desde el primer momento plantearte una ejecución, después una valoración unos objetivos… no.

Pero las valoraciones iniciales…

Pues las hacemos nosotras, como somos tres compañeras pues entre nosotras lo hablamos. Aquí es mucho de comportamiento, y hay mucha comunicación entre nosotras en el equipo.

Entonces ¿no realizáis Diagnósticos de Enfermería?

No. […]

SM6

[…]¿La enfermera, cómo trabaja? ¿Hacéis entrevistas iniciales, hacéis planes de cuidado, o diagnósticos enfermeros?…

Hacemos una entrevista de enfermería al ingreso, nos basamos en 14 necesidades, luego hacemos el PTI que el Plan Terapéutico Individualizado, que lo hacemos todos, trabajador social, psiquiatras, psicólogos, enfermería, auxiliares y terapia ocupacional. Un poco ahí se plantean los objetivos y se revisan cada 15 días dependiendo de cada uno y un poco las actividades que hay que hacer con ellos para que se cumplan los objetivos.

¿Durante esos 15 días?

Sí.

¿No hacéis un PAE?

Enfermería no. […]

A pesar que en el cuestionario utilizado de la Escala del entorno de la práctica enfermera del Nursing Work Index (Pedro Gómez J. et al. 2009) no se especifica la

utilización de las Taxonomías enfermeras NOC y NIC, se juzgó conveniente preguntar sobre ellas en las diversas entrevistas.

Esto era para no dar por supuesto, que la no realización de un plan de cuidados implicaba la no utilización de el resto de las taxonomías, hay que especificar que se preguntó si existía un paralelismo entre las actividades realizadas y dichas taxonomías.

Por su relación con los diagnósticos enfermeros los incluiremos como una subcategorización de este apartado:

a.4 Utilización de las taxonomías enfermeras NOC Y NIC

EG2

[…] ¿Qué es lo que mides cuando preguntas?

Es para detectar alteraciones.

¿Tú mides el patrón urinario para saber si tiene algún problema?

En la eliminación urinaria, en la eliminación intestinal.

¿Y luego con eso que hacéis?

Pues según las alteraciones, si se ha detectado alguna alteración, pues se evalúa, se sacan unas acciones para poder solucionar esos problemas, te marcas unos objetivos(NOC), entonces detectas un problema, te marcas unos objetivos, para solucionar ese problema, y para llegar a esos objetivos te marcas unas acciones (NIC) que tienes que realizar. […]

EG10

[…]¿Vosotros os hacéis algún plan de trabajo?

Tenemos un plan de cuidados, que bueno, que marcamos unos objetivos(NOC), y unas actividades(NIC).

¿Qué es un objetivo y que son unas actividades?

Pues los objetivos son unas cosas que tú quieres conseguir, de ese enfermo, sobre la enfermedad que tiene, te marcas unos objetivos que él tiene que llegar a

conseguir, y tu ayudándole, vamos.

¿Qué son las actividades?

Pues las actividades son las que tú realizas para conseguir que el enfermo llegue a esos objetivos que les hemos marcado. Por ejemplo, enfermos, con fatiga y tal que no pueden andar, pues les ayudamos a que pasen de planta, o enfermos que no pueden andar porque han estado mucho tiempo encamados, pues les proporcionamos un andador, les ayudamos a que anden por la planta, pues eso, que vayan siendo un poco autónomos.

¿Esa forma de trabajo, de objetivos, actividades, sólo lo hacéis aquí, en ésta planta?

No. nosotras no, esa forma de actuar, pues lo han decidido, pues no sé, quién ha sido, pero es una forma de trabajar de la Dorotea. (Dorotea E. Orem)

M2

[…]¿Pero las actividades que realizáis, sí que tienen que ver con el NIC y el NOC y todo eso?

No sabría qué decirte.

¿Pero son protocolos que ya están consensuados?

Si.

¿Y sabes si esos protocolos tienen que ver con él, aunque no estén los diagnósticos enfermeros claros ahí dentro tienen que ver con el NIC?

No sabría decirte no estoy tan enterada. […]

M3

[…]El NIC ¿que son, las actividades enfermeras para PAE?. ¿Es que vosotras no hacéis actividades?

Sí, pero la forma de registrarlo o sea no funcionamos con códigos….

No, no, no,… Pero las actividades, independientemente que el NIC sea por códigos, las actividades esas, pregunto, ¿estarán en el NIC reflejadas?, sabes lo que

quiero decir, por ejemplo: si yo en el NIC tengo que, de alguna forma cuidar la sonda vesical y como la tengo que cuidar y lo tengo en el NIC, vosotras si, ¿cuidáis una sonda vesical lo hacéis como en el NIC, aunque no te ponga delante un código?, eso es lo que estoy diciendo.

Aplicamos el cuidado que haya que hacer, por ejemplo: cuando colaboras en la colocación de un catéter epidural o el tipo de sondaje intermitente, que a veces hacemos o lo que sea, se va registrando de esa forma, pero sin ningún tipo de etiqueta, nada de estos específicos del lenguaje estandarizado, no.

¿Qué actividades realizáis aquí con una mujer que esté de parto o de posparto?

Con una mujer en dilatación se les explica todo lo que se le va a hacer, le damos las opciones muchas veces, porque hay mujeres que desean enseguida analgesia epidural, otras desean pues estar caminando, porque no se sabe si se va a poner epidural, le damos esas opciones y realizamos la monitorización para tener continuamente controlado al bebé y las contracciones que tiene. Si es una inducción o vemos que no tiene dinámico uterina suficiente empezamos con la administración de oxitócicos y luego, y llevarlo en todo momento como tenga a esa niña o como esté esa mujer, entonces, si tenemos buena gráfica, pues la mujer tiene la libertad de movimientos, a veces por gráfica o por algún problema, si tienes que suspender la medicación que estás administrando, si tienes que a veces, tienes que avisar al servicio de ginecología porque hay una gráfica patológica. Luego durante la analgesia epidural colaboramos con la anestesista en colaboración en colocación del catéter epidural, vamos valorando la analgesia. […]

M4

[…] ¿Cuando estás atendiendo a la mujer y a la familia utilizas el PAE?

No. Nosotros si estamos en el paritorio tenemos una aplicación obstétrica en el ordenador.

¿Y cómo se llama a eso?

La aplicación obstétrica que ha hecho un informático de aquí, de la Paz. y

entonces, es ahí donde vamos anotando. Se va anotando todo, la hora de rotura de bolsa, cuando se explora, constantes, cuando se pone epidural, cualquier cosa; todo lo relacionado que ese proceso de dilatación y parte se va registrado ahí. Pero no se utiliza ni PAE, ni NIC.

En cuanto a las especialistas en Salud Mental

SM5

¿Pero hacéis diagnósticos enfermeros, objetivos, etc.?

Si, de hecho… no la evaluación no, de hecho el año pasado mi compañera y yo presentamos un poster de diagnósticos de enfermería de esta unidad.

¿Y no me puedes decir resultados con respecto al proceso enfermero?, porque si no hacéis evaluación… ¿puedes darme una idea, puedes decirme resultados reales?

No.

SM7

¿Y después realizas Diagnósticos enfermeros?

No. Aquí funcionamos por protocolos

¿Qué resultados obtenéis, un 50% un 60%...? o no sabes si se consiguen todos los resultados.

Si se conocen, porque tú ves el cambio que se ha producido, por ejemplo, en la unidad de alcohología no tiene otra opción, está protegido las 24 horas del día.

¿Aplicas medidas enfermeras que complementan los tratamientos médicos?

Los que te da la experiencia y el conocimiento, por ejemplo, evaluar si el paciente precisa una medicación opcional.

b) La satisfacción laboral y su relación con la autonomía profesional

Se trata de la segunda categorización. En ella indagamos si las enfermeras están satisfechas con el modo en que ejercen su profesión, para ello se decide observar su percepción sobre el tiempo de cuidados ; sobre el tiempo para discutir los problemas de los pacientes entre ellas mismas, si desde su punto de vista hay plantilla de todos los estamentos suficiente para realizar adecuadamente el trabajo, o si hay suficientes enfermeras para proveer cuidados de calidad al paciente y por supuesto su percepción sobre el ejercicio de su profesión en su vertiente autónoma en la unidad. Los resultados se presentan en las tablas 22, 23, 24, 25 y al final se presenta la comparación con los resultados cualitativos de las entrevistas.

$\chi^2 = 0{,}000$			Hay tiempo suficiente para debatir los problemas					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	20	23	7	0	1	51
		%	39,2%	45,1%	13,7%	0,0%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	4	17	19	7	2	49
		%	8,2%	34,7%	38,8%	14,3%	4,1%	100,0%
	Matrona	Recuento	12	10	10	1	0	33
		%	36,4%	30,3%	30,3%	3,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	36	50	36	8	3	133
		%	27,1%	37,6%	27,1%	6,0%	2,3%	100,0%

Tabla 22: Hay tiempo suficiente para debatir los problemas de los pacientes por las enfermeras Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

En el gráfico que observamos a continuación (Gráfico 8) se observa la diferencia existente entre Matronas, enfermeras Generalistas y las enfermeras especialistas en Salud Mental que apoyan la tabla 22.

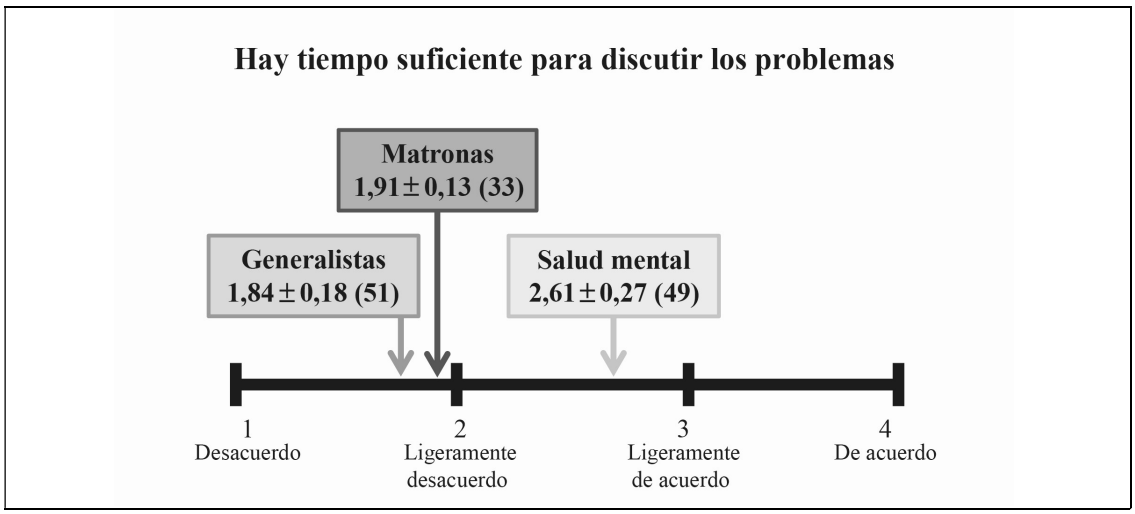


Gráfico 8: Hay tiempo suficiente para debatir los problemas de los pacientes por las enfermeras. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Podemos concluir que existen diferencias significativas entre las enfermeras especialistas en Salud Mental, y las Matronas y las enfermeras generalistas.

La causa podría deberse a que tanto las Generalistas como las Matronas pertenecen a un hospital de Agudos donde se ha ido disminuyendo progresivamente la plantilla; mientras que el hospital monográfico de Salud Mental es de crónicos y no ha disminuido la plantilla.

χ^2= 0,084			Hay suficientes enfermeras para proveer cuidados de calidad					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	12	22	12	4	1	51
		%	23,5%	43,1%	23,5%	7,8%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	6	12	21	7	3	49
		%	12,2%	24,5%	42,9%	14,3%	6,1%	100,0%
	Matrona	Recuento	11	10	9	3	0	33
		%	33,3%	30,3%	27,3%	9,1%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	29	44	42	14	4	133
		%	21,8%	33,1%	31,6%	10,5%	3,0%	100,0%

Tabla 23: Ratio enfermera-paciente adecuado para proveer cuidados de calidad. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Existen ligeras diferencias entre las enfermeras Generalistas y Matronas con las Enfermeras Especialistas en Salud Mental.

$\chi^2 = 0{,}01$			Los servicios de apoyo son adecuados					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	23	20	6	1	1	51
		%	45,1%	39,2%	11,8%	2,0%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	13	13	18	2	3	49
		%	26,5%	26,5%	36,7%	4,1%	6,1%	100,0%
	Matrona	Recuento	9	19	4	1	0	33
		%	27,3%	57,6%	12,1%	3,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	45	52	28	4	4	133
		%	33,8%	39,1%	21,1%	3,0%	3,0%	100,0%

Tabla 24: Los recursos humanos de apoyo son correctos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Existen diferencias significativas entre las enfermeras generalistas y las matronas, con las enfermeras especialistas de Salud Mental. Podemos advertir que las diferencias se siguen dando en los diferentes hospitales.

χ^2= 0,000			Se realiza mucho trabajo en equipo					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	18	22	8	2	1	51
		%	35,3%	43,1%	15,7%	3,9%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	4	13	19	9	4	49
		%	8,2%	26,5%	38,8%	18,4%	8,2%	100,0%
	Matrona	Recuento	14	12	7	0	0	33
		%	42,4%	36,4%	21,2%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	36	47	34	11	5	133
		%	27,1%	35,3%	25,6%	8,3%	3,8%	100,0%

Tabla 25: El trabajo en equipo. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Al igual que, en los resultados anteriores se presenta el resultado de las entrevistas relacionándolo con la segunda categorización o **La satisfacción laboral y su relación con la autonomía profesional**.

EG4

[…]¿Opinas que hay suficiente personal en la unidad para todo el trabajo que tenéis?, hablo en general de toda la plantilla

Depende de cómo esté la planta, en términos generales sí, pero hay veces que no damos abasto.

¿Os refuerzan cuando tenéis mucho trabajo?

(Se ríe) Que va!!!!, al revés si un día los pacientes están bien igual nos llevan a otra planta a nosotras.

¿Crees que las enfermeras pueden influir en la organización del trabajo de la unidad?

Depende. Se puede influir en una serie de temas que dependan de nosotras pero en temas organizacionales en general no.

¿En cuales no?

Solicitar más personal, por ejemplo, con ello podríamos trabajar más con los planes de cuidados, con el personal actual el mayor número de horas de trabajo nos dedicamos a realizar tareas derivadas de la práctica médica.

¿Os reunís todos los días para ver los pacientes como están, etc.?

Si claro, en el cambio de turno.

No, me refería a reuniros todas para ver cómo están en general todos los pacientes.

No, a eso no nos da tiempo, pero si que intercambiamos opiniones en momentos complicados, pero no es una práctica habitual

¿De forma habitual como trabajáis aquí? ¿Decidís vosotras sobre que hacer a los pacientes o son los médicos?

Los médicos realizan su diagnóstico, por ejemplo: Neumonía y ponen su tratamiento, y nosotras realizamos el nuestro que son los diagnósticos enfermeros siempre tienen que ser aspectos relacionados con los cuidados dónde la enfermera

independientemente tenga posibilidades de trabajar sola, en algunas ocasiones pueda pedir ayuda a un médico, pero principalmente ella tenga posibilidades de trabajar sola esos diagnósticos de enfermería tienen ligados a su vez unos objetivos, y unas actividades enfermeras que tenemos que realizar para que el paciente mejore. Y no es lo mismo, nosotras cuidamos al paciente, por ejemplo si tiene fiebre por la neumonía pues se la bajamos con medios físicos, aumentamos la ingesta de líquidos, y más cosas.

Por lo tanto, sois autónomas para trabajar

Bueno, menos de lo que querríamos y podemos, ya que no tenemos tiempo como te he comentado, casi todos los trabajos derivan de la práctica médica. […]

EG9

[…]¿Entonces vosotras trabajáis solas, o sea, sois autónomas para trabajar?

Bueno, no exactamente. Hay veces que trabajamos solas es lo que llamamos la vertiente autónoma de las enfermeras, otras veces dependemos de lo que nos dice el médico es nuestra parte dependiente, y otras veces colaboramos ambos el médico y la enfermera son los problemas que son o llamamos de colaboración.

¿Y más o menos podrías decirme a que le dedicáis o crees tú que le dedicáis más tiempo en tu día a día?

Pues lo cierto es que en esta unidad, y creo que en general se trabaja más la vertiente dependiente al ser un hospital de agudos, y la de colaboración. Yo opino que la vertiente autónoma es más fácil de realizar en lo que es Atención Primaria.

¿Cuánto opinas que trabajas más dependiendo de la practica medica? ¿Sabrías decir un porcentaje?

Pues es difícil decirlo, pero desde luego más del 60 %.

¿Qué te parece entonces la autonomía que tienes con respecto al trabajo que realizas, opinas que es suficiente o que deberías tener más?

Pues yo pienso que debería tener más autonomía, pero para eso haría falta aumentar la plantilla también y además trabajar más en equipo.

¿Podemos decir que te sientes satisfecha en cuanto a tu forma de trabajo valorando todas las variables que me estás diciendo?

Yo estoy satisfecha con mi trabajo porque lo hago lo mejor que puedo teniendo en cuenta todo lo que he dicho, ahora bien, me gustaría realizar más un apoyo enfermero, desarrollar más mi vertiente autónoma que la de colaboración tal como he contestado antes. Sé que es un hospital de agudos y es muy difícil pero pienso que quizás con otra organización y un aumento de plantilla sería factible. Claro que eso requiere una inversión importante.

¿Volverías a estudiar enfermería?

Por supuesto, no me he aburrido nunca en todo el tiempo que llevo ejerciendo que es mucho.

EG8

[…]¿Opinas que sois autónomos en esta unidad para realizar vuestro trabajo?

Sí, yo creo que sí. Lo que pasa es que si me estás hablando de la vertiente autónoma de la enfermera pues la verdad es que creo que no está suficientemente desarrollada. Más bien estamos en una situación de semidependencia de los médicos. La causa fundamental puede ser que este hospital es muy antigüo y se repiten las costumbres. Por lo tanto podría decir que no es la enfermera tan autónoma como a nivel teórico nos dicen cuando estudiamos. A mí me gustaría poder aplicar todo lo que aprendemos en la universidad pero creo que para eso deberían cambiar muchas cosas, entre ellas que cada uno supiera cual es su sitio, hay mucha desconfianza entre médicos y enfermeras en ese sentido, como si fueras a quitarle el sitio, creo que falta comprensión de qué somos. Eso a veces te desespera un poco.[…]

En cuanto al sentimiento de las matronas es muy similar, en las entrevistas verbalizan:

M1

[…] ¿Crees que tienes libertad para tomar decisiones, relacionándolo con los conocimientos que tú tienes?

Para mi influye mucho el sitio donde estés, tanto si es en un hospital grande como si es en un hospital pequeño. Un hospital con residentes es difícil sobre todo si el hospital es grande, en los que hay muchos residentes de ginecología es muy difícil, al final son muchos conflictos, o sea, para mí un paritorio es un sitio en el que es hostil de base, ó sea es un ambiente muy hostil siempre cuanto más grande sea el hospital más hostil es.

¿Para los trabajadores o para todos?

Bueno, para mí como matrón. Y yo creo que en general para todo el mundo. Un paritorio es un sitio que hay mucha tensión, mucha gente, ahí confluimos fundamentalmente dos personas, dos profesionales que compartimos muchas funciones y siempre y mucho roce, entonces hay mucha tensión ahí. Tengo la sensación de estar defendiendo continuamente mi trabajo y eso llega un momento que no es cómodo, porque al final cuando tú defiendes la misma cosa 15 veces, a la 16 ya la defiendes, pero es que además la defiendes de mala leche.

En hospitales más pequeños es mucho más sencillo, sobre todo, porque tratar directamente con un profesional que está a tu mismo nivel, por decirlo de alguna manera, o sea tú eres matrón y tienes al lado un ginecólogo adjunto que ya tiene su especialidad igual que tú, entonces tratas con él.

