Asociación Española
de Enfermería Docente

XVII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente

las enfermeras

diversas miradas para una imagen

CUENCA

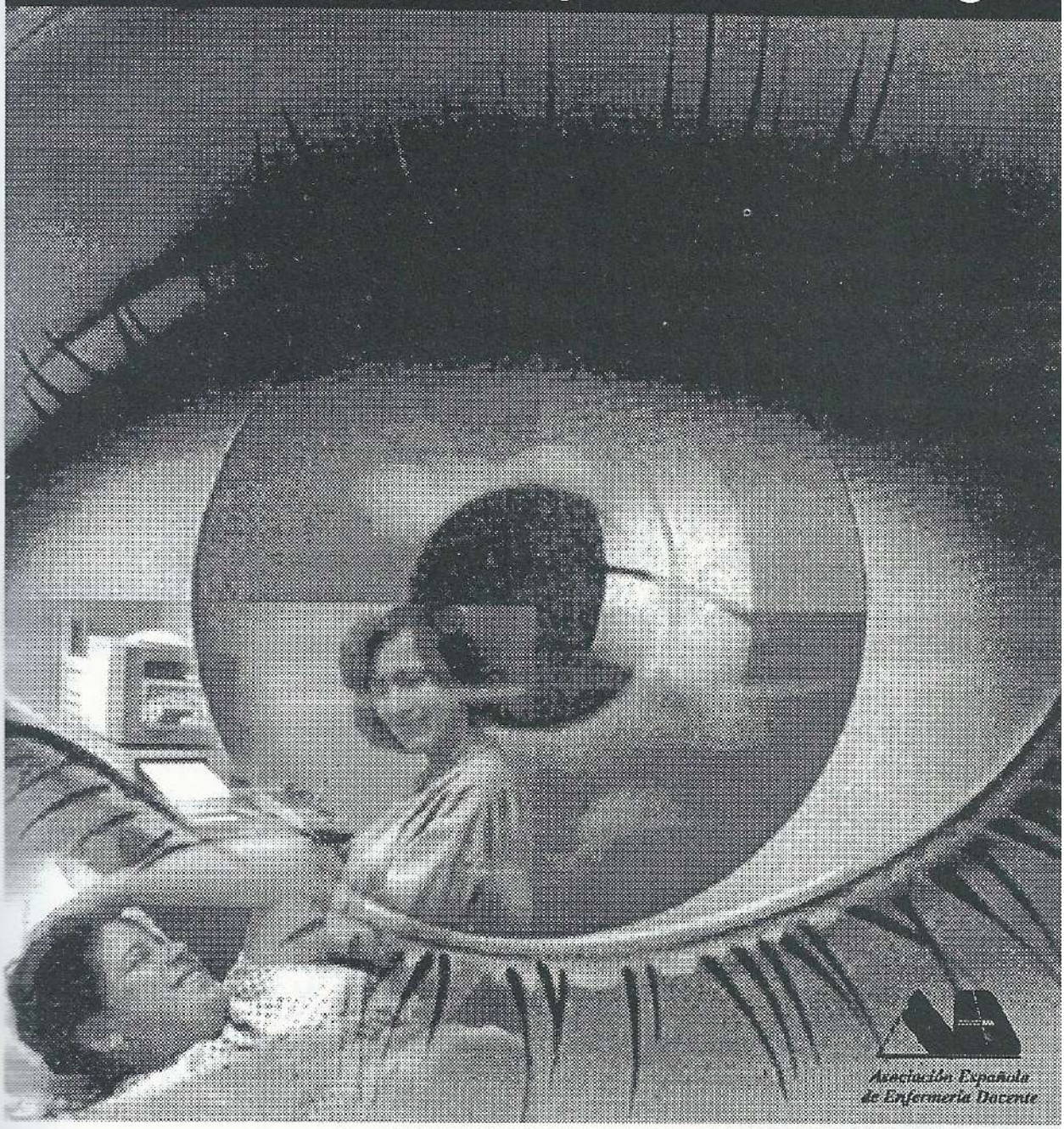
9 · 10 · 11 Diciembre 1996

XVII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería

XVII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente

las enfermeras

diversas miradas para una imagen



CUENCA

9 · 10 · 11 Diciembre 1996

Depósito Legal: SE-1473-97
I.S.B.N.: 84-921338-2-1
Diseño y maquetación: José Luis Nieto, AEED
Impresión: Grafivalme, S.L.

INDICE

1 1 Conferencia

La imagen social de la enfermera: la mirada del que es cuidado 1

Allué, M.

1 2 Conferencia

Las enfermeras: autoimagen y proyección social 3

Garrido, M.

1 3 Mesa Redonda

Las imagenes enfermeras: Un análisis desde La diversidad 5

Díaz, H.

1 4 Comunicaciones

Miradas sobre una profesión 6

La imagen de la profesión desde la perspectiva jurídica 6

Farrerons, L.; Medina, C.D.; Suárez, A.J.; Rodríguez de Vera, B.C.; Jiménez, J.F.

Distintividad de la imagen enfermera 7

Ojeda, B.; Vallespín, R.; Farrerons, L.; Calvo, F.; Alemán, S.

El SAPS, centro de atención de toxicomanías marginales: mirada docente a una imagen asistencial 8

Feu, M.; Mateu, J.; Monegal, M.; Nadal, C.; Ejarque, M.; Delás, J.; de Andres, M

¿Cuidamos desde una identidad profesional o paraprofesional? 9

Rodero, V.; Ferre, C.; Vives, C.

Enfermeras del zueco-enfermeras de moqueta. Dos imágenes para una misma profesión 105

Antón, M.V.

Cuidar con éxito 11

Tazón, P.; Ciorraga, M.; Elorza, I.; Manrique, P.