En un hospital grande tienes que tratar, primero con un residente que llama al adjunto, que tal, mucho rollo. En un hospital pequeño ya te conoces a los adjuntos, es todo el mundo confía mucho más mucho más fácil. A nivel de privada, igual, tu trabajas codo con codo con un adjunto y él se fía mucho de ti y tú de él, es más sencillo y también te digo que hay comunidades autónomas en las que por política, por tradición por lo que sea la matrona tiene mucho más peso a nivel de hospital, tiene más peso en decisiones entonces, es como que tiene más autoridad, y puede decirle a alguien: "oye hasta aquí". Aquí en Madrid eso es un poco más difícil y te genera mucho problema, que te lo digo yo, que los he tenido, mucho más conflicto. […]

M2

[…] ¿Hay autonomía para las matronas en el hospital?

También depende de donde trabajes, en este hospital en concreto no nos dejan la autonomía que podríamos tener.

¿Por qué?

Eso me gustaría a mí saberlo, mucha veces estas atendiendo un parto perfectamente normal, que estás perfectamente capacitada para atenderlo y en seguida viene algún residente de medicina a decirte algo, que sé que nadie lo hace a mal, bueno, pero en realidad, tú no tendrías que estar aquí, si yo necesito algo, yo, ya te voy a llamar, yo en ningún momento voy a poner en peligro a nadie, si tengo una duda o algo, yo voy a llamar al médico, pero entretanto, si no te llaman no debería entrar aquí, yo estoy capacitada para avisarle si lo necesito, como hacemos, evidentemente, nadie se arriesga nada. Y luego tendríamos más autonomía en muchas otras cosas, con la nueva ley de prescripción que han derogado pues todavía más constreñida nuestra autonomía, porque es que no puedes poner un enema sin preguntar, entonces, sí, yo creo que podríamos estar más solas, mucho más tranquilas, haciendo nuestro trabajo normal sin interrupciones, porque cuando necesitamos algo ya les avisaremos (a los médicos residentes) para eso nos han formado.[…]

M3

[…] ¿Opinas que los conocimientos que tú adquiriste como matrona se ven reflejados en las actividades que realizas de forma habitual? ¿Tienes suficiente autonomía?

Del todo no.

¿Por qué?

Porque yo creo que depende también del lugar del trabajo. En hospitales grandes donde está como muy organizado son los médicos y los residentes quien te dicen más o menos, o te están vigilando demasiado tu trabajo, y en hospitales más pequeños, que hay esa historia del parto natural, sí que las matronas tienen más independencia. Aquí en hospitales grandes creo que estamos un poco vendidas a lo que ellos un poco imponen; es verdad que tú haces, si el parto va normal, tú tienes toda la independencia para llevar

el parto como quieras, y hacer tú parto, pero aquí siempre estás un poco vigilada. Y también por la presión de estos hospitales, porque a veces hay mucho volumen y entonces no puedes llevar un parto como a ti te gustaría, es decir, pues si hay que romper bolsa, hay que romper, porque también corre un poco prisa que las dilataciones vayan quedando libres y a lo mejor tú no puedes llevar aquí una evolución de una señora que está evolucionando normalmente sin oxitócica y sin romper la bolsa; entonces aquí estás un poco presionada a que se necesite necesita espacio y aquí las cosas funcionan de otra manera, o por ejemplo también, con las monitorizaciones internas. […]

En salud mental encontramos las siguientes respuestas:

SM2

[…]La profesión de enfermería, cuando tú empezaste a estudiarla ¿Se ajusta a la idea qué tenías?

Pues, no me he sentido decepcionada en ningún momento.

Y ¿Tú qué dirías que son tus prioridades como enfermera dentro de tú trabajo?

Mi prioridad sobre todo es tratar bien al paciente. Yo creo que con estos pacientes, el sentirse acogidos ya sean nuevos ya sean re-ingresos en un principio les da una seguridad que no se comportan igual si ya te conocen o si conocen al persona con el que están o si es personal nuevo, por ejemplo una suplencia de verano… el trato con el paciente para mi es lo más importante.

Entonces podemos decir, que dentro de la salud mental aquí, la relación terapéutica es uno de los pilares básicos.

Yo para mí, sí.

Opinas tú que aquí ¿tienes libertad para poner en práctica todos los conocimientos enfermeros que tienes?

Es que claro, salud mental no es la actividad que tú tienes en salud mental no es la misma actividad que tú tienes si trabajas por ejemplo en un quirófano que puedes

utilizar más todos tus recursos, aquí si yo creo que sí que tenemos libertad, también tenemos mucho tiempo trabajando en esto, pero que nadie te coarta, todos sabemos lo que tenemos que hacer.

Ya, pero lo que quiero decir ¿Tu puedes tomar decisiones en un momento dado?

Por ejemplo, en un cuadro de agitación… pues si tomas una decisión, entonces lo haces en ese momento y luego lo trasmites al psiquiatra de guardia o al que esté o al supervisor, pero en ese momento si la tomas. […]

SM6

Tú venías de otro hospital

Sí, del Clínico San Carlos.

¿Notaste mucha diferencia cultural?

Sí, sí que lo noté.

¿Qué diferencia hay?

Venía de la unidad de Salud mental de allí. En psiquiatría, por ejemplo, yo sí que noté, como que la enfermera tenía menos competencia que los médicos. Allí como que se le llamaba mucho (al médico) o como que se esperaba lo que él dijera. Aquí tú sabes que llamas al médico después de hacer una contención, por ejemplo, y no vas a tener ningún problema. Sí que me sorprendió, aquí, yo tuve un caso, no sé en qué planta fue, de una señora que le tocaba una vacuna, la señora dijo que no se la ponía (reiterativamente), yo claro venía en un sitio que "no quieres", bueno es que sí que quieres y es que te la pongo; entonces tuve que llamar al psiquiatra, el psiquiatra me dijo bueno, si no quiere, no. A mí eso sí que me sorprendió.

¿Entiendes que en tu trabajo tienes la libertad suficiente como para poner en práctica todos tus conocimientos como enfermera de salud mental?

Sí, además, para mí, tenemos la suerte de que los psiquiatras que hay nos respaldan bastante en cuanto a las decisiones que se toman. Una enfermera puede poner

una contención, y luego le llamas (al psiquiatra), de hecho, ante una situación extrema, yo sí que lo haría.

No hay ningún problema y te dejan realizar las actividades.

Sí.

¿Normalmente aplicas medidas enfermeras que complementan o coinciden con tratamientos médicos más bien complementan tratamientos médicos y me podrías decir cuáles son?

No te sabría decir. Es que medidas enfermeras, así como tal… nosotras así con el paciente sobre todo hacemos contenciones verbales y ser un poco su sostén. Contenciones físicas aquí tenemos pocas.

SM2

[…]¿Opinas que aquí tienes libertad para poner en práctica todos los conocimientos enfermeros que tienes?

Creo que sí, que tenemos libertad, también tenemos mucho tiempo trabajado en esto, pero que nadie te coarta, todos sabemos lo que tenemos que hacer.

Ya, pero lo que quiero decir ¿Tu puedes tomar decisiones en un momento dado?

Por ejemplo, en un cuadro de agitación… pues sí, tomas una decisión, entonces lo haces en ese momento y luego lo trasmites al psiquiatra de guardia o al que esté o al supervisor, pero en ese momento sí la tomas. […]

SM4

[…]¿Piensas que la estructura organizativa de este hospital te permite a ti ser una enfermera autónoma?

Si.

¿Sabes cuál es la vertiente autónoma de las enfermeras?

Si. Pero depende si estas de mañana o estas de tarde. Porque por la mañana estas seguido por, pues tienes a los psiquiatras… tienes muchas cosas que te van a impedir un poco ser más autónoma, en cambio por la tarde es que estas sola o lo haces como tu consideras o no lo haces.

Dime algún ejemplo de tu vertiente autónoma por la tarde.

Pues por ejemplo, un paciente se pone un poco más agresivo, pues le llamas o los compañeros te lo traen o vas tú intentas hablar con él, intentas reducirle, manejarle. Y si ves que no funciona y como no tienes el psiquiatra a mano intentas resolverlo como tu buenamente puedas, existen unos patrones por parte del psiquiatra que tienes que seguir e intentas manejarlo hasta que ya decides tú que no. Entonces llamas al residente que no le conoce mucho porque por la tarde está el residente de guardia, le informas de lo que ha pasado y muchas veces ellos te piden a ti consejo. En cambio por la mañana está su psiquiatra de toda la vida, y decide directamente sin tener en cuenta lo que tú opines.

¿Aplicas medidas enfermeras que se complementan con lo que dicen los médicos?

Se intenta, también es verdad que si no estamos de acuerdo intento decírselo pero aquí sí que seguimos.

¿Podrías indicarme alguna?

Pues por ejemplo los refuerzos positivos. Es decir, te dicen pues ahora queremos ir en una línea de muchos más refuerzos positivos. […]

c) *Resultados relacionados con las variables causales relacionadas con la toma de decisiones enfermeras*

En esta categorización incluimos cinco subcategorizaciones:

c.1 Estructura organizacional y administrativa,
c.2 Capacitación enfermera
c.3 Decisiones
c.4 Competencia
c.5 Actitudes.

c.1. La estructura organizacional y administrativa

Dentro de la estructura organizacional es básica la actitud y apoyo de los cargos intermedios y de los gestores en general. Tal como analizábamos en el capítulo IV no es igual una organización vertical u horizontal.

Para analizar la estructura organizacional es necesario para su mayor entendimiento subdividirlo a su vez en cuatro subapartados:

c.1.1 Capacidad de participación de las enfermeras en el hospital

- Las enfermeras están formalmente involucradas en los temas del centro.
- Las enfermeras participan en las decisiones del centro
- Las enfermeras pueden participar en las comisiones

Los resultados se presentan en las tablas 26, 27 y 28. En ellas observamos que no existen diferencias significativas para estos subapartados.

$\chi^2 = 0{,}13$			Las enfermeras están formalmente involucradas en los temas del Centro					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	21	16	10	3	1	51
		%	41,2%	31,4%	19,6%	5,9%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	22	14	11	2	0	49
		%	44,9%	28,6%	22,4%	4,1%	0,0%	100,0%
	Matrona	Recuento	25	4	3	1	0	33
		%	75,8%	12,1%	9,1%	3,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	68	34	24	6	1	133
		%	51,1%	25,6%	18,0%	4,5%	0,8%	100,0%

Tabla 26: Las enfermeras están formalmente involucradas en los temas del Centro. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Podemos observar que no existen diferencias significativas entre los grupos de enfermeras generalistas y especialistas.

$\chi^2 = 0{,}36$			Las enfermeras participan en las decisiones del Centro					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	26	19	5	1	51	26
		%	51,0%	37,3%	9,8%	2,0%	100,0%	51,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	23	21	5	0	49	23
		%	46,9%	42,9%	10,2%	0,0%	100,0%	46,9%
	Matrona	Recuento	22	6	4	1	33	22
		%	66,7%	18,2%	12,1%	3,0%	100,0%	66,7%
	Total	Recuento	71	46	14	2	133	71
		%	53,4%	34,6%	10,5%	1,5%	100,0%	53,4%

Tabla 27: Las enfermeras participan en las decisiones del Centro. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

$\chi^2 = 0,671$			Las enfermeras pueden participar en las comisiones					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	8	16	22	5	0	51
		%	15,7%	31,4%	43,1%	9,8%	0,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	6	18	19	6	0	49
		%	12,2%	36,7%	38,8%	12,2%	0,0%	100,0%
	Matrona	Recuento	9	10	12	2	0	33
		%	27,3%	30,3%	36,4%	6,1%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	23	44	53	13	0	133
		%	17,3%	33,1%	39,8%	9,8%	0,0%	100,0%

Tabla 28: Las enfermeras pueden participar en las comisiones. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

No existen diferencias significativas entre las enfermeras Generalistas y las de Salud Mental o las Matronas. Todas ellas opinan al 50% que su capacidad para participar en las comisiones del Centro es baja, o lo que es lo mismo que su capacidad de influencia en los asuntos del Centro es escasa, esta idea la corrobora la chi cuadrado.

En cuanto al segundo subapartado analizaremos:

c.1.2 La cercanía hacia los trabajadores de la Dirección del centro ello nos llevaría a una organización del trabajo más horizontal, menos impositiva. Para ello examinaremos si:

- La dirección escucha y da respuestas a los trabajadores.
- El director/a de enfermería es accesible.
- Los gestores consultan con las enfermeras.
- Los gestores se preocupan de la calidad de los cuidados.

Los resultados se recogen en las tablas 19, 30, 31, 32 y en la representación del grafico número 9.

χ^2= 0,089			La dirección escucha y da respuestas a los trabajadores					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	17	19	12	3	0	51
		%	33,3%	37,3%	23,5%	5,9%	0,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	8	21	17	2	1	49
		%	16,3%	42,9%	34,7%	4,1%	2,0%	100,0%
	Matrona	Recuento	16	12	5	0	0	33
		%	48,5%	36,4%	15,2%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	41	52	34	5	1	133
		%	30,8%	39,1%	25,6%	3,8%	0,8%	100,0%

Tabla 29: La dirección escucha y da respuestas. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

χ^2= 0,000			El director de enfermería es accesible					
			Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Absolutamente de acuerdo	NS/NC	Total
Servicio/ categoría	Enfermera	Recuento	23	10	13	5	0	51
		%	45,1%	19,6%	25,5%	9,8%	0,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	5	11	14	14	5	49
		%	10,2%	22,4%	28,6%	28,6%	10,2%	100,0%
	Matrona	Recuento	12	12	8	1	0	33
		%	36,4%	36,4%	24,2%	3,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	40	33	35	20	5	133
		%	30,1%	24,8%	26,3%	15,0%	3,8%	100,0%

Tabla 30: El director de enfermería es accesible. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Existen diferencias significativas entre las enfermeras Generalistas y las Matronas, por una parte, y por otra con las enfermeras especialistas en Salud Mental. Esto quizás se pueda deber a las diferencias culturales del Centro, ya que estas últimas ejercen en el hospital monográfico referido en el capítulo de la metodología.

En el gráfico 9 podemos observar de forma más clara los resultados de ésta tabla de contingencia:

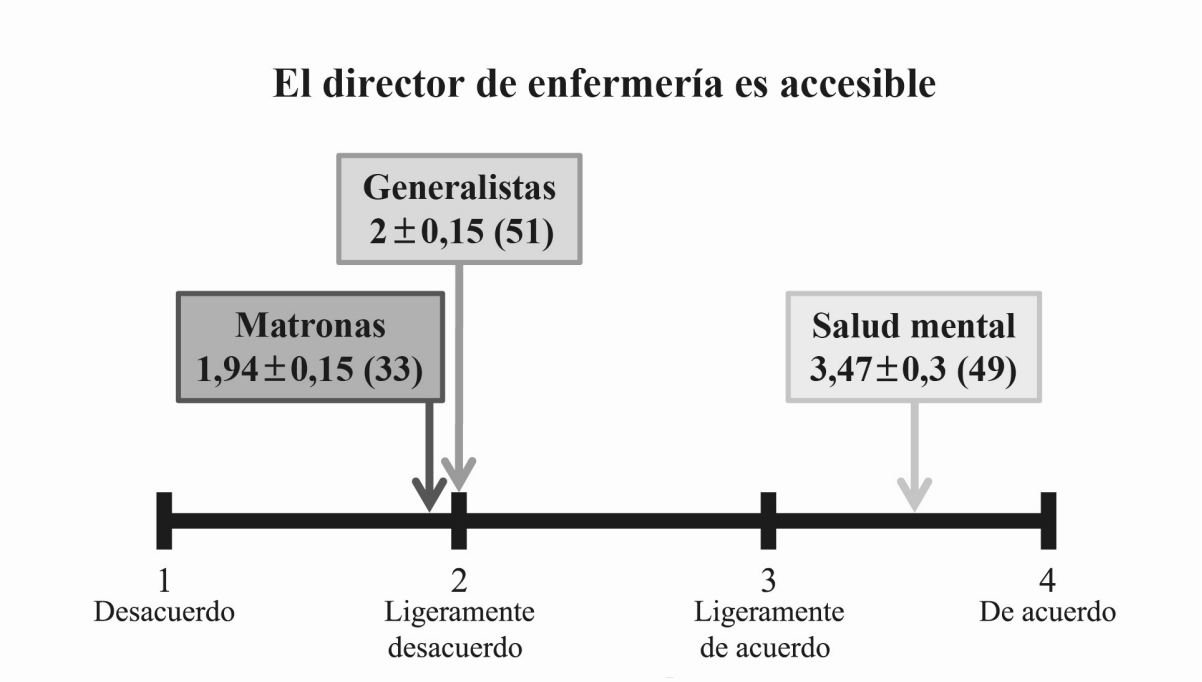


Gráfico 9: El director de enfermería es accesible. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

$\chi^2 = 0{,}105$			Los gestores consultan con las enfermeras					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	21	24	5	1	0	51
		%	41,2%	47,1%	9,8%	2,0%	0,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	21	11	14	2	1	49
		%	42,9%	22,4%	28,6%	4,1%	2,0%	100,0%
	Matrona	Recuento	17	11	5	0	0	33
		%	51,5%	33,3%	15,2%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	59	46	24	3	1	133
		%	44,4%	34,6%	18,0%	2,3%	0,8%	100,0%

Tabla 31: Los gestores consultan con las enfermeras. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Efectivamente no existen diferencias significativas pues todos los grupos opinan que los gestores no consultan con las enfermeras, esto confirma lo expuesto en el apartado anterior en que las enfermeras sienten que no participan en los asuntos del centro.

Por último, en las tablas siguientes vamos a examinar el apartado que concluye éste bloque de resultados, que trata sobre si las enfermeras opinan que los gestores se preocupan de la calidad de los cuidados.

$\chi^2 = 0{,}713$			Los gestores se preocupan de la calidad de los cuidados					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	10	15	24	2	0	51
		%	19,6%	29,4%	47,1%	3,9%	0,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	13	14	20	2	0	49
		%	26,5%	28,6%	40,8%	4,1%	0,0%	100,0%
	Matrona	Recuento	7	8	14	4	0	33
		%	21,2%	24,2%	42,4%	12,1%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	30	37	58	8	0	133
		%	22,6%	27,8%	43,6%	6,0%	0,0%	100,0%

Tabla 32: Los gestores se preocupan de la calidad de los cuidados. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

No existen diferencias significativas entre los tres grupos y en su mayoría están divididos en cuanto a la opinión de si los gestores se preocupan por la calidad del cuidado de los pacientes.

c.1.3 L*os cargos intermedios y las supervisoras facilitan el ejercicio profesional,* a su vez para poder analizarla más correctamente introduciremos varias diferenciaciones:

- La supervisora es una buena gestora.
- La supervisora respeta a la plantilla.
- La supervisora utiliza los errores para aprendizaje.
- La supervisora es comprensiva con las enfermeras.
- La supervisora respalda a la plantilla en sus decisiones.
- Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.

χ^2= 0,346			La supervisora es una buena gestora					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	3	14	23	10	1	51
		%	5,9%	27,5%	45,1%	19,6%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	6	12	23	7	1	49
		%	12,2%	24,5%	46,9%	14,3%	2,0%	100,0%
	Matrona	Recuento	7	11	13	1	1	33
		%	21,2%	33,3%	39,4%	3,0%	3,0%	100,0%
	Total	Recuento	16	37	59	18	3	133
		%	12,0%	27,8%	44,4%	13,5%	2,3%	100,0%

Tabla 33: La supervisora es una buena gestora Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

χ^2= 0,000			La supervisora respeta a la plantilla					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	3	14	21	12	1	51
		%	5,9%	27,5%	41,2%	23,5%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	1	10	24	11	3	49
		%	2,0%	20,4%	49,0%	22,4%	6,1%	100,0%
	Matrona	Recuento	10	14	7	2	0	33
		%	30,3%	42,4%	21,2%	6,1%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	14	38	52	25	4	133
		%	10,5%	28,6%	39,1%	18,8%	3,0%	100,0%

Tabla 34: La supervisora respeta a la plantilla. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

En la tabla 33 observamos que entre las enfermeras Generalistas y las Especialistas no existen diferencias significativas, pero sin embargo las enfermeras de Salud Mental y las Generalistas están más de acuerdo que las Matronas.

En cuanto a la tabla 34 sí se ven diferencias muy pronunciadas entre los grupos, las matronas evalúan de forma negativa al respeto que la supervisora tiene por la plantilla, mientras que las enfermeras Generalistas y las de Salud Mental opinan que sí se les respeta.

χ^2= 0,086			La supervisora utiliza los errores para aprendizaje					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/categoría	**Enfermera**	Recuento	3	13	21	12	2	51
		%	5,9%	25,5%	41,2%	23,5%	3,9%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	3	13	22	8	3	49
		%	6,1%	26,5%	44,9%	16,3%	6,1%	100,0%
	Matrona	Recuento	8	10	13	2	0	33
		%	24,2%	30,3%	39,4%	6,1%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	14	36	56	22	5	133
		%	10,5%	27,1%	42,1%	16,5%	3,8%	100,0%

Tabla 35: La supervisora utiliza los errores para aprendizaje. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Aunque estadísticamente observamos que no existen diferencias significativas entre los tres grupos, podemos analizar en la tabla que el grupo de enfermeras Generalistas y de Salud Mental tienen una opinión más acorde que las Matronas.

En cuanto a si la supervisora es comprensiva con las enfermeras subrayamos que en la siguiente tabla de contingencia tampoco hay diferencias entre los tres grupos, pero sin embargo siempre las matronas lo evalúan de forma más negativa.

χ^2= 0,111			La supervisora es comprensiva con las enfermeras					
			Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Absolutamente de acuerdo	NS/NC	Total
Servicio/ categoría	Enfermera	Recuento	4	9	24	13	1	51
		%	7,8%	17,6%	47,1%	25,5%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	2	10	24	12	1	49
		%	4,1%	20,4%	49,0%	24,5%	2,0%	100,0%
	Matrona	Recuento	7	10	14	2	0	33
		%	21,2%	30,3%	42,4%	6,1%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	13	29	62	27	2	133
		%	9,8%	21,8%	46,6%	20,3%	1,5%	100,0%

Tabla 36: La supervisora es comprensiva con las enfermeras. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

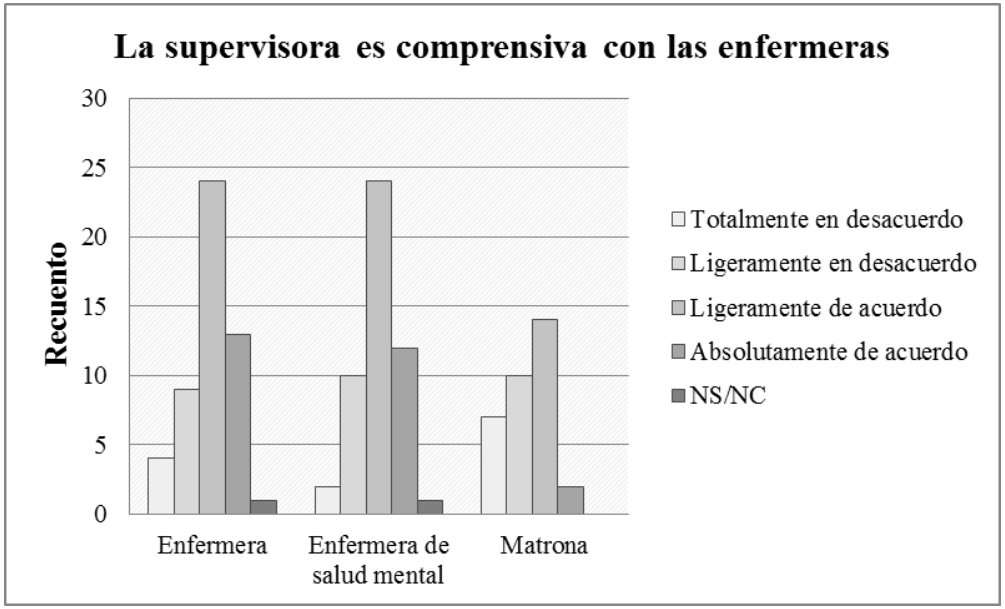


Gráfico 10: La supervisora es comprensiva con las enfermeras. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Observamos en el Grafico 10 que no hay diferencias significativas entre las enfermeras de Salud Mental y las enfermeras generalistas, sin embargo, existen diferencias con las Matronas muy pronunciadas.

χ^2= 0,000			La supervisora respeta a la plantilla					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	3	14	21	12	1	51
		%	5,9%	27,5%	41,2%	23,5%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	1	10	24	11	3	49
		%	2,0%	20,4%	49,0%	22,4%	6,1%	100,0%
	Matrona	Recuento	10	14	7	2	0	33
		%	30,3%	42,4%	21,2%	6,1%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	14	38	52	25	4	133
		%	10,5%	28,6%	39,1%	18,8%	3,0%	100,0%

Tabla 37: La supervisora respeta a la plantilla. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Observamos diferencias significativas entre los diferentes grupos, tal como señala la chi cuadrado.

A continuación, se presentan en graficos, los resultados descritos en el último bloque.

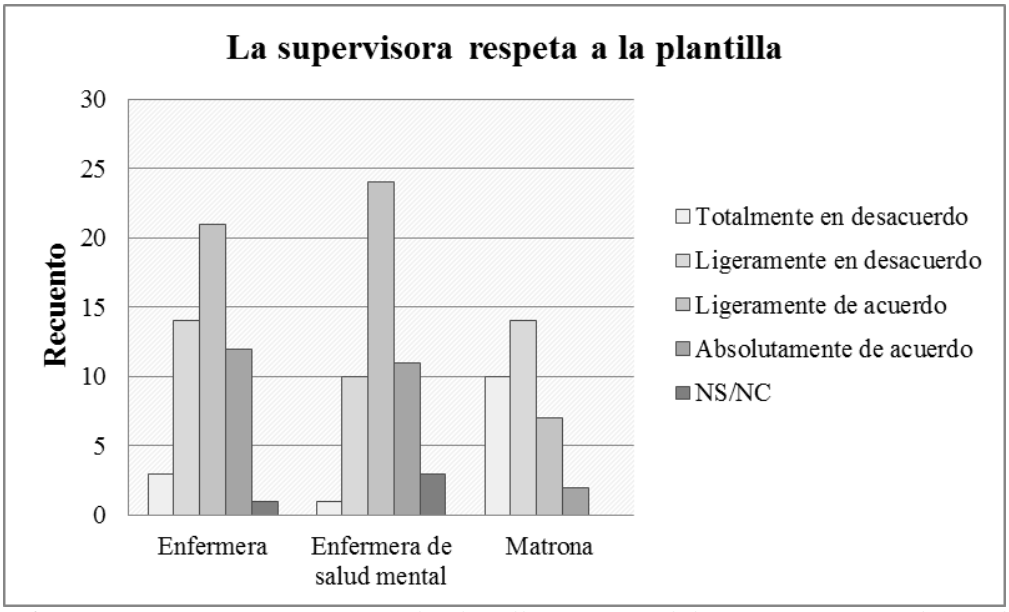


Gráfico 11: La supervisora respeta a la plantilla. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Podemos observar que esas diferencias significativas se dan sobre todo entre las enfermeras Generalistas y especialistas en Salud Mental, y con las Matronas.

Otro apartado a valorar dentro de este subapartado es si se reconoce y elogia el trabajo bien hecho por parte de los supervisores o gestores del Centro.

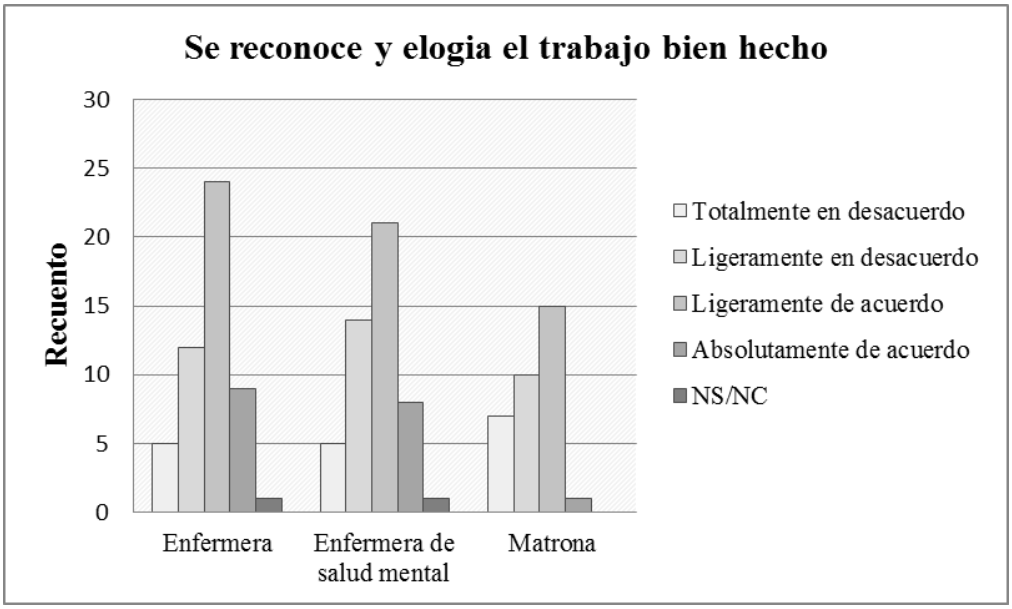


Gráfico 12: Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho por parte de los supervisores o gestores Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

χ^2= 0,513			Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho					
			Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Absolutamente de acuerdo	NS/NC	Total
Servicio/ categoría	Enfermera	Recuento	5	12	24	9	1	51
		%	9,8%	23,5%	47,1%	17,6%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	5	14	21	8	1	49
		%	10,2%	28,6%	42,9%	16,3%	2,0%	100,0%
	Matrona	Recuento	7	10	15	1	0	33
		%	21,2%	30,3%	45,5%	3,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	17	36	60	18	2	133
		%	12,8%	27,1%	45,1%	13,5%	1,5%	100,0%

Tabla 38: Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho por parte de los supervisores o gestores. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Podemos observar que no existen diferencias significativas, y en caso de observar solo porcentajes se dan sobre todo entre las enfermeras Generalistas y especialistas en Salud Mental, con respecto a las Matronas

Por último, dentro del apartado que se refiere a la estructura organizacional y administrativa vamos a analizar:

c.1.4 La percepción que las enfermeras tienen de la importancia de la división enfermera en el hospital. Para ello vamos a examinar que se ha contestado al siguiente ítem.

χ^2= 0,313			Los directivos enfermeros están al mismo nivel de poder					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	17	25	8	1	0	51
		%	33,3%	49,0%	15,7%	2,0%	0,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	11	17	15	3	3	49
		%	22,4%	34,7%	30,6%	6,1%	6,1%	100,0%
	Matrona	Recuento	11	13	7	1	1	33
		%	33,3%	39,4%	21,2%	3,0%	3,0%	100,0%
	Total	Recuento	39	55	30	5	4	133
		%	29,3%	41,4%	22,6%	3,8%	3,0%	100,0%

Tabla 39: Los directivos enfermeros están al mismo nivel de poder que otros directivos hospitalarios. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

No existen entre los tres grupos diferencias significativas, perciben claramente que los directivos enfermeros no tienen en el centro el mismo poder que otros gestores o directivos pertenecientes a otros estamentos.

c.2 La capacitación enfermera

La capacitación de enfermería es un proceso permanente para adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos.(216) Esta capacitación es necesaria para mejorar la calidad y conseguir la excelencia clínica a través de un aumento de competencias. (217)

χ^2= 0,009			Se desarrollan programas de formación					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	4	17	28	2	0	51
		%	7,8%	33,3%	54,9%	3,9%	0,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	5	12	20	5	7	49
		%	10,2%	24,5%	40,8%	10,2%	14,3%	100,0%
	Matrona	Recuento	1	6	21	5	0	33
		%	3,0%	18,2%	63,6%	15,2%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	10	35	69	12	7	133
		%	7,5%	26,3%	51,9%	9,0%	5,3%	100,0%

Tabla 40: Se desarrollan programas de formación. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Existen diferencias significativas entre los diferentes grupos, podemos observar que las enfermeras Generalistas y las Matronas se encuentran en el mismo segmento a diferencia de las Especialistas en Salud Mental.

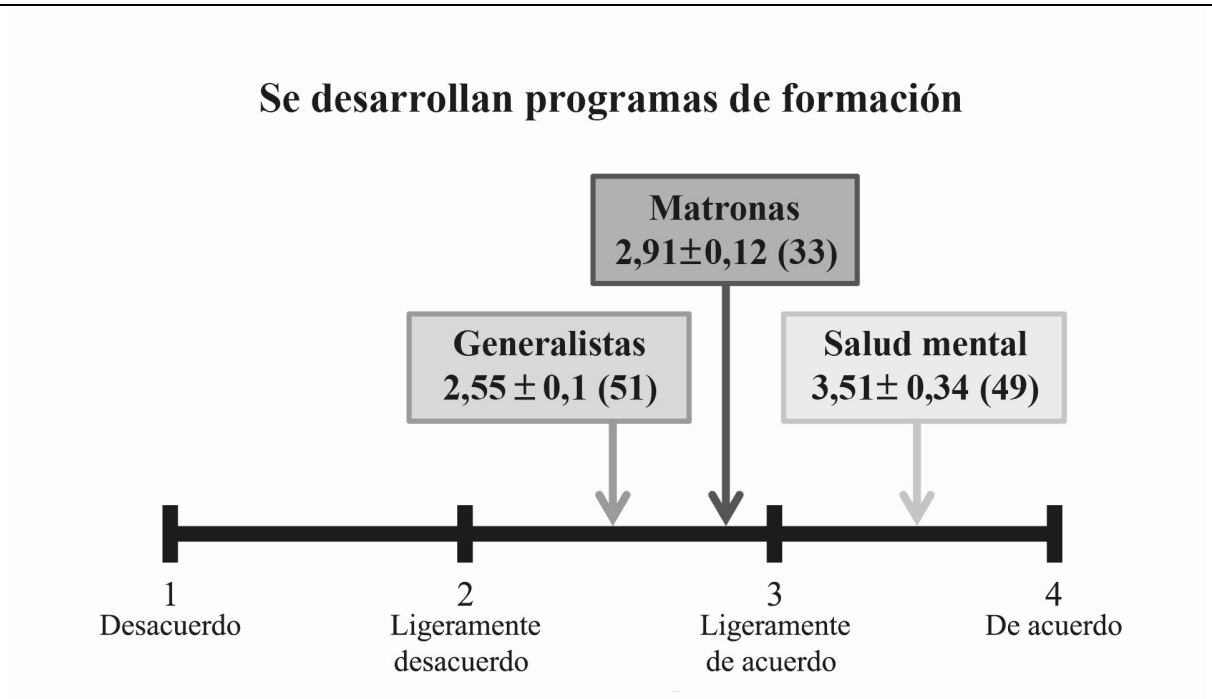


Gráfico 13: Se desarrollan programas de formación. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

c.3 Toma de decisiones enfermeras en cuanto a la subcategorización respecto a la toma de decisiones podemos analizarlas en las tablas 17, 18, 20, y 21; y en los Gráficos 5, 6 y 7 que se refieren a la utilización de diagnósticos enfermeros y la existencia de un plan de cuidados escrito para cada paciente.

c.4 Competencia profesional es la cuarta subcategorización que podemos analizarla en la tabla 39:

χ^2= 0,061			La enfermera tiene una competencia clínica					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	1	11	27	12	0	51
		%	2,0%	21,6%	52,9%	23,5%	0,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	2	6	29	11	1	49
		%	4,1%	12,2%	59,2%	22,4%	2,0%	100,0%
	Matrona	Recuento	4	6	9	14	0	33
		%	12,1%	18,2%	27,3%	42,4%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	7	23	65	37	1	133
		%	5,3%	17,3%	48,9%	27,8%	0,8%	100,0%

Tabla 41: La enfermera tiene una competencia clínica. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

En cuanto a la percepción que tienen las enfermeras de los tres grupos sobre la competencia clínica exponen que, sus compañeras son competentes, por lo tanto, no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos.

c.5 La Actitud, por último, esta subcategorización vamos a analizarla más detenidamente con respecto a los compañeros en general en el apartado de las relaciones multidisciplinares.

d) Identificar la percepción entre los grupos sobre la garantía de calidad en el trabajo.

Para ello se analizará los siguientes subapartados:

d.1 Hay plantilla suficiente para realizar adecuadamente el trabajo.

d.2 Hay suficientes enfermeras para proveer cuidados de calidad.

d.3 Los gestores se preocupan de la calidad de los cuidados.

d.4 La asignación de pacientes favorece la continuidad de los cuidados.

d.5 Existe un programa de acogida y tutela de nuevos enfermeros.

d.6 Hay un programa activo de garantía y calidad en el centro.

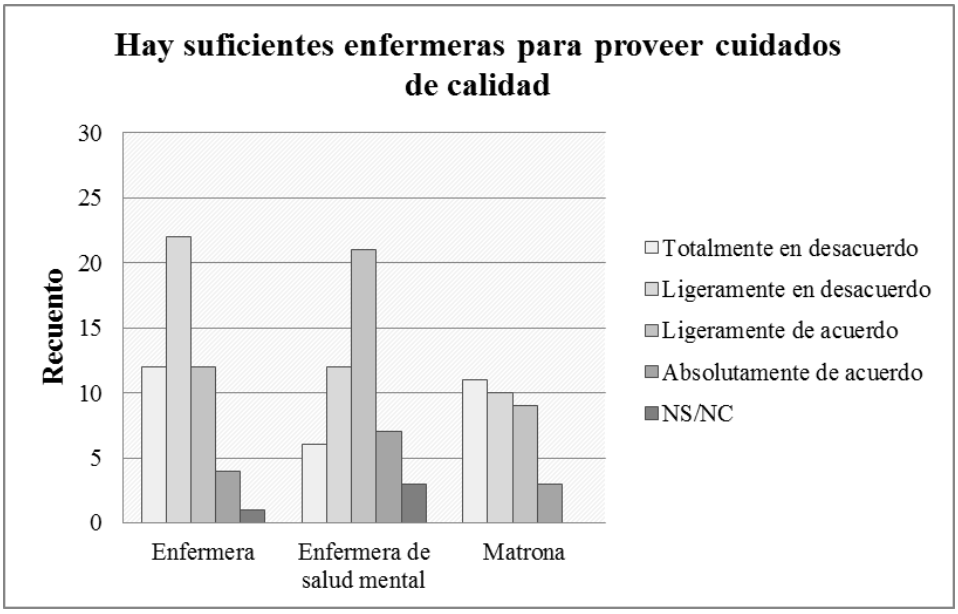


Gráfico 14: Hay suficientes enfermeras para proveer cuidados de calidad. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

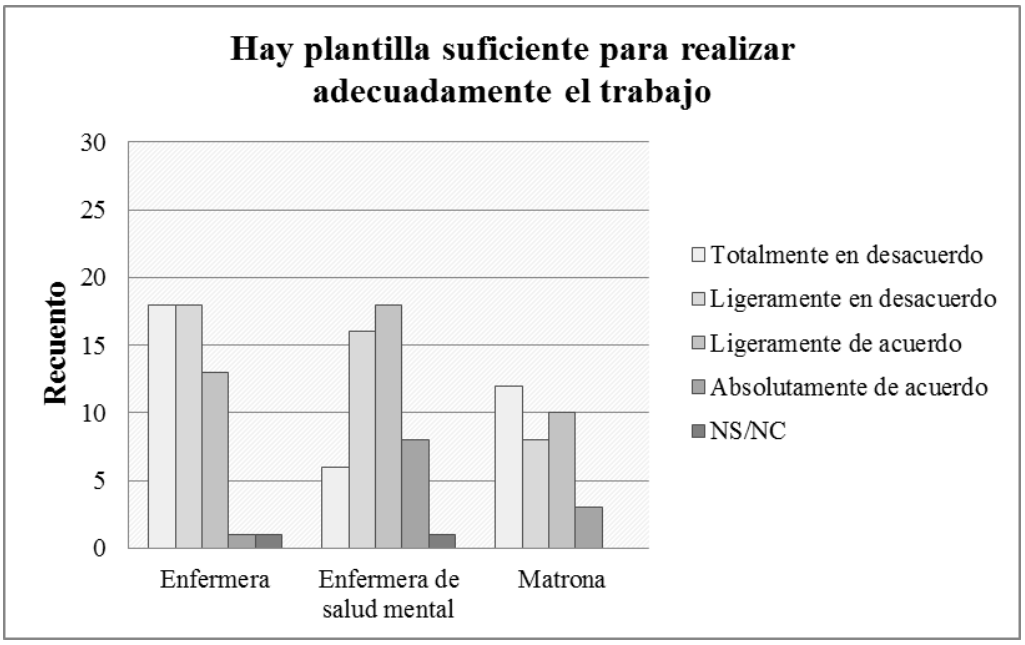


Gráfico 15: Hay plantilla suficiente para realizar adecuadamente el trabajo. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