La representación simbólica-instrumental de la profesión enfermera como agente distorsionador de nuestra imagen social 117
Marchal, M.; Gil, R.; Perteguer, I.; Sebastián, M.J; de la Torre, J.; Arriaga, E.; García, A.

Impacto y evaluación de una guía de valoración enfermera en un sector de Atención Primaria 133
Ullán, E; Sanz-Vírseda, A.; Cantero, P.; Martín, M.; Araque, J.; Auñon, A.

Opinión del usuario sobre el desempeño del rol de la enfermera/o en CAP reformados 143
Casanovas, I.; Mitjans, J.; Abades, M.; Escuredo, B.; Esteve, J.; Fargues, I.; Gasull, M.

Reconocimiento profesional de enfermería: una reflexión para la autoimagen 155
Vacas, J.C.; Pérez, C.; Urraco, J.M.; Gil, F.J.; Santos, F.; Crespo, R.; Cañones, E.; Martínez, P.; Díaz, E.; Chofles, F.J.; Almeda, E.

Actuación de enfermería y satisfacción del usuario 169
Antón, M.V.

Autoestima/autoconcepto: un análisis de la autoimagen profesional en alumnos/as de enfermería 177
González, R.; Paublete, M.C.; Lupiani, M.; Martínez, J.M.; Gala, F.J.; Guillén, C.; Díaz, M.; Bas , P.;

La percepción de los usuarios del quehacer profesional de la enfermería 187
Márquez, M.; Carrasco, M.C.; Barquero, A.; Mena, F.J.; Benítez, D.

La enfermería través de la mirada de los niños 197
Mena, F.J.; Barquero, A.; Carrasco, M.C.; Márquez, M.; Benitez, D.

Aproximación a la imagen social de la enfermería 209
Hernández, J.E.; Díaz, M.; Chacón, R.; Hernández, J.; Suárez, A.; Medina, E.

Imagen de la enfermería en los escolares 217
Cobas, E.; Movilla, M.J.; Varela, N.; Romero, D.; Fernández, J.; Cabanas, M.

Enfermeria: autopercepcion profesional y social 225
Esteban, M.A.; Pollán, M.; Santos, M.A.; Notivol, P.

21 Conferencia

La evolución de la imagen enfermera desde la perspectiva del sistema de salud 237
Gutierrez, R.

2 2 Conferencia

La evolución de la imagen enfermera desde la perspectiva profesional 249
González, R.M.

2 3 Comunicaciones

La evolución de una imagen 261

Las enfermeras y su percepción del rol profesional: imágenes para la reflexión 263
Anguiano, R.; Grande, M.L.; Hernández, M.; Linares, M.; Palomino, P.A.

Vinculación del profesional de enfermería con el cine pornográfico 271
Miró, M.; Gallego, G.; Palou, M.A.; Fornés, J.; Gallo, J.; Ponsell, E.; Alorda, C.

Un análisis sobre la construcción de la identidad profesional de enfermería 281
Mendoza, M.B.; Lopez, J.A.; Pérez, A.M.; Serrano, M.D

Una mirada en el espejo de la normas jurídicas: una contradicción 293
Suárez, A.; Medina, C.D.; Farrerons, L.; Hernández, J.E.; Chacón, R.

La aparición y desarrollo de la imagen "gestora" de la enfermera: sus aportaciones a la imagen cuidadora actual 305
Mompart, M.P.; García, M.V.; Ruiz, M.D.

Enfermería: una imagen dinámica 317
Elorza,M.I.; Ciorraga, M.; Manrique, M.P.; Tazón, M.P.

Las enfermeras en la gestión: reflexión a través del tiempo .. 325
Hermoso de Mendoza, J.; Aliaga, M.

Qué imagen tienen los médicos de las enfermeras españolas? 335
Benavente , M.J.; Morgado, M.

Evolución profesional de la enfermera en el Hospital de Navarra en los últimos 60 años 351
Marín, B.; Ferro, M.; Pereyra, E.; Sabalza, M.A.

Pensar en grande, actuar en pequeño 369
Aja, N.; Encinas, E.; Lasa, G.; Ortega, S.; Trespaderne, I.

La mirada de la ley 377
Medina, C.D.; Farrerons, L.; Suárez, A.; B. Rodríguez, B.; Jiménez, J.F.

Análisis antropológico de la imagen de la enfermera 38
Casas, M.F.; Miralles, M.T.

Necesidad de reafirmación de la autoimagen en los profesionales de enfermería 39
Quero, J.; Moreno, A.I.; Hernáiz, A.; Gregorio, M.A.

Evolución histórica de las evaluaciones de practicas clínicas de las alumnas de enfermería. Escuela Creu Roja 1939-1996 40
Fernández, M.E.; Capellas, R.

Una mirada a la enfermería desde atención primaria 41
Fernández , M.L.; Gómez, M.D.; Martín, Y.; del Río, F.J.

La imagen de la profesión enfermera en un hospital de nueva apertura. Una oportunidad de cambio 42
Meseguer, C.; Paredes, A,; Torralba, M.J.; Andreu, A.M.; López, M.J.; Miras, J.A.

Influencia de los medios de comunicación en la imagen social de enfermería 42
Gregorio, M.A.; Hernaiz, A.; Quero, J.

Análisis comparativo de la asignatura de enfermería medico-quirurgica en los nuevos planes de estudios de la comunidad autónoma andaluza 4
Vazquez, S.; Catalán, M.J.; Santos,S.

¿Qué imagen tenemos de enfermería? 44
Quero, J.; Gregorio, M.A.; Hernaiz, A.

Estudio de la imagen de la profesión de enfermería en los alumnos de la E.U.E de Osakidetza 44
del Hierro, T. ; Gistau, C. ; Martin, J.

La imagen de la enfermera. Visión de los alumnos 45
Valiente, C.; Ubiergo , I.; Escayola, A.M.; Vilanova, M.

Enfermería Fundamental: mirar y cuidar 46
Quero, A.; Acosta, P.

¿Somos las enfermeras diferentes? 47
Alemán, S.; Calvo, F.; Marrero, M.; Martínez, M.; Navarro, M.; Ortíz, T.

Influencia del clima organizacional sobre el concepto de las enfermeras en atención primaria 47
Segarra, I.; Fuentes, R.M.; Sánchez, S.

La imagen de la enfermería: una aproximación cualitativa a partir de la opinión de los nuevos alumnos matriculados 48

La imagen de enfermería: es una declaración de intenciones o una realidad de calidad asistencial 4
Llinas, M.; Flor, P.; Tàrrech, M.

Imagen social de la profesión enfermera en carreras universitarias no relacionadas con la rama ciencias de la salud 5
Sánchez, J.; Navarro, M.C.; Rodríguez, M.C.; Acosta, E.G.; Marrero, M.; Chacón, R.; Hernández, J.E.

El entorno laboral como factor condicionante del cambio de la imagen profesional 5
García, A.; Gil, R.; Marchal, M.; Perteguer, I.; Sebastián, M. J.; de la Torre, J.

Identidad e imagen profesional 5
Frutos, M.L.; Hernández, H.; Muñoz, M.J.

3 1 **Conferencia**
Imágenes enfermeras en la Universidad 5
Durán, M.

3 2 **Conferencia**
La construcción disciplinar enfermera 5
Alfaro, R.

3 3 **Conferencia**
La AEED, 1979-1996: el compromiso de una imagen 5
Junta Directiva de la AEED

3 4 **Comunicaciones**
Una mirada académica 5

La construcción de una imagen profesional a través del desarrollo de actitudes: análisis de una experiencia 5
Betolaza, E.; Correyero, M.F.; Edroso, L.

Imagen y evaluación del profesor asociado 5
Rodríguez, S.; Carbelo, B.

Análisis del método docente utilizado en la E.U.E. Ciencias de la Salud de Málaga 6
Arjones, B.C.; Barragán, N.; Carballeda, E.M.;García, A.M.; Rodríguez, S.

La imagen de enfermería en el curriculum oculto de nuestras escuelas 6
Japón, D.

Aulas abiertas para una proyección de enfermería 627
Ciorraga, M.; Elorza, M.I.; Manrique, M.P.; Mayoz, I.

El profesor como sujeto de instrucción 635
Cano, A.; Royo, M.D.

La formación de los alumnos como elemento modificador de la imagen profesional 647
De la Torre, J.; Arriaga, E.; Gil, R.;Marchal, M.;Perteguer, I.; Sebastián, M. J.

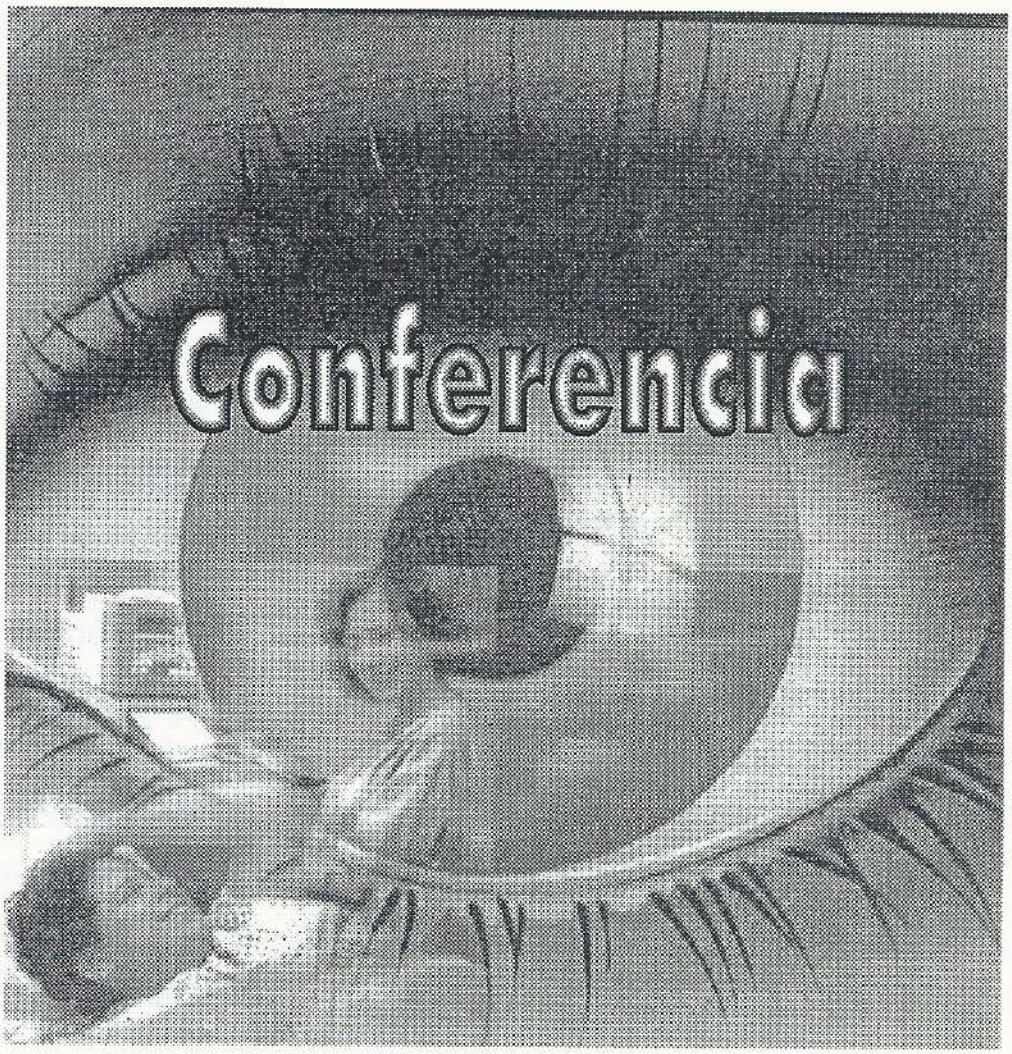
¿Nuestros alumnos modifican su imagen enfermera en el transcurso de la diplomatura? 655
López, C.;Martínez, I.;Gago, M.;Torres, C.