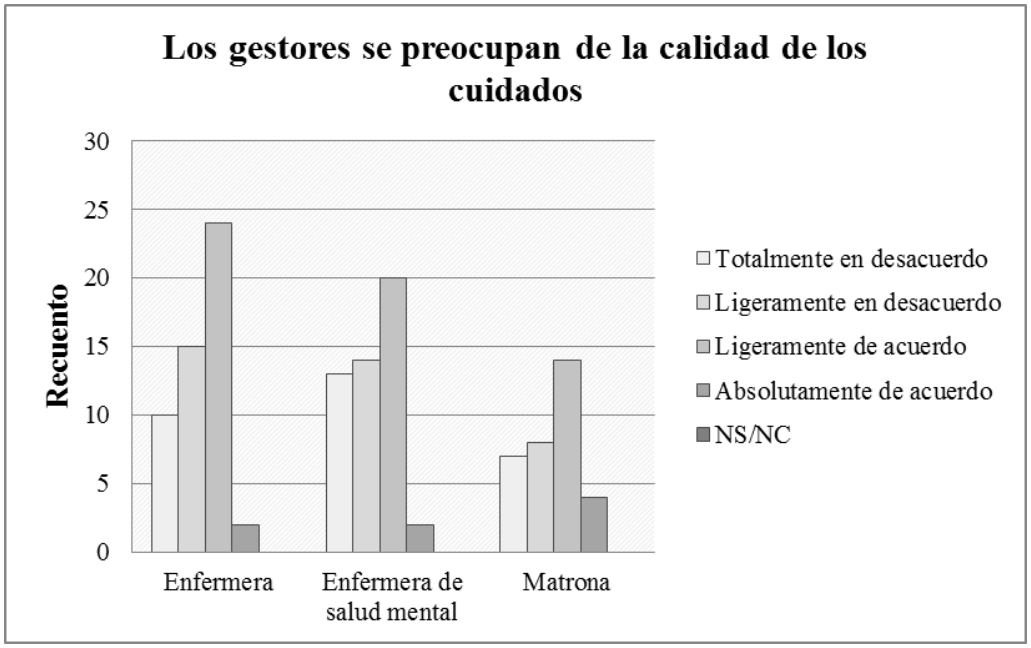


Gráfico 16: Los gestores se preocupan de la calidad de los cuidados. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Podemos afirmar que las enfermeras Generalistas y las Matronas opinan que no hay plantilla suficiente para realizar adecuadamente el trabajo, coincidiendo también ambos grupos en que existe escasez de personal enfermero para proveer cuidados de calidad, sin embargo, las especialistas en Salud Mental están de acuerdo que su ratio es adecuada. Sin embargo, los tres grupos coinciden en que los gestores se preocupan de la calidad de los cuidados en el Centro.

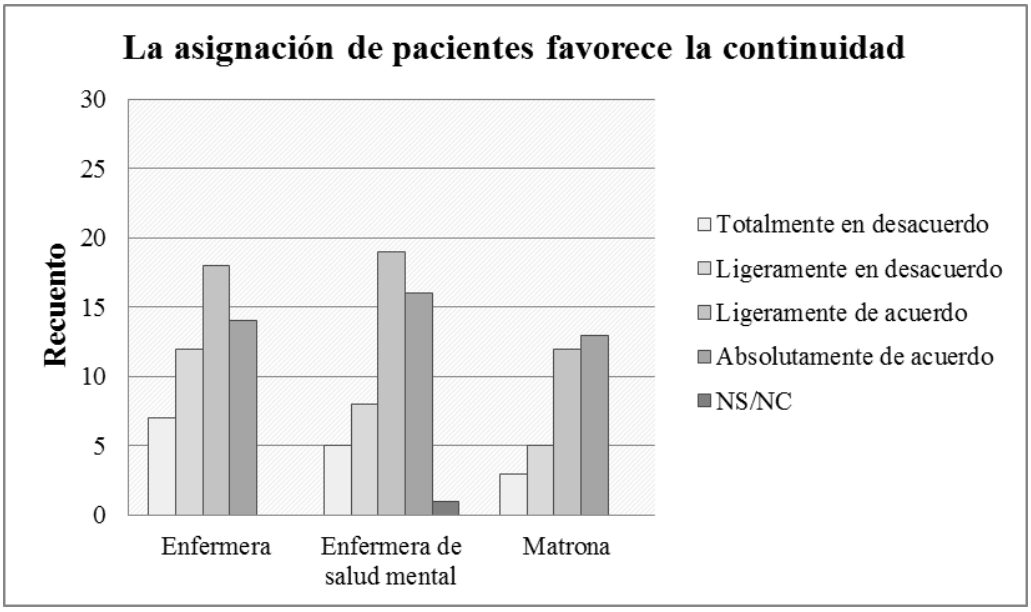


Gráfico 17: La asignación de pacientes favorece la continuidad de los cuidados. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Podemos aseverar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos (**χ2** es igual a 0,844). Por lo tanto, la percepción de las enfermeras es que desde que los cuidados han pasado de funcionales (prestación eficaz de tareas), a primarios (cuidados integrales y continuos, autónomos, facilitando la satisfacción del paciente y la familia, y fomentando el ejercicio profesional de la enfermera) siguen siendo de calidad.

En cuanto a si existe un programa de acogida y tutela de nuevos enfermeros que favorece la continuidad de la calidad en las diferentes unidades hospitalarias, se arrojan los siguientes datos:

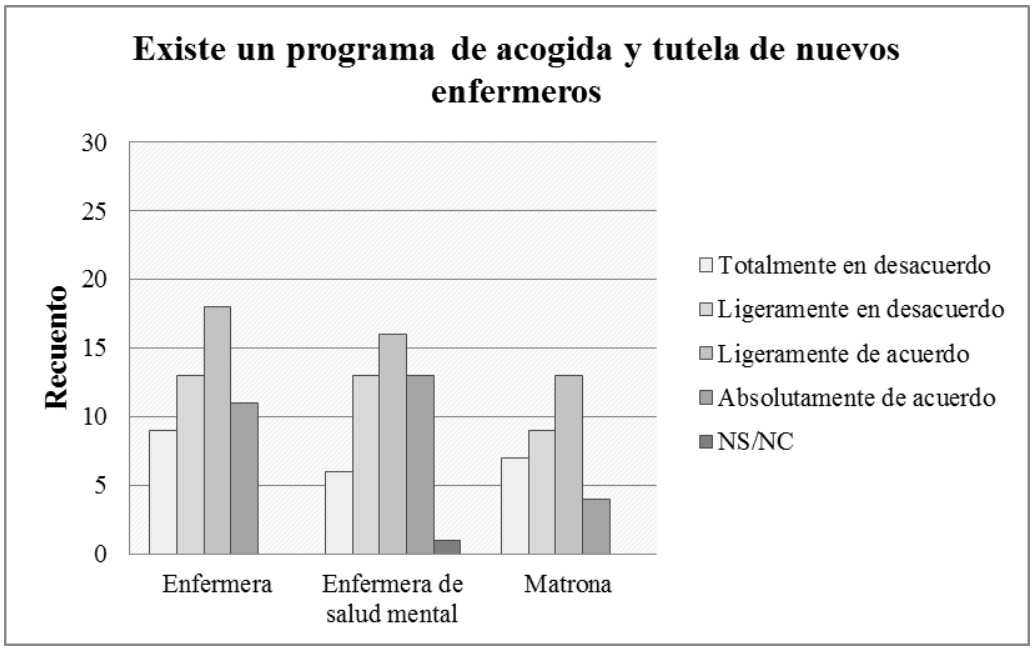


Gráfico 18: Existe un programa de acogida y tutela de nuevos enfermeros Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

En cuanto a la percepción por parte de las enfermeras de la existencia de un programa activo de garantía y calidad en el centro, subrayamos los siguientes datos:

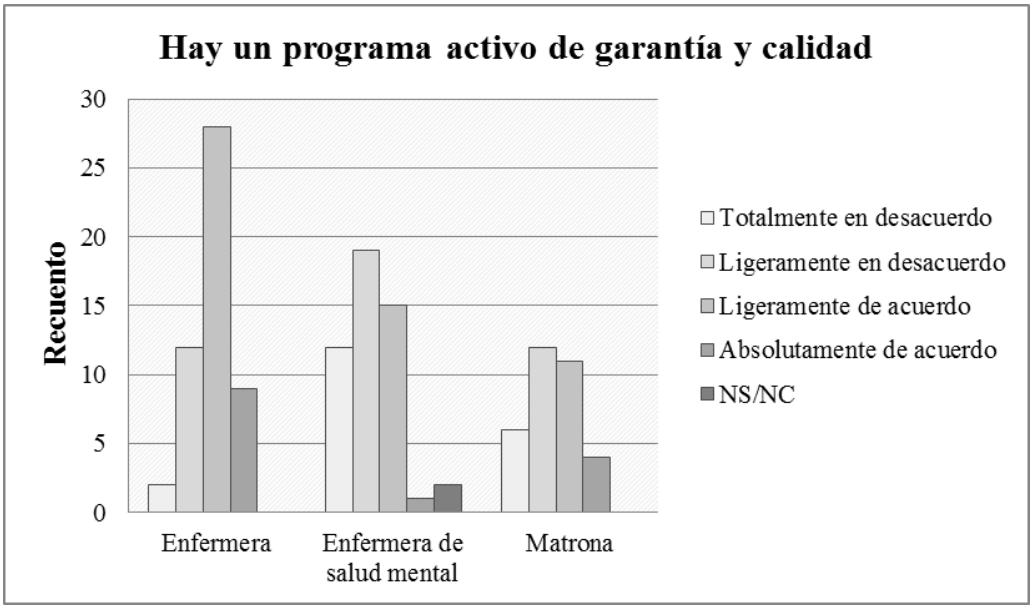


Gráfico 19: Hay un programa activo de garantía y calidad. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Podemos afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas (**χ2** es igual a 0,004), dichas diferencias son entre las enfermeras Especialistas y las enfermeras Generalistas. El grupo de enfermeras Especialistas están más en la línea del ligeramente en desacuerdo, mientras que las enfermeras Generalistas están en el perfil de ligeramente de acuerdo.

e) Relaciones multidisciplinares en el medio hospitalario

- *Trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.*

χ^2= 0,000			Se realiza mucho trabajo en equipo					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	18	22	8	2	1	51
		%	35,3%	43,1%	15,7%	3,9%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	4	13	19	9	4	49
		%	8,2%	26,5%	38,8%	18,4%	8,2%	100,0%
	Matrona	Recuento	14	12	7	0	0	33
		%	42,4%	36,4%	21,2%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	36	47	34	11	5	133
		%	27,1%	35,3%	25,6%	8,3%	3,8%	100,0%

Tabla 42: Percepción de las enfermeras sobre el trabajo en equipo. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, por una parte, las Especialistas en Salud Mental sienten que se trabaja en equipo, sin embargo, el grupo formado por las Generalistas y las Matronas están en desacuerdo ya que opinan que no se trabaja en equipo.

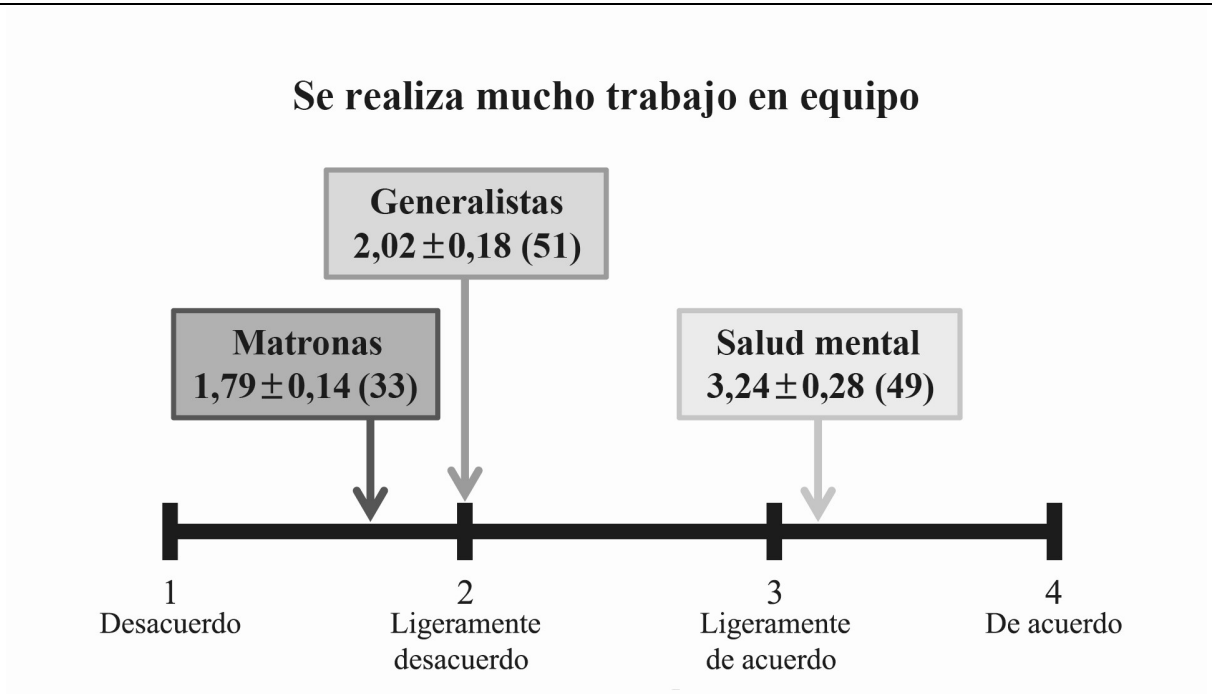


Gráfico 20: Percepción de las enfermeras sobre el trabajo en equipo. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

En la siguiente subcategorización analizaremos si existen buenas relaciones entre los médicos y las enfermeras

- *Existen buenas relaciones entre los médicos y las enfermeras*

χ^2= 0,001			Entre médicos y enfermeras hay buenas relaciones					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	2	23	19	6	1	51
		%	3,9%	45,1%	37,3%	11,8%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	1	12	22	12	2	49
		%	2,0%	24,5%	44,9%	24,5%	4,1%	100,0%
	Matrona	Recuento	8	14	10	1	0	33
		%	24,2%	42,4%	30,3%	3,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	11	49	51	19	3	133
		%	8,3%	36,8%	38,3%	14,3%	2,3%	100,0%

Tabla 43: Entre médicos y enfermeras hay buenas relaciones. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

En el siguiente gráfico podemos observar la diferencia estadísticamente significativa intragrupo, mientras que las Matronas están más cerca del ligeramente desacuerdo y en las especialistas de Salud Mental en ligeramente de acuerdo, las Generalistas son el eje de ambas. En la tabla 43 se observan diferencias significativas entre los grupos a estudio.

- *La práctica entre enfermeras y médicos se basa en la colaboración*

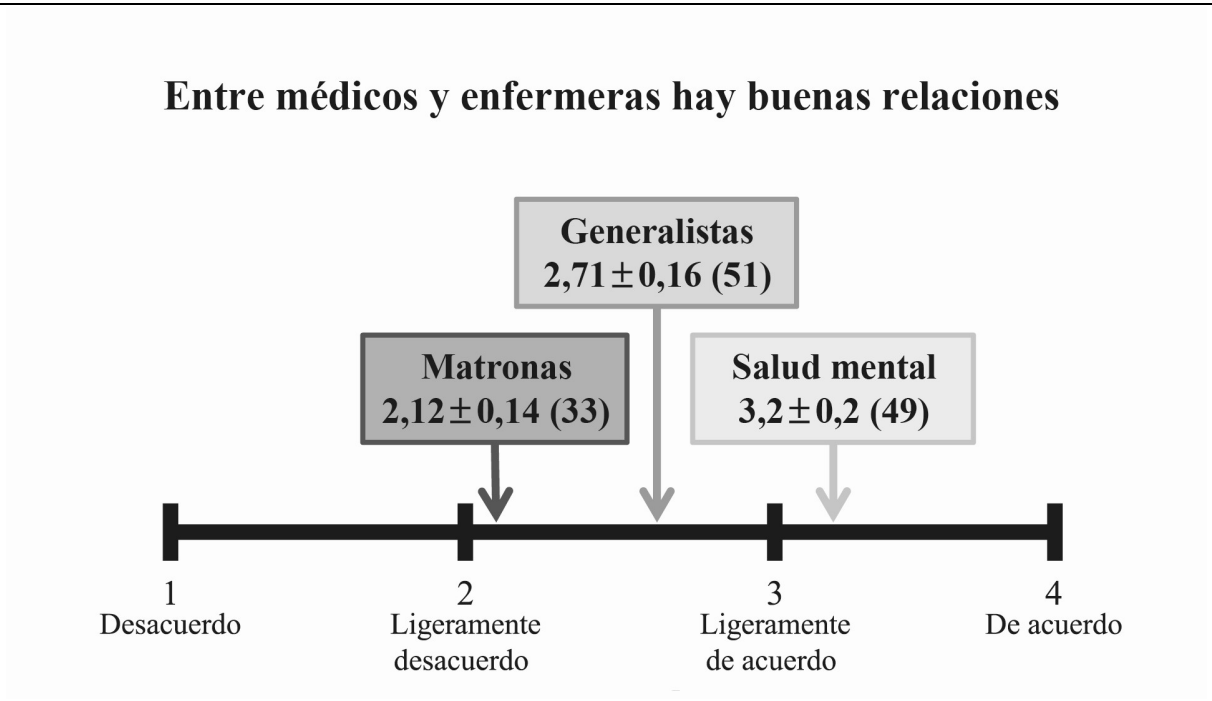


Gráfico 21: Entre médicos y enfermeras hay buenas relaciones. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

En esta nueva categorización notamos que las diferencias se mantienen entre todos los grupos, son las matronas las que opinan que no existe colaboración entre Matronas y médicos, mientras que las especialistas de Salud Mental consideran que sí existe esa colaboración, al igual que la subcategorización anterior las generalistas son el eje de la balanza (la **χ2** es igual a 0.001).