La imagen profesional desde el aula 665
Hoz, V; López, N; Zulueta, M.P.; Fernández, M.L.

La imagen de la profesión a traves de la mirada del alumno 673
Bover, A.; Artigas, B.; Gallo, J.; Alorda, C.; Bauzá, M.L.; Ferrer de Sant Jordi, P.

miradas sobre una profesión

LA IMAGEN SOCIAL DE LA ENFERMERA: LA MIRADA DEL QUE ES CUIDADO



Marta Allué Martínez

Antropóloga Social

Ante todo quisiera puntualizar algunos aspectos de mi presentación para que ustedes puedan contextualizar todo lo que voy a contarles. Porque voy a contar, a narrar.

Mi formación es de antropóloga sin embargo aquí, y en otros muchos contextos, represento al paciente. Escribí un libro como paciente pero fue mi formación la que me permitió concebirlo y también publicarlo.

Aprendí de la Antropología a observar, a describir, a ordenar y a clasificar datos. Desde el lecho, como paciente, puse en práctica lo aprendido y ahora soy, en consecuencia, una antropóloga paciente y una paciente antropóloga.

En cualquier caso lo que quiero decir es que me he limitado a observar, eventualmente a seleccionar y ordenar los datos, pero nunca a hacer de mis observaciones un modelo interpretativo ni tampoco un proyecto formal de investigación. Por lo menos de momento.

Por tanto, hoy me limitaré a contarles unas cuantas cosas que quizás les sean útiles, simplemente para reflexionar, sin ánimo alguno de hacer de mi intervención un discurso académico en regla.

Aún así trataré de quedar bien y déjenme comenzar con una cita que dice así:

La enfermería es una profesión autónoma pero integrada dentro del equipo de salud y que, basada en unos conocimientos científicos, técnicos y humanísticos colabora para conseguir y guardar la salud, entendiendo por salud aquella forma de vida autónoma solidaria y alegre (p.23 Meléndez et alii).

Esa es la traducción un tanto libre del catalán de una definición de enfermería que fue publicada en un texto sobre la situación de la profesión en Cataluña en el año 1982.

Fue buscando información bibliográfica donde encontré esta definición y seguí leyendo a fin de ver qué nos deparaba aquél análisis, hoy quizá obsoleto, de la enfermería. Ya lo veremos.

El texto añade que históricamente se asociaba la enfermería al calificativo de lo femenino, adjetivo que los autores consideran poco ventajoso porque es considerado por la sociedad como sinónimo de -y dice así- «*escasa preparación, conformismo, docilidad, obediencia...*».

En los manuales de antaño la femineidad iba acompañada también, en su expresión maternal, de atributos profesionales como el cuidado, el cariño, la bondad y la dulzura. Sin embargo siguiendo nuestro texto, cuando aborda la problemática de la identidad profesional, esos atributos pasados de moda cambian y dice:

«*Es muy difícil por no decir imposible, ejercer una profesión con ilusión, imaginación, creatividad, eficacia, dinamismo, responsabilidad y compromiso, tal como debe ejercerse la enfermería, si se carece de denominación definida y de un marco de actuación y de identificación*».

Porque -y esto lo añade más abajo-:

«*a nivel popular el nombre de enfermero/a se aplica a menudo, inadecuadamente, a las auxiliares.* (...) y en las consultas privadas, « a *la persona que ayuda al médico, que es normalmente una secretaria, se la denomina enfermera*»(p. 30).

Después de leer la frase me imaginé a la señora estupenda de los chistes, sentada, con las piernas cruzadas tratando de usurpar el sagrado papel a la enfermera. En fin que vi a Pamela Anderson disfrazada de Florence Nightingale.

A esas alturas de la lectura me pregunto si a efectos del que es cuidado ha variado mucho o poco esa imagen.

Pero aún hay más. Bajo el epígrafe «Imagen pública de la enfer-

«En general, la enfermería tiene una apariencia pobre, indefinida y poco clara».

Si añadimos alguna que otra frase que aparece en el texto que estoy citando redondearé la definición de imagen que perseguimos. Porque en la página 80, y dentro de un capítulo sobre problemática laboral dice, refiriéndose a las enfermeras catalanas en concreto que:

«ofrecen una imagen muy alejada de la enfermería clásica. Hoy no se da importancia a la apariencia externa en lo relativo al uniforme. Los uniformes, en general, no son bonitos, ni prácticos, ni están bien hechos y las enfermeras no tienen excesivo cuidado de su aspecto en el trabajo».

Yo leí el texto con la fruición de quien busca información sobre la imagen de la enfermería no necesariamente corrosiva y me encontré con lo citado.

Me dije que aquello no es así quince años después y que los autores, tratando de abordar la problemática de enfermería, atacaban únicamente por la vía de la imagen que ofrecen al usuario. Porque, el resto del texto, tenía un carácter reivindicativo laboral fruto de los avatares de la época.

Días después releí los párrafos con ojos de paciente horizontal y, sorprendentemente, me di cuenta de que los cambios experimentados en la profesión pueden llegar a ser imperceptibles para el usuario.

Analizando la descripción que abría mi intervención observo que, en primer lugar, la presunta autonomía de la enfermería dentro del equipo de salud no lo es tanto. Los pacientes siguen viendo a la enfermera como un apéndice del médico y cuyo grado de autonomía existe pero no se ejerce en apariencia, si bien otras veces se abusa de él frente al usuario. Y eso suele ocurrir cuando lo que solicita el enfermo, pongamos por caso un analgésico, implica para la enfermera/o una toma de posición, muchas veces no prevista por el médico.

Se me ocurre que la función de la enfermera debería ser la de prever las eventualidades asistenciales y no esperar a que ellas se produzcan para luego decirle al enfermo *«es que el médico no ha dejado*

nada pautado para el dolor y no voy a llamar al de guardia para una cosa tan poco compleja».

Eso me ha ocurrido a mi minutos antes de proceder a una cura en el Tanque de Howard de la Unidad de Quemados.

El paciente se queda en medio, entre el médico que nada dijo y la enfermera que no va a ir a decir al médico que tal y cual porque está demasiado ocupado.

PROFESIONALIDAD O/Y JUEGO DE ROL

La preparación del personal sanitario hoy, es mucho mayor que la de hace dos décadas, más especializada y a la vez más compleja. Sin embargo el uso que se hace de ella se traduce en personas preparadas situadas en el lugar inadecuado como fruto de la movilidad constante a la que está sometida la profesión.

La mayor parte de los pacientes desconocen esa particular problemática laboral del medio sanitario, donde el baile de plazas y turnos es constante, e interpretan únicamente de las actuaciones una carencia de especialización y profesionalidad.

En mis conversaciones con los profesionales del sector constantemente aparece ese conflicto donde la contradicción entre especialización y destino adecuado se hace evidente.

La enfermería es una de las profesiones más ambivalentes que existen en este país, sin dejar de lado la enseñanza donde todos valemos para lo que sea. Lo que ocurre es que en este sector, el mío, el usuario no protesta porque es menor de edad y los papás lo que exigen es una buena guardería.

El enfermero/a puede pasar de un día para otro de la UCI de adultos a oftalmología; del turno de noche en urgencias a la consulta externa de geriatría. Y eso, el paciente lo ignora.

El paciente sólo es capaz de ver que no todo el mundo le trata por igual y se desespera contando los minutos que le quedan para el cambio de turno y recibir el trato especializado de aquella o aquél que saben comprenderlo.

Ejercer una profesión con dinamismo, ilusión y creatividad no puede conseguirse si se carece de identidad, según apunta el texto que analizo. Yo diría algo diferente.

No es necesaria la reivindicación de una identidad. No es tan necesario el acotamiento de las funciones tan solo hace falta la profesionalidad.

Los profesionales de la enfermería aun cuando disponen de ese uniforme feo y ajado que podría ser la máscara, el disfraz del actor, jamás lo utilizan como tal.

La profesionalidad la entiendo, en este oficio como en cualquier otro, como la capacidad de -permítanme el anglicismo- «performar» en el sentido artístico del término.

En las profesiones donde la actividad se ejerce de cara a un público heterogéneo, disminuido por la enfermedad o por la edad -como en la enseñanza-, a veces crispado y poco tolerante, es necesario sobreactuar. Y si me lo permiten, en términos más antropológicos, podría decir que es necesario ritualizar, sacralizar el acto profesional y eso, perdonen, pero ni ustedes ni los médicos lo suelen hacer, aún llevando bata blanca. O, en cualquier caso, a pesar de que los médicos aún más se cubren de mayor número de símbolos de estatus, no lo consiguen porque equivocan las expectativas del público.

La bata blanca es utilizada como coraza, como envoltorio protector y pocas veces como uniforme profesional. Además, como bien dice el texto que sigo machacando, el uniforme sigue teniendo hoy una apariencia pobre e indefinida.

Los pacientes les confunden siempre y ustedes se quejan porque les piden la cuña cuando eso debe hacerlo la auxiliar. ¿No es más que confunden sus funciones y no tanto las dos rayitas del bolsillo del tórax? ¿Y por qué confunden sus funciones? ¿Será porque se solapan? ¿Tiene el paciente la obligación de saberlo?

En las obras teatrales los actores presentan a sus personajes a lo largo del discurso dramático. En los rituales la actuación de los oficiantes viene determinada por su función dentro del rito. En uno y otro caso el público identifica perfectamente lo que cada uno de los actores representa.

¿Por qué no ocurre lo mismo cuando el equipo de salud entra por la mañana temprano en la habitación del paciente?

Sencillamente, porque casi nadie se identifica.

El paciente no es, para algunos, el sujeto activo sobre el que recae la acción sanitaria, por tanto no hay nada que explicarle. Acto seguido, el paciente va y pide la cuña a aquél médico residente del fondo del grupo que se ha puesto el pijama del celador y olvidó el fonendo en la guardia anterior.

Respuesta, saliendo de la habitación 204: «*el viejo este de la B está haciendo una demencia senil*».

Presentarse ante el paciente es un acto ritual y hay que hacerlo. Quizás solo una vez si el paciente es un alumno aventajado y si no lo es hay que repetir la lección. Es tedioso, lo sé, pero evita conflictos y es mucho más fácil que proporcionar a la secretaria de urgencias tus datos personales cuando un cólico te está removiendo las entrañas.

Después están los dinteles, cuya función arquitectónica y también simbólica parecen olvidar los sanitarios. Otra contradicción que acentúa la incapacidad demostrada por algunos para generalizar.

Los dinteles de las puertas y las puertas propiamente dichas con sus rótulos de identificación son un elemento común en el medio hospitalario.

Prohibido el paso, área quirúrgica, póngase usted los peúcos, llame al timbre para franquear el blindaje de acero que separa la zona séptica, etc. etc.