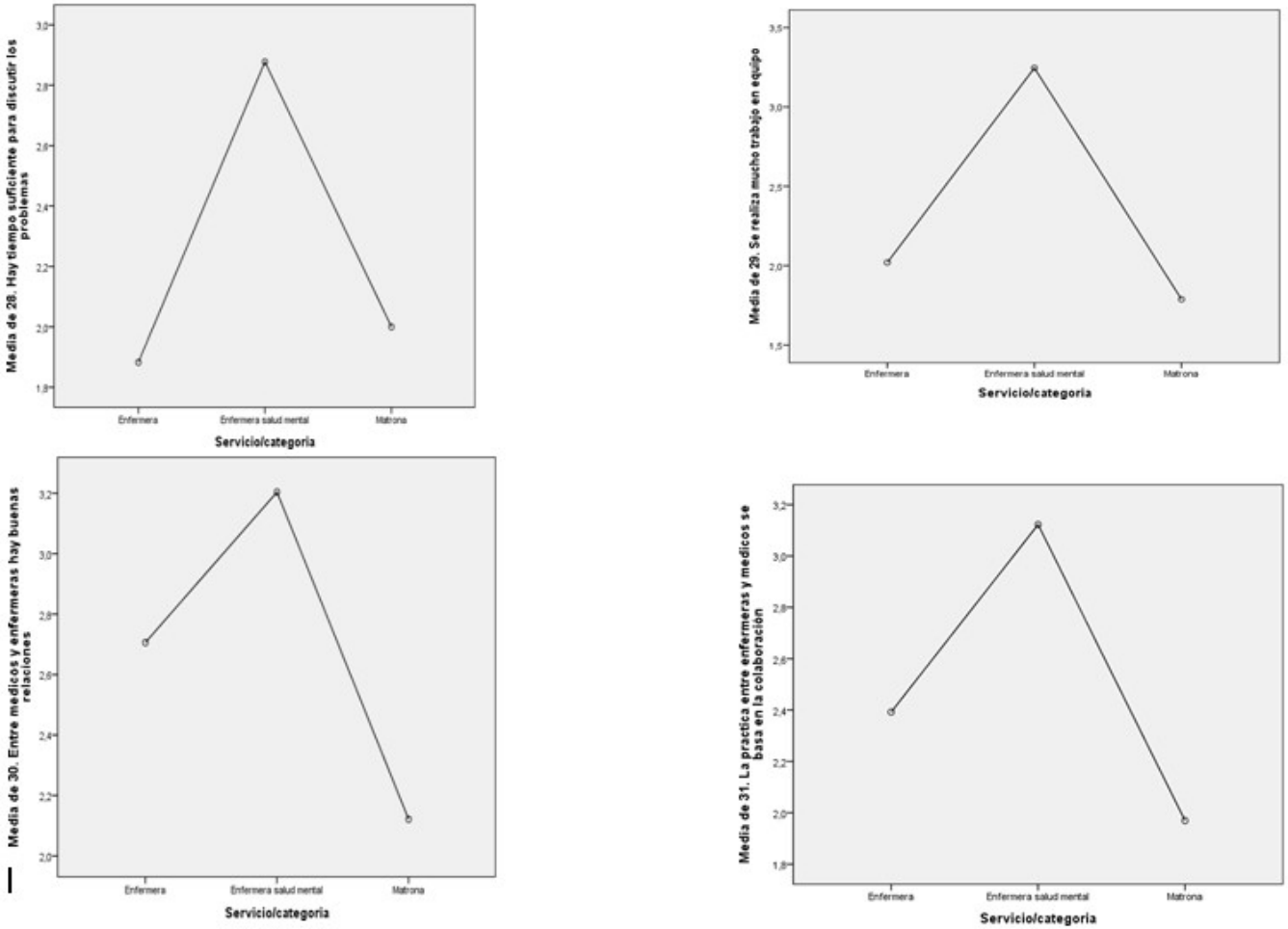


Gráfico 22: Resumen de la percepción por parte de las enfermeras de las Relaciones multidisciplinares en el medio hospitalario. Fuente: Entre médicos y enfermeras hay buenas relaciones. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadísticos SPSS.

Siguiendo el planteamiento cuanti-cualitativo que se ha llevado para presnetar los resultados, expondremos las respuestas relacionadas obtenidas de las entrevistas sobre si existen buenas relaciones entre los médicos y las enfermeras

EG8

[…]¿Qué te parece la relación que tenéis los compañeros aquí en esta unidad?

Muy buena, lo cierto es que nos llevamos muy bien. Tanto la gente de la mañana como los de tarde, como para la noche nos juntamos pues nos conocemos bien.

¿En quién piensas cuando hablas así?

Pues en enfermeras y auxiliares

¿Y con los médicos?

También nos llevamos bien. Lo que pasa es que es diferente, un poco mas... no hay tanta reciprocidad, ellos no están las 24 horas del día juntos. Además su forma de trato es más imperativa si llega el momento.

¿Imperativa?

Vamos, que es el médico.

¿Me podrías poner algún ejemplo?

Pues… por ejemplo si tú no estás de acuerdo que un paciente se vaya de alta porque no ha habido tiempo que aprenda algún cuidado personal (que puede pasar) y le comentas que mejor 2 días más, pues prevalece su opinión y le da el alta y punto.

¿Por lo tanto podríamos decir que no se trabaja de forma colaborativa con ellos?

Para esto no, otras cosas sí. […]

EG1

[...] **¿Qué tal aquí la relación entre vosotros?**

Pues la verdad es que nos llevamos muy bien.

¿Con los médicos también o es diferente?

Bueno con los médicos es un poco diferente, date cuenta que no tenemos la complicidad de estar juntos en los diferentes turnos; pero también nos llevamos bien. Es una relación amable. […]

EG 11

[…] ¿A vosotras os tratan igual que a los médicos?

No, que va, los médicos son los médicos, los médicos son como los dioses del Olimpo, a ti te gritan, vamos que vas a realizar las funciones que te han dejado prescritas el médico y te protestan a ti, al médico son incapaces de decirle que porque todos los días analítica, en cambio a ti te montan unos pollos cada vez que vas a pincharles, a los médicos no, además con los médicos tienen incluso educación: "si doctor, no doctor", y a nosotros: "shh, shh, morena, niña", todo eso se les va corrigiendo, poco a poco, hay algunos que no se corrigen, pero yo creo que el trato con ellos, entran de uñas y se van mas amigables, porque la gente, sí que es verdad que se enrolla más con ellos, y eso todo el mundo lo agradece, pero no lo hacemos para que nos lo agradezcan, lo hacemos porque sale de nosotras, igual que si se te atraviesa uno pobrecito, que le pillen confesado, porque no tienen ni yogur de esos.[…]

En cuanto a las Matronas por su parte en las entrevistas expresan:

M3

[…]¿Relación del equipo de trabajo "(auxiliares, matronas, médicos) de aquí?

Hay mucha jerarquía, en otros sitios no se trabaja así, se trabaja mucho más en equipo en otros sitios. Aquí como compañeras entre matronas yo me siento muy bien, creo que se trabaja muy bien con los auxiliares, con los residentes de ginecología

depende, y mucha jerarquía, de ahí para arriba es como que no existes, vamos que estás ahí casi a su servicio de… No te ponen en tu plano de independencia, no. Yo no lo siento así.[…]

M6

[…]Con respecto a tus compañeros, equipo de trabajo, estoy hablando de los enfermeros, auxiliares de enfermería y los médicos, ¿Cuál es el ambiente?

Es muy diferente es muy diferente en los distintos servicios. En el embarazo patológico, hay un ambiente muy bueno, o mejor dicho, había un ambiente muy bueno. Cuando nosotros cogimos el servicio, éramos todos gente joven, con contratos eventuales, con ganas de trabajar, las auxiliares que estaban, llevaban toda la vida trabajando en el embarazo patológico, con lo cual sabían más de patología del embarazo, casi ellas que nosotros, tenían mucho más experiencia y la verdad es que se formó, con la doctora González, se formó un equipo muy bueno, a este servicio le llamábamos nuestro cortijo, porque era como nuestra casa "ahora vamos a comprar unas plantas, ahora unas cortinas, ahora vamos a hacer no sé qué …, ¿y esto doctora?, no lo vamos a hacer así, hemos pensado hacer las analíticas mejor", como que hubo muy buen ambiente en general, con los médicos muy bien y con el personal de enfermería, o sea con los auxiliares, muy bien.

En el preparto y el paritorio somos muchas matronas y muchos auxiliares, entonces pues, bueno, en general hay buen ambiente, pero con los movimientos que ha habido ahora a raíz de la ope, pues si que se ha notado como que ha costado, que hasta que todos los grupos vuelvan vuelven otra vez a funcionar y tal.

Y con los médicos, la situación es…,

A ver depende mucho de los asuntos.

Por ejemplo, aparecen poco por el paritorio con lo cual con quien más relación tenemos es con los residentes; y con los residentes depende mucho de las personas en concreto, hay gente que muy bien y otra gente que desde el principio te marca mucho la distancia, “de que yo soy el médico y esto se hace porque yo lo digo y tú tienes que estar un poco a mi servicio”, lo cual es un poco diferente, pero bueno…. Poco a poco

intentamos ir cambiando la situación, pero bueno, en general yo creo que no hay mal ambiente de trabajo. […]

SM6

[…]¿Cómo lleváis las relaciones con los compañeros de trabajo?

En términos generales bien. Aquí el trabajo debe ser muy organizado, informarnos todos, etc. Porque si no pueden decirte el paciente una cosa que no es. Pero a veces depende de las personas, hay gente que se impone.

¿Quiénes?

Sobre todo, los psiquiatras […]

SM7

[…]¿Normalmente con quién te relacionas, aquí en la unidad?

Las compañeras enfermeras, las auxiliares, las de la limpieza, los psiquiatras, los médicos internistas, las psicólogas, las de terapia, las del gimnasio, todas.

¿Qué características personales valoras más en toda esta gente?

El querer trabajar en equipo, el querer compartir lo que valoran del paciente, porque la terapeuta, desde su punto de vista, es diferente que el del psiquiatra, que le dé la enfermera, que el de la auxiliar. El compartir esa impresión nos hace encajar mejor de qué forma le puedes ayudar más.

¿Es una relación horizontal o hay personas que siempre tienen la última palabra?

Es bastante horizontal, pero ante diversidad de opiniones quien toma la decisión es el médico, aunque nosotras no estemos de acuerdo. […]

- *La práctica entre enfermeras y médicos se basa en la colaboración*

En cuanto a la tercera subcategorización, observamos que los grupos tienen estadísticamente diferencias significativas. Mientras que las Matronas están muy alejadas de la opinión de que se trabaje de forma colaborativa, las enfermeras especialistas de Salud Mental opinan que sí se trabaja de forma colaborativa. En cuanto a las Generalistas están muy cerca del ligeramente en desacuerdo

χ^2= 0,003			La práctica entre enfermeras y médicos se basa en la colaboración					
			Totalmente en desacuerdo	**Ligeramente en desacuerdo**	**Ligeramente de acuerdo**	**Absolutamente de acuerdo**	**NS/NC**	**Total**
Servicio/ categoría	**Enfermera**	Recuento	9	23	14	4	1	51
		%	17,6%	45,1%	27,5%	7,8%	2,0%	100,0%
	Enfermera de salud mental	Recuento	2	16	20	8	3	49
		%	4,1%	32,7%	40,8%	16,3%	6,1%	100,0%
	Matrona	Recuento	13	9	10	1	0	33
		%	39,4%	27,3%	30,3%	3,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	24	48	44	13	4	133
		%	18,0%	36,1%	33,1%	9,8%	3,0%	100,0%

Tabla 44: Percepción por parte de las enfermeras de la vertiente colaborativa con los médicos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

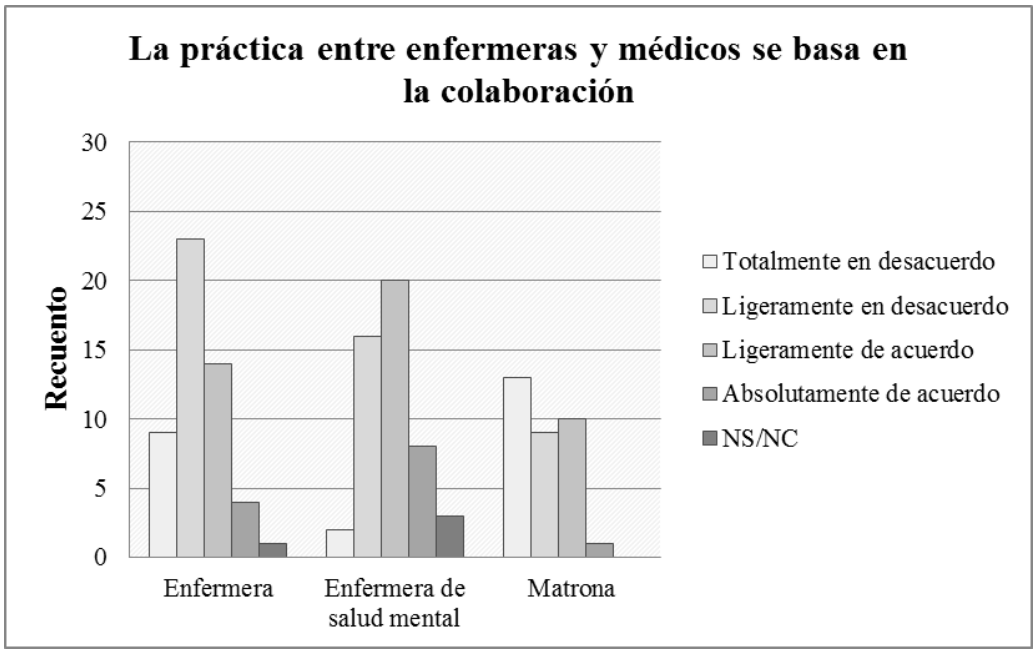


Gráfico 23: Percepción por parte de las enfermeras de la vertiente colaborativa con los médicos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

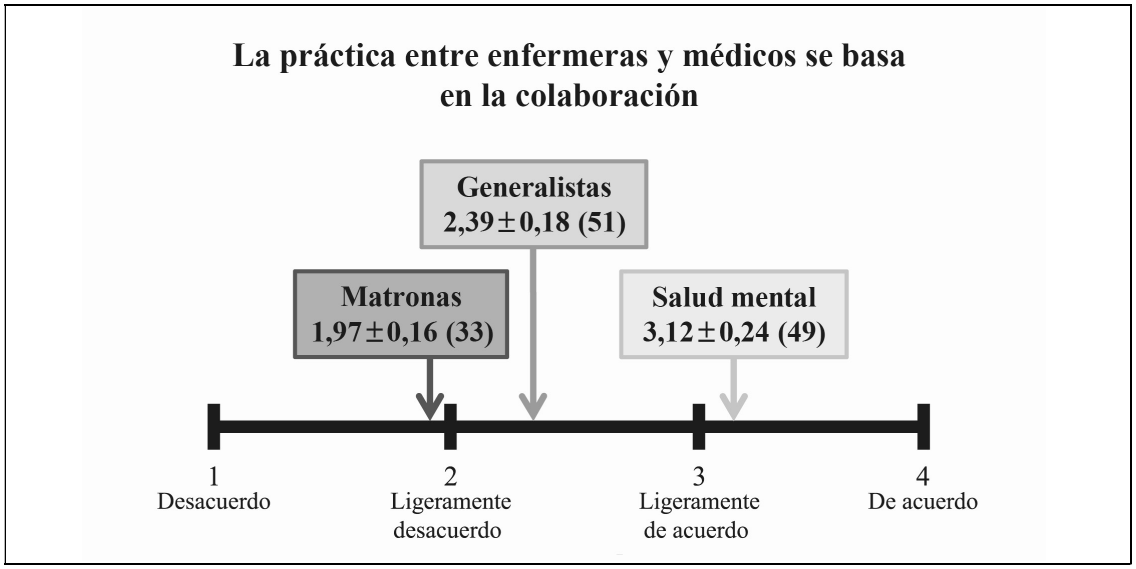


Gráfico 24: Percepción por parte de las enfermeras de la vertiente colaborativa con los médicos. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del software estadístico SPSS.

CAPITULO X: DISCUSIÓN

Tras describir y analizar los diferentes resultados obtenidos concernientes a los diferentes cuestionarios, y las entrevistas llevadas a cabo a las enfermeras tanto Generalistas como Especialistas procede ahora realizar la discusión. En el objetivo General planteábamos que deseábamos conocer la percepción de las enfermeras sobre la toma de decisiones autónomas en el contexto laboral y el ámbito que les es propio, tratando de identificar las variables causales relacionadas con la toma de decisiones.

Vamos a centrar la discusión en aquellos aspectos más relevantes que se han extraído de los resultados obtenidos, dado que no disponemos de elementos específicos de comparación con los que contrastar nuestros resultados y nuestras aportaciones.

Siempre estudiamos en los diferentes textos sobre la capacidad autónoma de la enfermera, por ello pretendemos conocer y analizar realmente su percepción al respecto.

10.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Un tema relevante a observar es que a las Matronas se les requiere el título de enfermeras obstétrico-ginecológicas en todo el territorio español para ejercer como tales, sin embargo, a las enfermeras especialistas en Salud Mental no ocurre lo mismo, ya que una enfermera Generalista puede ejercer en hospitalización en una unidad de Salud Mental sin tener la titulación específica. Esto se observa en las variables sociodemográficas y en las diferentes encuestas (Resultados: tabla 13 y14). Se solicita

el título de especialista en Salud Mental en: la Comunidad Autónoma del País Vasco (218) , Comunidad Autónoma de Galicia (219), Comunidad Autónoma de Andalucía, (220) Comunidad Autónoma de Cantabria (221), Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (222), Comunidad Autónoma de Aragón (223), Comunidad Autónoma de Extremadura (224), Comunidad Autónoma de las Illes Balears (225), Comunidad de Castilla- León (226), de las 17 existentes más las 2 ciudades autónomas. Menos de la mitad de las Comunidades solicitan la especialidad de Salud Mental.

Gancedo especifica que:

> *"En 1998 empezó a emplearse la misma fórmula para la especialidad de Salud Mental. Sin embargo, a diferencia de las matronas, esta titulación no pasó a ser un requisito para trabajar en los servicios que se le asocian, al no crearse su correspondiente categoría profesional vinculada al puesto de trabajo. De este modo, mientras estuvo vigente el RD 992/1987, no se generaron puestos de trabajo específicos para los que fuera preciso contar con la especialidad de Salud Mental."* (227)

Esta actitud con respecto a las especialidades enfermeras por parte de los poderes públicos es una desidia en cuanto a la valoración del cuidado que las enfermeras pueden ofrecer, y es un despilfarro del dinero público utilizado en cuanto a la inversión realizado en el estudio de la especialidad. Es además una anomalía legal ya que el Decreto de especialidades no contempla acompañamiento retributivo

En cuanto al porcentaje de profesionales atendidos por sexos observamos que la desviación en cuanto a la media de la comunidad de Madrid no es significativa siendo los trabajadores de sexo masculino de 14,6 % y el femenino de 85,4%, mientras que en la investigación es del 12% los profesionales masculinos y un 88% los femeninos

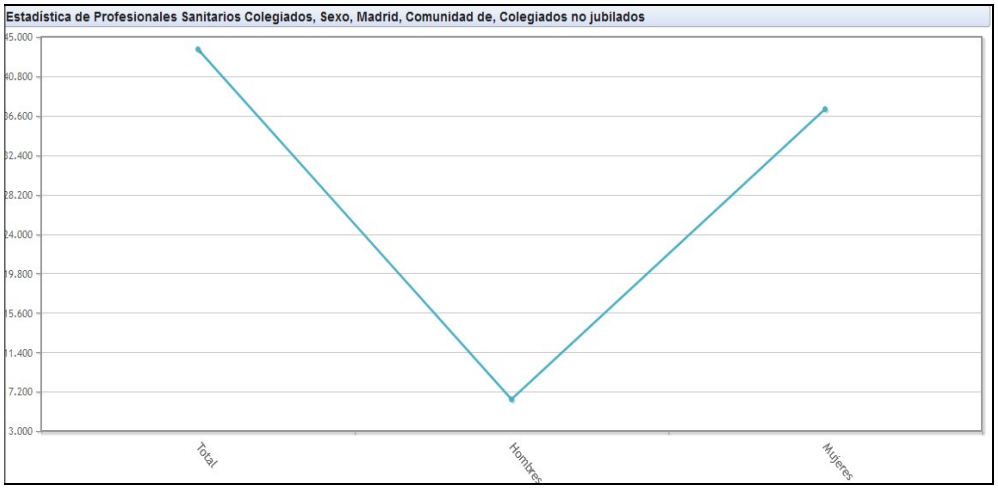


Gráfico 25: Número de Enfermeras por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, situación laboral y sexo. Comunidad de Madrid.. Fuente INE.

En cuanto a la media de edad es de 41,74 años, por lo que se corrobora por lógica que el tiempo medio trabajado sea de 18,85 años, que sean fijos en el puesto de trabajo en un 57,9% y que la vivienda sea propia en un 81,2 % pues en España es más usual que el alquiler de vivienda como en Austria, Noruega, Alemania.

Podemos determinar en las diferentes tablas, que los profesionales estudiados en los hospitales analizados en esta investigación de Madrid coinciden según su edad en convivir con esposo o compañero si esta edad es más avanzada, y además tener una casa en propiedad; mientras que el rango de menor edad suelen residir con sus padres y /o en pisos de alquiler compartidos.

No existen variaciones importantes en todo el territorio español con respecto a las variables demográficas especificadas, según señalan Fernández Fernández ML, y Santo Tomás Pérez M. (228)

10.2 APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS AUTÓNOMAS POR PARTE DE LAS ENFERMERAS GENERALISTAS Y ESPECIALISTAS

Las medidas autónomas enfermeras se han relacionado siempre con la satisfacción por el propio trabajo y la idea de la profesionalización (229), los ambientes de práctica profesional positivos y las percepciones de la calidad del cuidado. (25,48, 230)

Sin embargo, observamos tanto en la literatura como en los relatos de las enfermeras que, si bien se acepta la existencia teórica de la vertiente autónoma, existen ciertas objeciones que se verbalizan posteriormente en las diferentes entrevistas. Según Shulman una profesión es lo que sus miembros opinan de ella, lo que hacen con ella y lo que los usuarios opinan de esa labor (231), y en las diferentes revisiones de los artículos existentes se concluye que la imagen enfermera está saturada de estereotipos (232). Se percibe que el profesional de enfermería está dentro del grupo de las profesiones sanitarias no médicas pero que giran en torno a la medicina. Se habla de profesión dominada, en el sentido de responder a presiones de otros grupos, en concreto, la profesión médica (233). Sellán en 2007 concluye que *"en el imaginario social, que hemos analizado a través de las instituciones, textos, normativas legales, programas de estudios, competencias profesionales, se muestra que la importancia del quehacer de las enfermeras, lo es, siempre como prolongación o suplementación del saber médico, masculino"* (9), y esto se refleja también en diferentes entrevistas.

Según Alberdi, existe una contradicción manifiesta entre el discurso y la actuación real en los cuidados, entre la teoría y la práctica (234,235), aspecto que, en ocasiones se escucha comentar a los estudiantes de enfermería

Todo ello apoya que aún no está afianzada la vertiente autónoma enfermera en la actualidad en los hospitales, lo cual no implica que en un futuro no pueda desarrollarse como afirman tanto Sellán (135) como Hall (236). Esta cuestión es relevante y sigue estando sin resolver; Las enfermeras españolas, pese a la legislación vigente, no tienen

asegurado su rol autónomo dentro del equipo de salud (9), ya que realizan actividades delegadas por el médico, al menos en la práctica hospitalaria, siendo todavía las que se llevan el mayor tiempo en una jornada laboral.

Basándonos en lo anterior más en nuestros resultados podemos afirmar que, al contrario de lo que se opinaba al inicio de la realización de la tesis doctoral, son las enfermeras generalistas las que utilizan de forma más exhaustiva los modelos y los planes de cuidados enfermeros individualizados de acuerdo a la metodología enfermera. Sin embargo, también afirman que la aplicación de las medidas terapéuticas autónomas es en un porcentaje muy inferior a las dependientes y de colaboración, resultados que han sido verificados con la literatura consultada. (237)

Las enfermeras especialistas utilizan protocolos de actuación, pero no hacen un seguimiento concreto diario según un plan enfermero estipulado: las enfermeras de Salud Mental realizan un plan quincenal de común acuerdo con todos los estamentos de la unidad; mientras que las Matronas utilizan un partograma para hacer un seguimiento del parto.

Afirman todas ellas que en su opinión están más preparadas para la realización de mayores funciones de las que realizan.

En la actualidad se entiende que el ejercicio profesional hospitalario debe ser multidisciplinar siendo el centro de atención el paciente, para ello es imprescindible según Henneman, Lee y Cohen (238) el respeto hacia y la aceptación de los conocimientos y juicios de cada miembro del grupo, siendo un prerrequisito de la colaboración". Los enfermeros que tomaron parte en una de las investigaciones concluyeron que cuando no se tienen en cuenta el conocimiento y la experiencia de este estamento, se afecta la autonomía. (48)

10.3 LA SATISFACCIÓN LABORAL Y SU RELACIÓN CON LA AUTONOMÍA PROFESIONAL

Tras analizar las contestaciones de las enfermeras Generalistas observamos que en su mayoría opinan que la autonomía profesional no existe prácticamente en el hospital de agudos, si bien entienden que existirá más en Atención Primaria.

Sin embargo también consideran que si se realizara un cambio en la organización del trabajo y se aumentaran los recursos humanos sería más fácil desarrollar la vertiente autónoma enfermera y mejorar la calidad del cuidado; en esto coinciden con Kramer (239,240) y con Aiken (66) que especificó en Congreso Internacional de Enfermería de Barcelona.2017 que" *"La escasez de enfermeras incrementa un 7% la mortalidad de pacientes"*. Con respecto a las enfermeras especialistas obstétrico-ginecológicas advertimos que las consideraciones son diferentes a las generalistas, dado que en realidad lo que extrañan en su ejercicio profesional es poder realizar las funciones para las que han sido preparadas. Expresan que debido a la aglomeración de los médicos residentes obstetras a veces deben dejar paso a estos cuando en partos normalizados no haría falta su asistencia. Esto lo sienten como una intrusión en su ejercicio profesional. Sin embargo, también especifican que en realidad esto depende de la cultura del hospital, pues en hospitales menores los partos son llevados íntegramente por las matronas (Ibiza), no así en hospitales de tercer nivel como el hospital investigado (Hospital Universitario La Paz).

En cuanto a las enfermeras especialistas en Salud Mental observamos que tienen características comunes, pero no hay que olvidar que pertenecen al hospital monográfico de Salud Mental Dr. Rodriguez Lafora, con lo que la cultura de éste es diferente al otro hospital investigado (Hospital Universitario La Paz de Madrid). Todas ellas presentan satisfacción en su puesto de trabajo e incluso opinan que tienen capacidad autónoma en el hospital.

10.4 LOS HOSPITALES MAGNÉTICOS

Tras todos estos análisis opinamos que el cambio y empoderamiento de la vertiente autónoma enfermera pasa por un cambio organizacional basado en las características de los hospitales magnéticos. Con ellos se consiguen unos cuidados excelentes.

Obviamente esto debe ir acompañado de otras políticas de recursos humanos, y de planteamientos innovadores para conseguir sinergias que lleven a la excelencia.

La estructura vertical explicitada por la mayoría de enfermeras y la falta de apoyo de la gerencia son unas de las características a variar en un hospital para que se le considere Magnético, donde las opiniones de los profesionales cuentan. La potenciación de los conocimientos, el apoyo a los estudiantes, el apoyo a las enfermeras que inician su andadura profesional como protocolo, son propuestas para mejorar la calidad hospitalaria actual.

Las buenas relaciones interpersonales son fundamentales para potenciar la satisfacción laboral, todo esto unido hace que las enfermeras ejerzan de forma mejor su profesión y trasmitan al paciente mayor seguridad y confort.

10.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Esta investigación no esta exenta de limitaciones que van desde las dificultades a la hora de realización del estudio en cuanto a la realización de entrevistas y cuestionarios por reducción de plantilla, por una parte, sobre todo en el colectivo de matronas que además al inicio no se mostarron muy colaborativas en la investigación

Se han tenido que ir negociando todos los significados (aunque la negociación de significados sea lo habitual en este tipo de investigación) sobre la palabra autonomía lo que llama la atención, ya que, a pesar de entenderse teóricamente, a la hora del ejercicio profesional se ignoraba en realidad su acepción, pues cada enfermera, salvo raras excepciones, definía ésta de forma imprecisa.

El haber ejercido durante 30 años de enferma generalista puede haber influido en presentar un sesgo de la investigadora a la hora de la realización de las preguntas de las diferentes entrevistas.

Existen pocos artículos en cuanto a investigación práctica de hospitales magnéticos en España, ya que, lo mas que hay en España respecto a este modelo organizativo, son aproximaciones en algún hospital concreto, como el Hospital Clínic de Barcelona (model Clinic)

10.6 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Tras realizar esta Tesis esta doctoranda se plantea seguir con esta línea de investigación, pero profundizando más en los hospitales magnéticos y en la percepción de magnetismo que tienen los hospitales para las enfermeras.

CAPITULO XI: CONCLUSIONES

11.1 LA AUTONOMÍA ENFERMERA

La percepción de autonomía es percibida de forma similar por los diferentes profesionales, bien sean especialistas o generalistas.

La percepción de las enfermeras generalistas y las especialistas en los aspectos de Fundamentos Enfermeros de la calidad de los cuidados y en cuanto a la calidad, liderazgo y apoyos a las enfermeras por parte de los gestores son similares.

Las enfermeras generalistas perciben que su autonomía está muy limitada a nivel hospitalario teniendo en cuenta los estudios realizados, y las enfermeras especialistas suelen actuar más por protocolos que por planes de cuidados.

Un número importante de enfermeras conservan el actuar de un modelo biomédico, realizando mayor cantidad de actividades de asistencia y administrativas y en menor porcentaje realizan las actividades de apoyo educativo y de apoyo psicosocial.

Existe bajo nivel de autonomía existente a nivel hospitalario lo cual no implica el deseo por parte de algunas de las profesionales de tenerla.

Las enfermeras tanto especialistas como generalistas opinan que es necesario reforzar la autonomía profesional, pero no se comprometen de alguna manera para conseguir la existencia de esta.

11.2 LAS NORMAS INTRAHOSPITALARIAS:

Las normas de comportamiento están situadas alrededor de los valores centrales sociales, lo que se salga de ahí es anormal; pero el cuadro de Greimas nos especifica *"la representación visual de la articulación de un conjunto de símbolos dados"* y eso nos explica las normas intrahospitalarias:

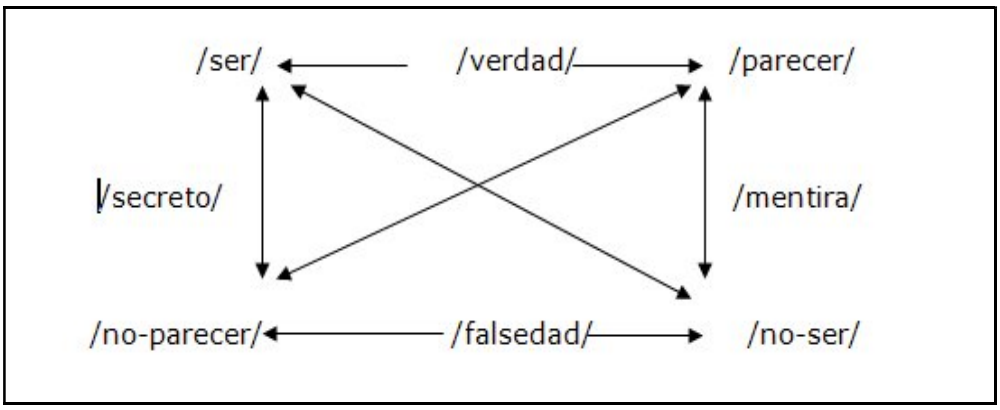


Figura 24: El cuadro de Greimas. Fuente: Semiotica UAP. Elaboración propia.

Entre la conversión y la perversión esta la subversión y la reversión, este apartado es interesante porque aquí podemos hablar del concepto que los normales tienen de profesionales que reivindican esa vertiente autónoma que todos conocemos pero que no ejercemos. El pensamiento subversivo[11], sería plantear sobre qué base se dice que las enfermeras no están preparadas para actuar de forma autónoma. Es subversión porque se cuestiona la norma, porque no acepta esa diferencia como intrínseca.

Existe una necesidad real de cambiar la organización decimonónica hospitalaria para centrar realmente el foco en lo importante: el paciente.

[11] Infante, Luis. Clase Magistral. 23-1-2003:" La subversión es hacer una pregunta a la norma cuestionándola"

11.3 EL EMPODERAMIENTO DE LAS ENFERMERAS

Es pertinente implementar medidas de modificación del sistema hospitalario, transformando la organización actual en un modelo centrado en el paciente. La enfermera tiene un papel fundamental en este cambio, y su empoderamiento favorecería la participación del paciente, el abaratamiento de costes hospitalarios, y un aumento de la calidad profesional.

11.4 LAS ENFERMERAS Y LA POLÍTICA

Es importante que las enfermeras participen de la política de los pueblos, comunidad y estado, a ser posible, por sus conocimientos y capacidades de favorecer la salud en toda la población.

11.5 EL EJERCICIO PROFESIONAL

Es imprescindible aumentar la ratio enfermera paciente para poder ejercer con la autonomía para la que la Universidad nos educó, y la excelencia en el cuidado que las personas se merecen.

Otra parte importante de la investigación es que deja patente la necesidad de que para que los cuidados enfermeros sean excelentes se necesita un aumento de plantilla y un aumento de la autonomía enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. BOE nº 200 1977 22 agosto:18716-18717.

(2) «BOE» núm. 280, de 22 de noviembre de 2003, páginas 41442 a 41458 (17 págs.). 2003.

(3) «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Available at: https://dle.rae.es/. Accessed Jul 3, 2019.

(4) Erikson EH. Identidad. Juventud y crisis. U. S. A.: W. W. Norton & Company; 1968.

(5) Baumeister Rf, Muraven M. Identity as adaptation to social, cultural, and historical context. Journal of Adolescence 1996;19(5):405-416.

(6) Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. 8ª reimpresión ed.: Editorial Amorrortu, Buenos Aires, Argentina; 2001.

(7) Côté J,E. Identity formation, agency, and culture : a social psychological synthesis. Mahwah (New Jersey): Mahwah New Jersey Lawrence Erlvaum Associates; 2002.

(8) Kroger J. Identity in adolescence: The balance between self and other. : Routledge; 2004.

(9) María Carmen Sellan Soto. Identidad y conflicto en el ejercicio del cuidado : una aproximación histórica a la dinámica de la identidad enfermera en España Carmen Sellán Soto,director de tesis Florentino BlancoTesis doctoral inédita leída en la Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud , Fecha de lectura:16 de mayo de 2007; 2007.

(10) Bruner J. Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. 2ª ed.: Alianza Ensayo; 1991.

(11) Mead GH. Mind, self and society. : Chicago University of Chicago Press; 1934.

(12) Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. : Univ of California Press; 1986.

(13) Goffman I. La presentación del yo en la vida cotidiana, Amorrortu. Bs.As 1971.

(14) Burke P. Visto y no visto: el uso de la imagen como documento histórico. : Crítica; 2001.

(15) Kramer M, Maguire P, Schmalenberg CE. Excellence through evidence: the what, when, and where of clinical autonomy. JONA: The Journal of Nursing Administration 2006;36(10):479-491.

(16) Schmalenberg C, Kramer M. Essentials of a productive nurse work environment. Nurs Res 2008;57(1):2-13.

(17) Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. Aquichan 2005;5(1):114-127.

(18) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos parte I. Nursing (Ed. española) 2005 Mar;23(3):8-13.

(19) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos parte II. Nursing (Ed. española) 2005 Apr;23(4):15-19.

(20) Kramer M, Schmalenberg C, Maguire P. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte III. Nursing (ed.española) 2005;23(5):14-17.

(21) Kramer M, Schmalenberg C, Maguire P. Aspectos Esenciales Del Trabajo Enfermero En Los Hospitales Magnéticos Parte IV. Nursing (Ed. española) 2005 Jun;23(6):21-25.

(22) Rosa A., Huertas JA, Blanco F. Metodología para la Historia de la Psicología. Madrid: Madrid Alianza; 1996.

(23) Alexander MF, Runciman PJ. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. 2003.

(24) Torres A, Sanhueza O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Ciencia y enfermería 2006;12(1):9-17.

(25) Kramer M, Schmalenberg CE. Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. Nurs Outlook 2003;51(1):13-19.

(26) Keenan J. A concept analysis of autonomy. J Adv Nurs 1999;29(3):556-562.

(27) Blanchfield KC, Biordi DL. Power in practice: a study of nursing authority and autonomy. Nurs Adm Q 1996;20(3):42-49.

(28) Holmes D, Gastaldo D. Nursing as means of governmentality. J Adv Nurs 2002 Jun;38(6):557-565.

(29) Maya MC. Identidad profesional. Invest Educ Enferm 2003;21(1):98-104.

(30) Arroyo G. Humanismo en enfermería. Rev Enferm IMSS 2000;(2): 61-63:61-63.

(31) Prandi R, Ferri P. Enfermeros: ¿quienes somos? Un estudio transversal de la imagen social del enfermero en la ciudad de Módena (Italia). Ágora de enfermería 2007;11(3):1156-1159.

(32) La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. Anales del Sistema sanitario de Navarra: SciELO Espana; 2012.

(33) Següel Palma F, Valenzuela Süazo S, Sanhueza Alvarado O. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. Ciencia y enfermería 2015;21(2):11-20.

(34) Mijares B, Rincón Y, Ortega Z, de Torres LG, García R. Autoconocimiento de los estudiantes del Programa Ingeniería del Núcleo Costa Oriental del Lago de la Universidad del Zulia. Impacto Científico 2012;7(1).

(35) Otero L. Mi mamá me mima. Los múltiples avatares y percances varios de la mujer española en tiempos de Franco. 1a ed. ed. Barcelona: Barcelona Plaza & Janés; 1998.

(36) Següel Palma F, Valenzuela Süazo S, Sanhueza Alvarado O. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. Ciencia y enfermería 2015;21(2):11-20.

(37) Maya M. Identidad profesional. Identidad profesional.Invest Educ Enferm [En linea].2003.[consultado 20 de marzo del 2014] 21 (1): 98-104 2003.

(38) Emilia Aparicio Salamanca. Innovación y enfermería: análisis para un cambio. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2011.

(39) Fernández Larraguibel B, Paravic Klijn T. Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. Ciencia y enfermería 2003;9(2):57-66.

(40) Brihaje A. Desarrollo de la autoestima pro fesional en enfermería. Servicio de empleados y trabajadores intelectuales por la remuneración equitativa del personal de enfermería.[Sitio en internet] Organización Internacional del Trabajo 2006;Vol. XXIV(N.º 2,):119.

(41) Consejería de Educación, Comunidad de Madrid. Acuerdo de 13 de diciembre de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se dispone el nombramiento de vocales de los Consejos Sociales de las Universidades Públicas de Madrid. 2007.

(42) Lunardi VL, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras?: Reflexionando sobre la anorexia de poder. Revista Brasileira de Enfermagem 2002 02/;55(2):183-188.

(43) Erlen JA, Frost B. Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. West J Nurs Res 1991;13(3):397-407.

(44) Lunardi V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. Enfermería clínica 2006;16(5):268-274.

(45) Yarling RR, McElmurry BJ. The moral foundation of nursing. ANS Adv Nurs Sci 1986 Jan;8(2):63-73.

(46) González L, González I. Actitud profesional. [Sitio en internet] Colegio de enfermeras. Disponible en: URL: http://www.colegiode enfermeras.cl/pdf/actitud.Profesionalismo.pdf.Acceso el 2004;15.

(47) McClure ML, Poulin MA, Sovie MD, Wandelt MA. Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses. American Academy of Nursing. Task Force on Nursing Practice in Hospitals. 1983.

(48) Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. Aquichan 2005;5(1):114-127.

(49) Marion Johnson, PhD, RN, Sue Moorhead, PhD, RN, Gloria M. Bulechek, PhD, RN, Faan et al. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 2ª ed.: ELSEVIER; 2012.

(50) Gómez del Pulgar García-Madrid, Mercedes, Pacheco del Cerro E, González Jurado MA, Fernández Fernández MP, Beneit Montesinos JV. Diseño y validación de contenido de la escala" ECOEnf" para la evaluación de competencias enfermeras. Index de Enfermería 2017;26(4):265-269.

(51) DE JGT. Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n. º 1024/2012 relat. AIS: Ars Iuris Salmanticensis ;2(1):294-297.

(52) Innovación CGM. Ministerio De Ciencia E Innovación.

(53) Tobar F. Las funciones del hospital. Hospital y comunidad 1999 Octubre;2 año 2(3-4):190-195.

(54) Prieto Orzanco A, Mengual García E, Arbelo López de Letona, A. El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios. Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas) 2006(99).

(55) Tobar F. Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y sociedad 2000;23(2):83-108.