Los límites simbólicos marcados suelen ser respetados sin dificultad, incluso por el usuario, aunque a veces sea a base de discusiones con el servicio de seguridad.

Sin embargo, noten ustedes que el área de privacidad marcada por el dintel y el número de la habitación del paciente no requiere ritual alguno ni cambio de actitud en relación a quien ocupa las camas. Se entra abiertamente y si el profesional procede de una violenta discusión laboral en el box reservado de enfermería, ningún dintel le hace cambiar de actitud y se responde al timbre con un «*y ahora qué quieres Paco,*

Cuando la enfermera se acerca al cabezal de la cama, Paco siente aquél característico olor a naranja de media tarde que delata a su enfermera. Porque el dintel se ha suprimido y para entrar allí no hacen falta ni peúcos ni lavados de manos como en la UCI.

Paco se resigna y decide aplazar su decisión de hacer pipí para no molestar. A lo que la enfermera responde: «*a ver si otra vez tienes más claro lo que quieres, que estoy sola y la auxiliar está de baja*».

Es como si volviéramos al pasado, cuando los pacientes ocupaban todos juntos una misma sala sin dinteles ni cortinas. Si se diseñaron las habitaciones de dos o más pacientes fue seguramente por razones de asepsia pero también por argumentos de carácter ritual subyacentes. Porque determinados grados de aislamiento a ultranza son discutibles hoy como barreras a la infección y más bien obedecen a otros imperativos más organizativos que sanitarios.

EL TRATO

He hablado de dinteles y uniformes feos pero quedan muchas cosas más que decir de esa identidad de la enfermera/o que esperamos que reconozca el paciente.

La opinión que merece la enfermería a ojos de la ciudadanía en general varía también según el grupo de edad al que pertenece el observador.

El grupo de edad que acaba de entrar en el cómputo de ciudadanos activos tiene una visión particularmente laboral del profesional de enfermería y menos asistencial que la que le otorgan los mayores.

El usuario joven entiende poco la escasa hiperactividad laboral de la enfermera. Una paciente de 27 años con la que compartí habitación insistía en que erais unos «pencos», entiéndase vagas o remolonas. También es cierto que se espera del paciente joven mayor autonomía que del viejo pero el caso es que esa distinción no es posible cuando la patología es grave e inmovilizante. El paciente joven tiene prisa, le quedan muchos años de vida si se recupera y espera de quien le atiende la celeridad con la que se identifica. Está en los inicios o buscando su primera ocupación de manera que le horroriza el poco entusiasmo del trabajador fijo.

El paciente anciano suele, por lo general, quejarse poco aunque también es cierto que tiene menos prisa. Observa al profesional, generalmente de mucha menor edad, como el hijo o la hija que bien pudiera atenderle en casa si tuviera una habitación para él. A veces contemplan a la enfermería, por la forma que tiene de dar las órdenes, como a un superior, sobre todo entre los poco instruidos.

Un buen ejemplo podría ser Prudenci, un paciente diabético, ciego y doble amputado al que cito en mi libro. Prudenci llamaba a las enfermeras «*senyoreta professora*». A Prudenci le daban órdenes y él las cumplía religiosamente porque a duras penas era capaz de identificar a quien le atendía.

El anciano se siente acogido, a veces mejor tratado que en su propia casa, más acompañado y asistido. Pero hay algo que a muy pocos suele gustarle: que les tuteen.

En Catalunya y me imagino que en muchas zonas del resto del Estado es frecuente que incluso los hijos traten de usted a los padres. Pues bien, ese respetable anciano ve vulnerado el trato cuando ingresa en el hospital y una desconocida va y le espeta: «*Oye, Angustias, vida mía, y hoy qué es lo que te pasa.*»

Y la pobre Angustias traga, no sea que la echen.

Ahora pensarán ustedes aquello de que el trato familiar y cariñoso lima la ansiedad del paciente encamado. Es posible. Pero de nuevo me pregunto si no es más fácil enterarse de cómo quiere ser tratado el paciente.

Porque eso sí, cuando el jefe de servicio entra por la puerta Angustias debe cuadrarse y admitir de él el plural mayestático, para eso es el jefe, aunque ella crea que se trata del celador que tan simpático la sacó del quirófano la noche anterior.

Al resto de los mortales que pasamos por las manos del personal sanitario, los de mediana edad, bregados laboralmente, autónomos y con hijos o padres a nuestro cargo, optamos, en la relación con los enfermeros/as, por la negociación, que es lo propio a esa edad.

Si bien los ancianos tragan o permanecen expectantes hasta nueva orden, y, por otro lado los jóvenes se impacientan con el paso del tiem-

po, el grueso de la población activa dedica sus horas, a maquinar la negociación asistencial.

Los adultos suelen estar menos acompañados por los familiares que los ancianos y los jóvenes que acostumbran a dejar la negociación en manos de sus seres queridos. De forma que o se espabilan con el trato o sucumben.

En mi larga trayectoria como paciente he dedicado muchísimas horas a esa actividad. He tenido que «actuar», en el sentido teatral, para conseguir lo que necesitaba. Fui amable, sin llegar a la adulación, con fulanita porque tenía malas pulgas; ejercí de asesor laboral con zutanita; de «maruja»; de mediador de discusiones; y, muy a mi pesar, de confidente policial, cuando una supervisora me interrogó sobre el proceder de sus enfermeras. Mi salud estaba en juego y por tanto había que renunciar, entre otras cosas, a mis propias convicciones. De forma que llegué a delatar a más de un presunto sospechoso de negligencia.

También tuve que renunciar a mi profesión. A fin de cuentas allí dentro era únicamente una paciente y el personal siempre esperó que me comportara como la cartillera de turno: edad media, nivel de instrucción elemental, un par de hijos en edad escolar, aficionada a las revistas del corazón y a los trapos, teleadicta, con problemas económicos a fin de mes y una vida sexual más bien pobre. En fin, el estereotipo que tanto nos cuesta olvidar.

Sin embargo en la negociación no es muy recomendable mostrar cómo eres realmente y menos, cómo te ganas la vida. A veces es peor porque se presta a confusiones o a catalogaciones fuera de lugar. En Madrid, las enfermeras siempre pensaron de mí que era psicóloga, lo que me sacaba de mis casillas, y los médicos que era esposa de un psiquiatra porque nunca consideraron que pudiera ser otra cosa más que la mujer de...

Una vez neutralizadas las características socioeconómicas o de estatus, modificada la conducta y velada parcialmente la personalidad, el paciente puede proceder a la planificación de la negociación efectiva.

La primera etapa debe centrarse en la realización de un minucioso trabajo de observación de campo. Seguidamente se eligen los

interlocutores básicos a través de los cuales se irán solicitando, siguiendo una escala de mayor a menor importancia, cada una de las necesidades. Es imprescindible no pedir simultáneamente más de dos cosas, de lo contrario el paciente puede ver reducida la respuesta a una sola de ellas, que suele ser la de menor importancia. Además, no hay que olvidar que el orden de prioridades del paciente no necesariamente coincide con las del personal de enfermería, porque no las sufre.

Ese es el planteamiento ideal, el del manual del usuario. Pero es difícil la concreción de las utopías y el resultado nunca es el deseado. Llegado a ese punto, el paciente puede recurrir como alternativa a las adaptaciones secundarias.

Se empieza buscando entre el personal a un conocido que actúe de intermediario, aunque sea entre el personal de cocina; se utiliza a un familiar negociador y/o adulador; y, si se tercia, se prescinde de la enfermera y se negocia directamente con el médico aunque es arriesgado porque el tiempo de interacción con él es extraordinariamente reducido.

Un futuro manual del usuario desaconsejaría, por ejemplo, el enfrentamiento, porque el paciente siempre tiene las de perder. Por el momento se desconoce el paro técnico o la huelga de celo en los pacientes, aunque no descarto la posibilidad de representar un infarto cuando no se padece.

HOMBRES-ENFERMEROS/MUJERES-ENFERMERAS

Remontándonos de nuevo al ya citado aspecto de la femineidad en la profesión, aprovecharé para reflexionar también sobre el problema del género en la enfermería.

El sector masculino es reducido, ya lo sabemos, pero ciertamente mucho más homogéneo que las mujeres en relación a las pautas de conducta profesional. Los hombres acostumbran a rechazar de plano todo aquello que caracterizaba femeninamente a la profesión de antaño: dulzura, cariño, delicadeza. Es justo y razonable. Sin embargo, en ese afán por distanciarse de la mujer enfermera, acentúan la brusquedad creyendo, erróneamente, que con un trato a veces propio de camionero nadie discutirá su orientación sexual ni confundirá su profesionalidad mal en-

En primer lugar se muestran sistemáticamente apresurados durante las actuaciones con el paciente. No pueden perder un minuto en lo que consideran nimiedades, como por ejemplo acomodar al paciente tras una cura o simplemente escuchar detenidamente sus lamentos ante el dolor. Jamás reconocen un error o, dicho de otra manera, suelen ser incapaces de rectificar. Algunos pacientes los confunden con los médicos por su actitud distante, a veces ausente y absolutamente técnica. Para entonces, esos enfermeros, ya padecen el síndrome del mini-médico. No en vano, ustedes que se dedican a la docencia, sabrán que muchos de ellos cursaron enfermería porque no pudieron acceder a la Facultad de Medicina.

Son escasos los hombres que tienen prestigio entre los pacientes que generalmente prefieren el trato femenino donde abunda proporcionalmente la eficacia profesional.

Como algunos pacientes confunden a los enfermeros muchos de éstos se deleitan con el juego. En cambio en el sector femenino la confusión se genera entre las mujeres médico y las enfermeras. Las mujeres médico nunca olvidan el fonendo y jamás lo acompañarían del aparato de la presión. En muy contadas ocasiones lucen un pijama o una bata blanca abotonada. En la Facultad les deben enseñar que una vez superada la residencia deben mostrar sus encantadoras ropas de calle a través de la bata abierta y las reglamentarias medias obscuras.

Las enfermeras, por tanto, jamás usurpan esa imagen.

JOVENES Y MAYORES

En relación a los grupos de edad de unos y otras, como parámetro sociológico a considerar, las actitudes también varían. Para su descripción habría que considerar circunstancias diversas como la época de formación y la experiencia profesional, sin embargo suelen solaparse. En mi libro, muy por encima, establecí dos grupos de edad: los comprendidos entre los 22 y los 30 años, y los de 30-35 a la cuarentena avanzada.

Los primeros por edad y formación suelen mostrarse excesivamente técnicos e hiperactivos, aunque eficaces ante las situaciones de urgencia, pero muy distantes con el paciente y menos comunicativos. Se

adaptan con mucha dificultad a las variaciones anímicas del paciente y frecuentemente huyen cuando se muestra depresivo. Rechazan de plano al enfermo poco colaborador. Suelen prescindir de las etiquetas olvidando aquello que antes decía de los dinteles y la teatralidad. Supongo que les faltan tablas. Acusan cierta tendencia a dar consejos. Dudo que se les enseñe a darlos en las escuelas. Pero si así fuera habría que indicarles cuándo y cómo deben hacerlo. O, en todo caso, habría que decirles que a veces, es mejor callar que aconsejar si nadie les invita a ello.

Aquí cabría aquella frase que algunos no aprendieron y que dice: «*Jamás infantilices al paciente*».