(56) Tobar F. Modelos de gestión en salud. Buenos aires 2002:43-49.

(57) Tobar F. ¿Hacia dónde va el hospital? Desafíos y dilemas en la gestión de hospitales 2018.

(58) Siles J. Historia de la enfermería. Alicante: Editorial Aguaclara; 1999.

(59) Hernández Conesa J. Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Getafe (Madrid); 1995.

(60) Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. BOE nº 363 1953 29 dic:7723-7724.

(61) Cuevas C, Neria M, Benavente MJ. El sistema de información para la administración de medicamentos a pacientes hospitalizados. En: La gestión del medicamento en los servicios de salud: Toledo, 18 de noviembre de 2008. 1ª ed. Madrid: Sociedad Española de Informática de la Salud; 2008.

(62) Cuevas C. Gestión de Cuidados. In: Ayuso D. y Grande R. (Coord), editor. Gestion de Cuidados Madrid: Ed. Díaz Santos.; 2012. p. 299.

(63) Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): rationale, design and methodology. BMC nursing 2011;10(1):6.

(64) Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González-María E. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. Enfermería Clínica 2012;22(5):261-268.

(65) Fernández Busso N. Los eventos adversos y la calidad de atención: Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. Archivos argentinos de pediatría 2004;102(5):402-410.

(66) Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA 2002;288(16):1987-1993.

(67) Quiroga A. La importancia del liderazgo en el desarrollo de nuestra profesión. Br Med J 1999;318:81.

(68) Kowalski, K., Yoder-Wise, P.,. Five Cs of Leadership. Nursing Leadership (CJNL) 2004;17(1).

(69) Bryman A. Leadership and organizations (RLE: Organizations). : Routledge; 2013.

(70) Camargo IL, Caro CV. El papel autónomo de enfermería en las consultas. Avances en Enfermería 2010;28(1):143-150.

(71) Ley General de Sanidad.14/1986, de 25 de abril, BOE nº 102 1986 29 abril.

(72) Colliére M. Promover la vida. Madrid: Interamericana; 1982.

(73) Ministerio de Sanidad. Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

(74) Benítez Leiva A. Crisis de las direcciones de enfermería. Enfermería global 2004(5):1-3.

(75) Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la promoción de la salud? 2016 Agosto.

(76) Papalia DE y Olds SW. Estrés y afrontamiento. In: Papalia Diane E , Olds Sally Wendkos, Holm Nielsen Anne Marie, editor. Psicología. 1st ed. México: Mc Graw-Hill/Interamericana de México; 1988.

(77) García León, María de los Ángeles. El papel de la resiliencia en la percepción del estrés psicológico, así como en la eficacia de un programa para el control del estrés. 2018.

(78) Guerra C, de Azcárate, Carlos Carnicero Giménez. El coste del estrés." Mi receta contra el estrés". Escritura pública 2004(25):38-41.

(79) Cox T, Griffiths A, Rial E. Work related stress. Occupational health psychology 2010:31-56.

(80) Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL. Maslach burnout inventory.: Consulting psychologists press Palo Alto, CA; 1986.

(81) Ruiz CO, Ríos FL. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. International journal of clinical and Health Psychology 2004;4(1):137-160.

(82) Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001;52(1):397-422.

(83) Carlin M, de los Fayos, Enrique J Garcés. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de Psicología/Annals of Psychology 2010;26(1):169-180.

(84) Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues 1974;30(1):159-165.

(85) Freudenberger HJ. Burnout: Past, present, and future concerns. Loss, Grief & Care 1989;3(1-2):1-10.

(86) Sellan Soto C. Motivación y ajuste profesional. El cuestionario locus de control en enfermería. 2004.

(87) Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. Revista de psicopatología y psicología clínica 2003;8(1):39-53.

(88) Pines AM, Aronson E, Kafry D. Burn Out: From Tedium to Personal Growth. Nueva York: Free Press; 1981.

(89) Moreno B, Oliver C, Aragoneses A. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. In: Vicente E. Caballo, Buela-Casal G, editors. Manual de psicología clínica aplicada México etc.: México etc. Siglo Veintiuno Editores; 1991. p. 271-284.

(90) Jiménez BM, Hernández EG, Gutiérrez JLG. El Desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. Archivos prevención de riesgos laborales 2000;3(1):18-28.

(91) Moreno Jiménez B, Garrosa Hernández E, González Gutiérrez JL, Gálvez Herrer M. La evaluación procesual del burnout o desgaste profesional: El Cuestionario Breve de Burnout (CBB). Vera P, Oblitas LC.Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud.Psicom Editores, Bogotá, Colombia 2005.

(92) Garrosa E, Moreno-Jimenez B, Liang Y, Gonzalez JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. Int J Nurs Stud 2008;45(3):418-427.

(93) Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. J Pers Soc Psychol 1979;37(1):1.

(94) Benavides FG, Gimeno D, Benach J, Martínez JM, Jarque S, Berra A, et al. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. Gaceta sanitaria 2002;16:222-229.

(95) Moreno Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones 1997;13(2):185-207.

(96) Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 388: Ambigüedad y conflicto de rol. 2015.

(97) Vega MF. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o" burnout"(I): definición y proceso de generación. Recuperado de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf 2005.

(98) Jiménez BM, Hernández EG, Gutiérrez JLG. El Desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. Archivos prevención de riesgos laborales 2000;3(1):18-28.

(99) Jiménez BM, Hernández EG, Gutiérrez JLG. La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: el CBP-R. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2000;16(2):151-171.

(100) El" burnout", una forma específica de estrés laboral. Manual de psicología clínica aplicada; 1991.

(101) Houtman I, Jettinghof K, Cedillo L, World Health Organization. Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo: un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. 2008.

(102) Moncada S, Llorens C, Navarro A, Kristensen TS. ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). Arch Prev Riesgos Labor 2005;8(1):18-29.

(103) Carrión García M. CTCPS-MAC-Batería Para el Estudio de las Condiciones de Trabajo de Carácter Psicosocial. 2014.

(104) Estevan Reina L, Rodríguez Sánchez RM, Romero González B, Rodríguez López Á, Romo Sola M. Doble presencia: un riesgo psicosocial que evidencia la desigualdad entre hombres y mujeres en la conciliación de la vida familiar y laboral. 2014.

(105) Fernández L. Manual de procedimientos de prevención de riesgos laborales. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales 2012.

(106) Lahera M, Góngora J. Factores psicosociales. Identificación de situaciones de riesgo. Navarra: Ona Gráfica 2002:46-50.

(107) Moreno Jiménez B. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. Medicina y Seguridad del trabajo 2011;57:4-19.

(108) de Estado BO. Real Decreto-Ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. Boletín Oficial del Estado 2012;11:12.48-12.546.

(109) Jose Maria Peiro, Pedro Gil-Monte. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. ES: Sintesis Editorial; 2014.

(110) Cockerham WC. Medical sociology.: Routledge; 2017.

(111) Siegrist J, Siegrist K, Weber I. Sociological concepts in the etiology of chronic disease: the case of ischemic heart disease. Soc Sci Med 1986;22(2):247-253.

(112) Turner RJ, Wheaton B, Lloyd DA. The epidemiology of social stress. Am Sociol Rev 1995:104-125.

(113) Holmes TH, Hawkins NG, Bowerman CE, Clarke ER, Joffe JR. Psychosocial and Psychophysiologic Studies of Tuberculosis. 1956.

(114) Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. International Journal of clinical and health psychology 2003;3(1):141-157.

(115) Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. Revista internacional de psicología clínica y de la salud = International journal of clinical and health psychology 2003;3(1):141-157.

(116) Pearlin LI. The Sociological Study of Stress. Journal of Health and Social Behavior 1989 Sep 1,;30(3):241.

(117) Arlandis M, Sellán MC, Cuevas C, Ajejas J, Gimena M, Olea J, et al. Aplicabilidad del modelo de autocuidado de D. Orem: elaboración de un registro de valoración inicial integrado para atención primaria y atención especializada. Nursing (Ed.española) 2008;26(2):54-61.

(118) Orem DE. Nursing. 5. ed. ed. St. Louis, Mo. <>: Mosby; 1995.

(119) López JG. Aportaciones de la teoría de las atribuciones causales a la comprensión de la motivación para el rendimiento escolar. Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete 2006(21):217-232.

(120) Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Washington, D.C; 1966.

(121) Ryan RM. The Oxford handbook of human motivation. Oxford: Oxford University Press; 2014.

(122) García López J. Aportaciones de la teoría de las atribuciones causales a la comprensión de la motivación para el rendimiento escolar. Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete 2006(21):217-232.

(123) de Arquer MI, Daza FM, Nogareda C. NTP 388: Ambigüedad y conflicto de rol. NTP 388: Ambigüedad y conflicto de rol 1996.

(124) Boletin Oficial del Estado. Requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). 1992 Orden de 1 de Junio de.

(125) Bruner EM. Ethnography as narrative. Memory, identity, community: The idea of narrative in the human sciences 1997:264-280.

(126) Cuevas C, González IM, Gentil FJB. La gestión por competencias en enfermería: hazlo diferente.: Difusión Avances de Enfermeria SL; 2006.

(127) Bales RF. Interaction process analysis; a method for the study of small groups. 1950.

(128) Ventosa Esquinaldo F. Historia de la enfermeria española. Madrid: Madrid Ciencia 3; 1984.

(129) Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Real orden aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que la soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas. 7 de mayo de 1915 Gaceta nº 145 (21mayo 2015).

(130) Orden R. de 7 de mayo de 1915, por la que se aprueba el Programa para la enseñanza de la profesión enfermera. Gaceta de Madrid, núm. 141, de 21 de Mayo de 1915. a;486:484.

(131) Moyano Samaniego C. Ley de Instrucción pública, SM, 9 de septiembre de 1857. Madrid: Imprenta Nacional 1857.

(132) López Montesinos M. Revisión cronológica de la enseñanza de enfermería en España.; [citado 29 de agosto de 2019];3(2). . Enf Global [Internet]. 2019 [citado 29 de agosto de 2019 ;3(2).

(133) Gaceta de Madrid, n.º 332. 28 de noviembre de 1861. Por la que se aprueba el Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas.

(134) Bernabeu-Mestre J, Gascón Pérez ME. Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977). : Universidad de Alicante. Servicio de Publicaciones; 1999.

(135) Sellán MC. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea 2010;2.

(136) Arandojo Morales I, Centeno Brime J, Hernández Martín F. La Escuela de Enfermeras Santa Isabel de Hungria a traves de la Prensa. 2015.

(137) La Dinastía (Barcelona) 27/08/1896 nº 5919 p. 2.

(138) González Canalejo C. Las cuidadoras: historia de las practicantas, matronas y enfermeras (1857-1936). Almería: Almería Instituto de Estudios Almerienses; 2006.

(139) Ley 23/1904 de Instrucción General de Sanidad Pública. Gaceta de Madrid, España, 23 de enero de 1904.

(140) María Ángeles Carreto Lemus. Conocimientos y opiniones, de los Profesionales de Enfermería del Sistema Público de Salud Extremeño, en cuestiones de tipo ético y deontológico. Badajoz: Universidad de Extremadura; 2016.

(141) García Barrios S. Historia de la enfermería. Málaga: Málaga Universidad; 1992.

(142) Ministerio de Instruccion Publica y Bellas Artes. Real orden aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras á las que la soliciten, pertenecientes ó no á Comunidades religiosas. 7 de mayo de1915,

(143) Ministerio. Bases de Sanidad Nacional. BOE. Ley de 25 de noviembre de 1944.

(144) Ministerio de Educacion Nacional. Decreto por el que se organizanlos estudios de la carrera de Enfermera. 27 de junio de1952.

(145) Ministerio de Educación Nacional PDF (Referencia BOE-A-1953-16590). Por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. Boletín Oficial del Estado: núm. 363, de 29/12/1953, páginas 7.723 a 7.724 Departamento: . 1953 Decreto de 4 de diciembre de 1953.

(146) Ministerio de Educación Nacional. Orden 4 julio 1955 (BOE. de 2 de agosto de 1955) Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para nueva organización de sus estudios.

(147) Ministerio de la presidencia. BOE núm. 175, de 23 de julio de 1962, páginas 10269 a 10271. 1962 23 de julio de.

(148) Roales-Nieto JG. Los estudios universitarios de Psicología en España. Análisis de su distribución geográfica, de la relación oferta-demanda y de la movilidad del alumnado. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2005;5(3):265-308.

(149) Martínez Martín ML. 30 años de evolución de la formación enfermera en España. Educación médica 2007;10(2):93-96.

(150) Regulación del titulo de enfermero especialista. Real Decreto 992/1987. F. agosto de 1987.

(151) Williams JW, Hellman LM, Pritchard JA, Wynn RM. Obstetricia [de] Williams. : Salvat; 1975.

(152) Casiodoro de Reina. Santa Biblia. México: Sociedades Bíblicas en America Latina; 1960.

(153) Conde F. Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico. Discursos Académicos 2011;49.

(154) Azcoitia Moraila F, Lombard García ME, Flores Domínguez C. Aportaciones de la mujer académica al desarrollo de la medicina y la cirugía. Recuento histórico. Cirujano general 2014;36(3):186-191.

(155) Shyrock RH. The history of nursing: an interpretation of the social and medical factors involved. : Saunders; 1959.

(156) Torija LET. Antecedentes históricos de la atención del parto. Parto: Mecanismo, clínica y atención 2016.

(157) Towler J, Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Barcelona: Masson; 1997.

(158) Paz ED, Vallina AC. Origen y evolución de la matronería. Nuberos Científica 2015;2(15).

(159) Serrano I. La formación de la matrona a lo largo de la historia. Adaptación del texto elaborado para la exposición Matronas y Mujeres en la Historia.Pamplona.Recuperado de: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/matronas/formacion.pdf 2002.

(160) Pérez MST. Damián Carbón," Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños". Edad Media: revista de historia 2001(4):236-238.

(161) Nuñez F. Libro del parto humano, en el cual se contienen remedios muy vtiles y vsuales para en parto dificultoso de las mugeres, con otros muchos secretos a ello pertenecientes, ya las enfermedades de los niños. : en casa de Pedro Verges.

(162) Danforth DN, García Roig F, Gibbs RS, Haney AF, Karlan BY, Orizaga S, et al. Danforth tratado de obstetricia y ginecología. : McGraw-Hill Interamericana,; 2005.

(163) Alarcón-Nivia MÁ, Sepúlveda-Agudelo J, Alarcón-Amaya IC. Las parteras, patrimonio de la humanidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2015;62(2):188-195.

(164) Ramírez IP. De la hegemonía de la matrona al control de los cirujanos. El arte de partear en el siglo XVIII y principios del XIX.

(165) Nubiola P, Zárate E. Tratado de Obstetricia. Barcelona: Labor; 1951.

(166) Evolución de hospitales y matronas en España: El papel de la mujer. IV Congreso Virtual sobre historia de las mujeres: Archivo Histórico Diocesano de Jaén; 2012.

(167) Carmona-González I, Saiz-Puente MS. El bautismo de urgencia, función tradicional de las matronas. Matronas profesión 2009;10(4):14-19.

(168) Racero JV, Ignacio J. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. Matronas profesión 2002;9:28-35.

(169) Martínez G, Jesús M, Martínez ACG. Fechas claves para la historia de las Matronas en España. Génesis 1998;38:27-30.

(170) Real Decreto 992/1987. Regulación del titulo de enfermero especialista. BOE nº 183. 1agosto 1987: 23642-23644.

(171) Foucault M. Historia de la locura en la época clásica, I. : Fondo de cultura económica; 2015.

(172) Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales. Amorrortu Editores.Buenos Aires 1972.

(173) Agustín de Hipona S. La ciudad de Dios.: NoBooks Editorial; 2011.

(174) Institoris H, Sprenger J, Sprenger J. The Malleus Maleficarum of Heinrich Kramer and James Sprenger.: Book Tree; 2000.

(175) Caro Baroja J. Las brujas y su mundo. 1966.

(176) Ackerknecht EH. Breve historia de la psiquiatría.: Universitat de València; 1993.

(177) López-Muñoz F, González CÁ. Historia de la Psicofarmacología. : Ed. Médica Panamericana; 2007.

(178) García Valdez L. Aspectos generales del exorcismo católico y su desarrollo a través de la historia Europea y Latinoamericana. 2018.

(179) Siles González J, Cibanal Juan L, Vizcaya-Moreno MF, Solano-Ruiz M, García Hernández E, Gabaldón Bravo EM. De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. Cultura de los cuidados, Año V, n.9 (1.semestre 2001); pp.27-33 2001.

(180) García Mercadal J. Relación del viaje de Münzer. Viajes de extranjeros por España y Portugal Madrid: Aguilar; 1952. p. 328-417.

(181) Münzer H. Viaje por España y Portugal: 1494-1495. : Ediciones Polifemo; 1991.

(182) Sempere J. Cómo nació, como era, como funcionaba el "Hospital dels Folls de Sancta María dels Ignoscents. 1959.

(183) Nogales Espert A. La enfermería y el cuidado de los enfermos mentales en el s. XV. Cultura de los cuidados, Año V, n.9 (1.semestre 2001); pp.15-21 2001.

(184) Fernandes de Freitas G, Siles González J. Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. Index de Enfermería 2008;17(2):144-148.

(185) Medina García J. Hospital de San Juan de Dios de Granada desde sus inicios. 2014.

(186) Clave Oum. San Benito Menni, ¿claves para una misión o una misión clave? Archivo Hospitalario.Número 12.Año 2014 2014;12:19-56.

(187) Mollejo Aparicio E. Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852:172.

(188) Mollejo Aparicio E. La presencia de criados particulares en la Casa de Dementes de Santa Isabel. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2013;33(118):425-441.

(189) González de Rivera y Revuelta, José Luis, Rodríguez Pulido F, Delgado Bueno S, Esbec Rodríguez E. Psiquiatría legal y forense.: Editorial Constitución y Leyes, COLEX; 1994.

(190) Esquinaldo FV. Cuidados psiquiátricos de enfermería en España: siglos XV al XX: una aproximación histórica. : Ediciones Díaz de Santos; 2000.

(191) Bernabeu-Mestre J. El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934. 1994.

(192) Duro Sánchez A, Villasante O. "La asistencia al enfermo mental" de Luis Valenciano: la profesionalización del cuidado al enfermo mental durante la Segunda República Española. 2016.

(193) Ministerio de Trabajo, Justiciay Sanidad. Concesión de los diplomas de Practicantes psiquiátrico y Enfermero psiquiátrico. 1936 febrero.

(194) Ministerio de Educación y Ciencia. Especialidad de «Psiquitría» en los estudios de Ayudantes técnicos sanitarios. Octubre 1970.

(195) Ministerio de Universidades e Investigación. Orden de 9 de octubre de 1980 por la que se regula que los Diplomados en Enfermería puedan realizar las especialidades reconocidas para los Ayudantes Técnicos Sanitario..

(196) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

(197) Beltrán Villalba M. Dramaturgia y hermenéutica: para entender la realidad social. : CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas; 2016.

(198) Weinstein D, Weinstein MA. Georg Simmel: sociological flaneur bricoleur. Theory, Culture & Society 1991;8(3):151-168.

(199) Nelson C, Treichler PA, Grossberg L. Cultural studies: An introduction. Cultural studies 1992;1(5).

(200) Denzin NK, Lincoln YS. Introduction: The discipline and practice of qualitative research. 2008.

(201) Pedraz Marcos A. Investigación cualitativa. 2014; Available at: http://www.sciencedirect.com/science/book/9788490224458.

(202) Gergen KJ. Construccionismo social-aportes para el debate y la práctica. : Bogotá-Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento …; 2007.

(203) Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. : México; 2006.

(204) Creswell JW. A concise introduction to mixed methods research. : SAGE publications; 2014.

(205) Flores M. Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. Revista digital universitaria 2004;5(1):2-9.

(206) Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa.. Antología de métodos cualitativos en la investigación social 2002:113-145.

(207) Kramer M, Hafner LP. Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. Nurs Res 1989.

(208) De Pedro Gómez, Joan Ernest, Morales Asencio JM, Sesé Abad AJ, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Pericás Beltrán J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. Metas de Enfermería, 2009, vol.12, num.7, p.65-73 2018.

(209) Orts-Cortés MI. Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo. : Universidad de Alicante; 2011.

(210) Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. : Jossey-Bass; 1981.

(211) Sarabia B, Zarco J. Metodología cualitativa en España.: CIS; 1997.

(212) Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia médica 2003;34(3):164-167.

(213) Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. International journal of qualitative methods 2002;1(2):13-22.

(214) Jefatura del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. 1999 diciembre.

(215) Santiago Jiménez García, Abogado del Estado. Protección de Datos de Carácter Personal. 2019 Junio.

(216) Cadena Estrada JC, Arreola O, Sonalí S, Pérez López MT, Balseiro Almario CL, Matus Miranda R. Evaluación de la capacitación de enfermería en dos institutos nacionales de salud. Enfermería universitaria 2012;9(3):15-24.

(217) Andrés SM. Formación continuada: herramienta para la capacitación. Enfermería Global 2011;10(1).

(218) Hacienda y Administración Pública, Sanidad. DECRETO 186/2005, de 19 de julio, por el que se regulan los Puestos Funcionales del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza-Servicio vasco de salud. Decreto 2005 Julio.

(219) Conselleria De Sanidad. Decreto 81/2016, de 23 de junio, por el que se crea en el ámbito del Servicio Gallego de Salud la categoría estatutaria de personal enfermero especialista. 2016 Junio.

(220) Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Boletín número 186 de 25/09/2018. 2018 septiembre.

(221) Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Orden SAN/32/2015, de 21 de mayo, por la que se establece el procedimiento de integración del Personal Estatutario Fijo e Interino de las Instituciones Sanitarias de Servicio Cántabro de Salud, en la categoría de Enfermero/a de Salud Mental. 2015 mayo.

(222) Resolución de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se convoca una Bolsa de Trabajo para la selección de Enfermeros Especialistas en Salud Mental destinados a la prestación de Servicios en puestos correspondientes a dicha Opción, así como en plazas de Enfermero del Hospital Psiquiátrico, Centros de Salud Mental y Servicios de Psiquiatría de Hospitales del Servicio Murciano de Salud. 2004 Septiembre.

(223) Gobierno de Aragón. Decreto 117/2016, de 26 de julio, del Gobierno de Aragón. 2016 julio.

(224) Servicio Extremeño de Salud. RESOLUCIÓN de 14 de febrero de 2014, de la Dirección Gerencia, por la quese convoca la constitución de la bolsa de trabajo en la Categoría de Enfermero/a Especialista de Salud Mental, para la selección y cobertura deplazas básicas de personal estatutario temporal en las InstitucionesSanitarias del Servicio Extremeño de Salud. 2014 febrero.

(225) Servici de Salut de Les Illes Balears. Resolución del director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares de 26 de mayo de 2017 por la que se establecen las nuevas bases que deben regir la selección de personal estatutario temporal del Servicio de Salud de la categoría de enfermero/enfermera especialista en salud mental. 2017 mayo.

(226) Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Resolución de 17 de junio de 2014, de la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, por la que se concede plazo para la presentación de la titulación de Enfermero/a especialista que se ostente referente a Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica y/o la aportación de la experiencia mínima establecida, para la Bolsa de Empleo del Servicio de Salud de Castilla y León. 2014 junio.

(227) Gancedo PM. Cuidar profesionalmente. Una aproximación a la profesión enfermera en España.: Universidad Complutense de Madrid; 2017.

(228) Gutiérrez R, Ferrús L, Subirana M, Pellejà L. Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnología i Recerca Mèdiques 2007.

(229) Fernández Fernández ML, Santo Tomás Pérez M. Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la Enfermería. 3º ed.: Difusión Avances de Enfermería; 2016.

(230) Kramer M, Schmalenberg C. Learning from success: Autonomy and empowerment. Nurs Manage 1993;24(5):58.

(231) Shulman LS. Theory, practice, and the education of professionals. The elementary school journal 1998;98(5):511-526.

(232) Nauderer TM, Lima, Maria Alice Dias da Silva. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. 2005.

(233) Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2012 08/;35(2):269-283.

(234) Alberdi RM. Dones sanitàries: una història de gènere. Bioètica & debat: tribuna oberta de l'Institut Borja de Bioètica 1999;5(16):11-15.

(235) Alberdi RM. La identidad profesional de la enfermera. Rol de Enfermería 1992.

(236) Hall RH, Deras Quiñones A. Organizaciones: estructuras, procesos y resultados. : Prentice-Hall Hispanoamericana,; 1996.

(237) Rivas Espinosa JG, Vargas Esquivel LM. Formación de enfermería a través de tres corrientes pedagógicas y los paradigmas de enfermería propuestos por Kérouac. Vertientes.Revista Especializada en Ciencias de la Salud ;8(1-2).

(238) Henneman EA, Lee JL, Cohen JI. Collaboration: a concept analysis. J Adv Nurs 1995;21(1):103-109.

(239) M Kramer FS. Job satisfaction and retention. Insights for the '90s. Part 1. Nursing 1991.

(240) Kramer M, Schmalenberg FC. Job Satisfaction And Retentioninsights For The'90spart 2. Nursing2019 1991;21(4):51-55.

ANEXOS

ANEXO I : CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATOS SOCIO - CULTURALES			
NOMBRE Y APELLIDOS			
DIRECCIÓN			
TELÉFONO			
UBICACIÓN PROFESIONAL			
ENFERMERA			
FECHA		LUGAR DE NACIMIENTO	
EDAD	SEXO		
PROCEDENCIA			
IDIOMAS	Nº ☐		
ESTUDIOS	AYUDANTE TECNICO SANITARIO		☐
	DIPLOMADA EN ENFERMERÍA		☐
	AYUDANTE TECNICO SANITARIO CONVALIDADO		☐
	HOMOLOGACIÓN DE TITULO EXTRANJERO		☐
ESCUELA DE ENFERMERÍA DONDE REALIZÓ SUS ESTUDIOS			
ESPECIALIDAD	SI ☐ NO ☐		
¿CUÁL?			
OCUPACIÓN			
SITUACIÓN LABORAL	Fija		☐
	Interina		☐
	Eventual		☐
PERMISO DE TRABAJO	SI ☐ NO ☐		
INGRESOS FAMILIARES	Único	SI ☐ NO ☐	
	Cónyuge/Compañero	SI ☐ NO ☐	
	Otro Miembro	SI ☐ NO ☐	
RECURSOS ECONOMICOS	Escasos ☐	Suficientes ☐	Abundantes ☐
TIPO DE VIVIENDA	ALQUILER ☐	PROPIA☐	
TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL	☐AÑOS	☐MESES	
OTRAOS ESTUDIOS			
VALORES-CREENCIAS RELIGIOSAS (optativo)			
ESTRUCTURA FAMILIAR – SOCIAL			
PERSONAS SIGNIFICATIVAS			
PERSONAS CON QUIEN CONVIVE			
ROL QUE DESEMPEÑA EN LA UNIDAD FAMILIAR			
OCUPACION DEL PADRE			
OCUPACION DE LA MADRE			
OCUPACION DEL MARIDO/ESPOSA/ CONVIVIENTE			
LUGAR DEL NACIMIENTO DEL PADRE			
LUGAR DEL NACIMIENTO DE LA MADRE			
LUGAR DE NACIMIENTO DEL MARIDO/ESPOSA/ CONVIVIENTE			
Nº DE HIJOS			

Anexo 1 Fuente: Elaboración propia

ANEXO II: ESCALA DEL ENTORNO DE LA PRÁCTICA ENFERMERA DEL NURSING WORK INDEX

VALIDACIÓN Y ADAPTACION AL ESPAÑOL DE LA ESCALA DEL ENTORNO DE PRÁCTICA ENFERMERA DEL NURSING WORK INDEX (DE PEDRO GÓMEZ J. ET AL.)

Indique, rodeando con un círculo, el grado en que está usted de acuerdo en que las siguientes afirmaciones están presentes en su entorno de trabajo, teniendo en cuenta en que el 1 implica que está totalmente en desacuerdo con la frase que se le propone y el 4 significa que está absolutamente de acuerdo con el enunciado.

PARTICIPACION DE LA ENFERMERA EN LOS ASUNTOS DEL CENTRO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE DE ACUERDO	ABSOLUTAMENTE DE ACUERDO
Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión, etc.)	1	2	3	4
Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo	1	2	3	4
Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería	1	2	3	4
La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras	1	2	3	4
El/La Directora/a de Enfermería es accesible y fácilmente "visible"	1	2	3	4
Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica	1	2	3	4
Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día	1	2	3	4
Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones de centro, tales como la comisión de investigación, de etica, de infecciones…	1	2	3	4
Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del centro.	1	2	3	4

FUNDAMENTO ENFERMERO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS	TOTALMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE DE ACUERDO	ABSOLUTAMENTE DE ACUERDO
Se usan los diagnósticos enfermeros	1	2	3	4
Hay un programa activo de garantía y mejora de la calidad	1	2	3	4
Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso	1	2	3	4
Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, mas que en un modelo biomédico	1	2	3	4
La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. Ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	1	2	3	4
Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes.	1	2	3	4
Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente	1	2	3	4
Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad	1	2	3	4
Se desarrollan programas de atención continuada para las enfermeras.				
Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada	1	2	3	4

CAPACIDAD, LIDERAZGO Y APOYO A LAS ENFERMERAS POR PARTE DE LOS GESTORES ENFERMEROS	TOTALMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE DE ACUERDO	ABSOLUTAMENTE DE ACUERDO
La supervisora/ coordinadora es una buena gestora y líder	1	2	3	4
La supervisora/ coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal medico	1	2	3	4
La supervisora/ coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como critica	1	2	3	4
La supervisora/ coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras	1	2	3	4
Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho	1	2	3	4

CAPACIDAD, LIDERAZGO Y APOYO A LAS ENFERMERAS POR PARTE DE LOS GESTORES ENFERMEROS	TOTALMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE DE ACUERDO	ABSOLUTAMENTE DE ACUERDO
La supervisora/ coordinadora es una buena gestora y líder	1	2	3	4
La supervisora/ coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal medico	1	2	3	4
La supervisora/ coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como critica	1	2	3	4
La supervisora/ coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras	1	2	3	4
Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho	1	2	3	4

DIMENSION DE LA PLANTILLA Y ADECUACION DE LOS RECURSOS HUMANOS	TOTALMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE DE ACUERDO	ABSOLUTAMENTE DE ACUERDO
Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo	1	2	3	4
Hay suficiente numero de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad	1	2	3	4
Los servicios de apoyo (celadores, administrativos) son adecuados y facilitan estar mas tiempo con los pacientes	1	2	3	4
Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras	1	2	3	4

RELACIONES ENTRE MEDICOS Y ENFERMERAS	TOTALMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE DE ACUERDO	ABSOLUTAMENTE DE ACUERDO
Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras	1	2	3	4
Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo	1	2	3	4
La practica entre las enfermeras y médicos esta basada en la colaboración apropiada	1	2	3	4

Fuente: Gómez J. et Al | **Metas de Enfermería sep. 2009; 12 (7): 65-73**

ANEXO III: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Identidad personal e identidad [enfermera] profesional

2. ¿Es de Madrid o reside aquí? ¿De dónde?

3. ¿Por qué decidió venir a Madrid?

4. ¿Estudiante dónde…? Enfermería y especialización, en su caso

5. ¿Qué imagen tiene de Madrid? ¿Cómo condiciona tu adaptación al trabajo tu situación en Madrid?

6. ¿Vive sola? ¿Tiene Familia? Saber cuánta familia y a qué se dedican ¿Te podrían ayudar en caso de conflictos laborales? ¿Pueden influir tus conflictos o problemas familiares en tu vida laboral?

7. ¿Cuándo se planteó ser enfermera, fue su primera opción reflexivamente tomada? ¿Fue un asunto de vocación o más bien de interés? ¿Por qué eligió esta profesión?

8. ¿Entendía que había que tener algunas características personales concretas para ser enfermera?

9. ¿Con quién o qué relacionaba su profesión? ¿Tenías algún modelo en tu entorno o en tu imaginación que te animase a ser enfermera?

10. ¿Con quién se relaciona en el ejercicio de su profesión y de qué modo?

11. ¿Qué características personales valora más en estos u otros profesionales pertenecientes o no al mundo de la salud?

12. ¿Qué características personales valora más en las enfermeras consideradas como colectivo?

13. Identidad profesional específica [matrona, salud mental, otros] situada

14. ¿Qué actividades realiza habitualmente?

15. Tipo de relaciones que se tejen entre tú y tus compañeras/os (enfermeras de tu especialidad)

16. Posiciones, roles en el seno de la unidad en la que trabajas ¿me podrías resumir gráficamente estas relaciones?

17. Relaciones o contactos institucionales, familiares, sociales.

18. ¿Cómo crees que, en general, el paciente se siente en el medio hospitalario?

19. ¿Se ha sentido presionada por los pacientes, la familia de estos?

20. ¿Ha tenido que utilizar alguna táctica, estrategia o truco para adaptarse a las normas hospitalarias?

21. ¿Ha sentido falta de respeto?

22. ¿Siente que alguna vez no ha respetado la autonomía del paciente?

23. ¿Ha utilizado su autoridad?

24. ¿Ha realizado promesas al paciente por nimias que fueran que no ha cumplido?

25. ¿Ha sentido intolerancia emocional?

26. ¿Ha observado aislamiento en el paciente?

27. ¿Se ha sentido intimidada o acosada?

28. ¿Se ha sentido violenta?

29. ¿Alguna vez ha sentido maltrato verbal o emocional?

30. ¿Alguna vez ha sentido maltrato o menosprecio social?

31. ¿Qué opina que es una enfermera?

32. Las necesidades: ¿cuales son sus prioridades como enfermera?

33. Importancia de los símbolos externos:

34. Transmisión de usos y costumbres ¿Qué hace una enfermera, por qué, cuando, como, donde?

35. ¿Considera suficientes profesionales para la actividad que realizas?

36. ¿Qué mecanismos dentro de los diferentes planes de trabajo lleva a cabo para fomentar la autonomía del paciente?

37. ¿Pone en contacto al paciente con otros profesionales enfermeros que puedan posteriormente seguir su caso?

38. ¿Qué características debería tener un profesional enfermero?

39. La toma de decisiones

40. ¿Entiende usted que en su trabajo tiene libertad para poner en práctica todos sus conocimientos enfermeros?

41. ¿Opina usted que en su trabajo tiene libertad para realizar todas las actividades que conoce?

42. ¿Conoce el proceso de atención de enfermería?

43. ¿Aplica el proceso de atención enfermero?

44. ¿Cuáles son los resultados al aplicarlo?

45. ¿Opina usted que la estructura organizativa le permite una practica profesional autónoma?
46. ¿Aplica usted medidas enfermeras que complementan o coinciden con tratamientos médicos?
47. ¿Podría indicarme cuales son?
48. ¿Considera usted que la organización de su trabajo se refleja en la frase "En el mejor interés del paciente"?

49. ¿Participa usted en la elaboración de los protocolos enfermeros?

50. ¿Siente que su opinión es valorada por otros estamentos que trabajan en su equipo?

51. ¿Puede especificar los estamentos?

52. ¿Puede especificar en que casos?

53. ¿Cuándo realiza actividades o planifica el cuidado se plantea en costo (¿intenta hacerla con el menor costo posible?)

54. ¿Cuándo realiza actividades o planifica el cuidado se plantea realizarlo en el menor tiempo posible?

55. ¿Recapacita sobre sus conocimientos para realizar su trabajo lo mejor posible?

56. ¿Valora los imponderables o contingencias que puedan surgir?

57. ¿Cómo opina que es el resultado?

a) Optimista: Donde todo te sale de maravilla, terminas a tiempo o antes e incluso ahorras con base a lo presupuestado.
b) Conservador: Donde todo se ejecuta como lo planeaste, en función de tiempos y costos, sin ninguna desviación o muy pequeñas.
c) Pesimista: Donde todo se complica o algunas cosas y ello ocasiona más tiempo en ejecutar el proyecto, se gasta más o ambas cosas.

58. El apoyo de la Dirección de Enfermería

59. ¿Considera que su supervisor/a le apoya en sus decisiones profesionales?

60. ¿Esta usted informada de los objetivos enfermeros de su unidad?

61. ¿Conoce a las enfermeras que la representan en el Comité de Calidad en el Hospital?

62. ¿Ante una opinión fundamentada que tiene que ver con una mejora de la practica clínica, opina que se valora (¿elección de material, reorganización de la unidad, etc?

63. ¿Tiene fácil acceso a la Dirección de Enfermería?

ANEXO IV: COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Dña. Matilde Arlandis Casanova
NIF 73903107J
Doctoranda de la Universidad Jaume I de Castellón

Hace constar:

- Que va a realizar el Proyecto de Investigación titulado**: "La autonomía en el ejercicio profesional de enfermeras generalistas y especialistas"** mediante cuestionarios y entrevistas personales en profundidad.

- Que se compromete a mantener una estricta confidencialidad de los datos personales procedentes de las fuentes.

- Que los resultados obtenidos de dicho Proyecto de Investigación podrán ser divulgados en Congresos, reuniones y publicaciones científicas salvaguardando siempre la confidencialidad de los datos personales.

- Que dicho estudio se llevará a cabo sin colaboración, por tratarse de una investigación para la realización de la Tesis Doctoral.

En Madrid a de 20

Investigador Principal

Matilde Arlandis Casanova

ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Título del Proyecto de Investigación: **"LA AUTONOMÍA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERAS GENERALISTAS Y ESPECIALISTAS "**
Investigadora: **Matilde Arlandis Casanova**

Yo (nombre y apellidos)

.D./Dª.....
....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido suficiente información sobre el estudio.
He hablado con: **Matilde Arlandis Casanova**

Comprendo que mi participación es voluntaria.
Comprendo que puedo retirarme del estudio:
1º Cuando quiera
2º Sin tener que dar explicaciones.
Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA: FECHA:

ANEXO VI: HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Hoja de información al participante

Dña. Matilde Arlandis Casanova
NIF 73903107J

Me dirijo a Usted para proponerle su participación en una investigación clínica para llevar a cabo la Tesis Doctoral en Enfermería que versa sobre:

La autonomía en el ejercicio profesional de las enfermeras generalistas y especialistas.

El objetivo general de dicha investigación es conocer la percepción de las enfermeras sobre la toma de decisiones independientes en el contexto laboral y el ámbito que les es propio.

En cuanto a los objetivos específicos de la Investigación tratan sobre:

- Analizar la aplicación de medidas terapéuticas autónomas de las enfermeras.
- Examinar la satisfacción laboral y su relación con la autonomía profesional.
- Identificar las variables causales relacionadas con la toma de decisiones.
- Identificar la percepción entre los diferentes grupos de enfermeras sobre la garantía de calidad en el trabajo.
- Analizar la percepción por parte de las enfermeras de las relaciones existentes en el medio hospitalario.

Para ello necesitaría en principio, la realización de un test de sus datos sociodemográficos y un segundo test sobre su percepción en su práctica enfermera, donde se le preguntaría sobre su participación en el hospital, organización del trabajo, relaciones intraestamentales, liderazgo y calidad de los cuidados enfermeros.

El tiempo de cumplimentación entre ambos test es aproximadamente de 30 minutos, no siendo indispensable realizarlo en el momento que se le proporcionan, pero si es imprescindible realizarlo de forma individual. Posteriormente, en caso de ser seleccionada le solicitaría una entrevista personal que trataría sobre su experiencia como estudiante y profesional y que se concretaría el día y momento más viable para usted.
Añadir que sus datos personales serán confidenciales y estarán acogidos a la ley de Protección de Datos 15/1999, siendo por lo tanto conocidos exclusivamente por la investigadora.
Quisiera informarle a su vez que, esta investigadora entiende y acepta, su participación como voluntaria, que puede usted retirarse del estudio cuando quiera y sin especificar la causa, y que no participar en él tampoco le va afectar en ningún sentido: ni personal. ni laboralmente.

Le solicito, pues, su autorización con el propósito de la realización de mi Tesis Doctoral por la Universidad Jaume I de Castellón.

Un cordial saludo

Matilde Arlandis Casanova

I.P.

NIF 73903107J