El grupo de edad de trentones y cuarentones actúa con mayor relajación. También es cierto que van más cansados. Las tablas se suelen notar y muestran mayor grado de paciencia ante el enfermo. Proponen, plantean, pero no llegan a aconsejar. Posiblemente se identifican más con los pacientes por la edad, y por esa razón se muestran menos distantes. Si los jóvenes abusan de la coraza, los mayores suelen llevarse a casa los problemas de sus pacientes. Y eso se nota. Otras veces la transferencia es de enfermero/a a paciente y, éste, perplejo, asiste al relato tedioso de las desgracias de quien le atiende.

Mientras los jóvenes esconden sus vidas privadas, los mayores las airean.

Reconozco que francamente es difícil optar por una postura profesionalemente neutra pero sigo insistiendo en qué quizás una formación más orientada hacia el desarrollo de las capacidades de observación y relativización haría más eficaz el trabajo de enfermería.

Hace tres años estuve ingresada durante dos meses en un hospital americano, concretamente en Texas, que acogía sobre todo pacientes de beneficencia. Es cierto que las responsabilidades del personal de enfermería no son idénticas a las de los hospitales europeos. Sin embargo, prescindiendo de las características técnicas de la asistencia, observé que esa neutralidad relacional que vengo defendiendo es posible porque allí pude observarla.

Pongamos un ejemplo: durante esos dos meses fui incapaz de diferenciar el trato de una enfermera a otra; de una auxiliar a otra. Todos/as

actuaban exactamente igual. Tan solo las características físicas o si ustedes quieren las raciales me servían para distinguirlas, pero jamás lo fue la forma como me atendieron. Recuerdo perfectamente sus nombres pero no conseguí ponerles apodos. En Madrid, donde sufrí mi primer ingreso, todas las enfermeras y enfermeros los tuvieron.

Las americanas cumplían jornadas de hasta 16 horas en verano pero jamás mostraron cansancio ante el paciente ni perdieron su extraordinario sentido del humor. Ninguna me contó nada de su vida a no ser que yo la interrogara; nadie mostró prisas jamás y siempre se presentaban al entrar luciendo una hermosa sonrisa.

Posiblemente la rigidez laboral con el riesgo fácil del despido, las características culturales de la zona y la formación que reciben explicarían la diferencia.

Imagino que ustedes pensaran que estoy absolutamente fascinada con el «*savoir-faire*» americano. Sí, probablemente. Pero les aseguro que traté siempre de ser objetiva. Y, es más, lo sigo siendo muy a mi pesar puesto que el principal problema de secuelas que me llevó a Texas no pudo ser solucionado y me ha costado demasiados dólares.

CONCLUSIONES

Ustedes son docentes y yo debería aportar con mis observaciones de los enfermeros/as en ejercicio algún elemento para mejorar la profesionalidad de los futuros equipos sanitarios. Aunque, eso sí, sin ánimo de no hacer de ello más que alguna sugerencia.

La tarea es compleja porque no necesariamente las actuaciones que yo observo en las enfermeras/os en ejercicio son el resultado de un aprendizaje erróneo. A veces son deformaciones que se adquieren en la práctica laboral como ocurre en otras profesiones. Otras veces es la práctica la que mejora el aprendizaje.

Hay quien dice que es difícil enseñar las pautas de la conducta profesional a estudiantes tan jóvenes como las que ustedes atienden en las aulas y pretender de ellos/as que se sitúen ante el paciente si apenas lo ven en las prácticas. Pero no es imposible enseñarles a actuar, aunque se rían y les parezca grotesco representar los papeles del primer acto.

Los actores explican que para preparar sus papeles acuden al donde haya alguien que desarrolle en la realidad el rol que ellos repre sentarán en el escenario o en la pantalla. Van allí y observan. Analiza las conductas para luego reproducirlas; hablan con quien representa estereotipo del personaje a representar y configuran su imagen teatra Las enfermeras deberían hacerlo.

A los estudiantes de Antropología se les exige en las prácticas c campo la observación participante. Se les sugiere que vayan a lo qu denominamos unidad de observación y que participen, que hagan suya actividad o el fenómeno que pretenden estudiar. Sólo así pueden llegar entender verdaderamente lo que ocurre ya sea en un proceso ritual, ur cura mágica, una fiesta popular o una discusión en un grupo profesiona

En mis épocas de estudiante trabajé sobre cementerios, empres de pompas fúnebres y seguros de decesos. Tenía 21 años y era difíc obtener información sin levantar sospechas ni susceptibilidades con s mejante tema. Al no poder enmascarar ni mi edad ni mi condición c estudiante inexperta inventé una historia relacionada con una supues abuela que quería hacerse con un seguro que le cubriera los gastos c entierro. Tragaron. Aprendido el papel me disfracé como Mortadelo c agente de seguros y obtuve una información más amplia de otras instit ciones; más tarde me convertí en paparazzi de cementerios y así suces vamente.

Me pregunto, por tanto, si no sería posible que los estudiantes c enfermería pasaran algunas mañanas en la sala de espera de un centro c salud; en la puerta de una UCI con los inquietos familiares de los pacie tes; en la antesala de un quirófano o junto al mostrador del control c urgencias, impasibles, alertas a todo comentario, e incluso participante

Me pregunto si tal vez fuera útil que se acostumbraran a relatar s propias experiencias ante la enfermedad o la postración de forma min ciosa.

Me pregunto, finalmente, si podrían sentarse en una silla de ru das, con un brazo en cabestrillo y tratar de ir al lavabo sin ayuda; cocinar una tortilla con una sola mano; o llamar al timbre con las axil desde una cama por tener colgados los brazos de las perchas del goter

Quizás les resultase grotesco, pero sólo así podrían situarse en aquel lugar desde donde horizontalmente las vemos los pacientes.

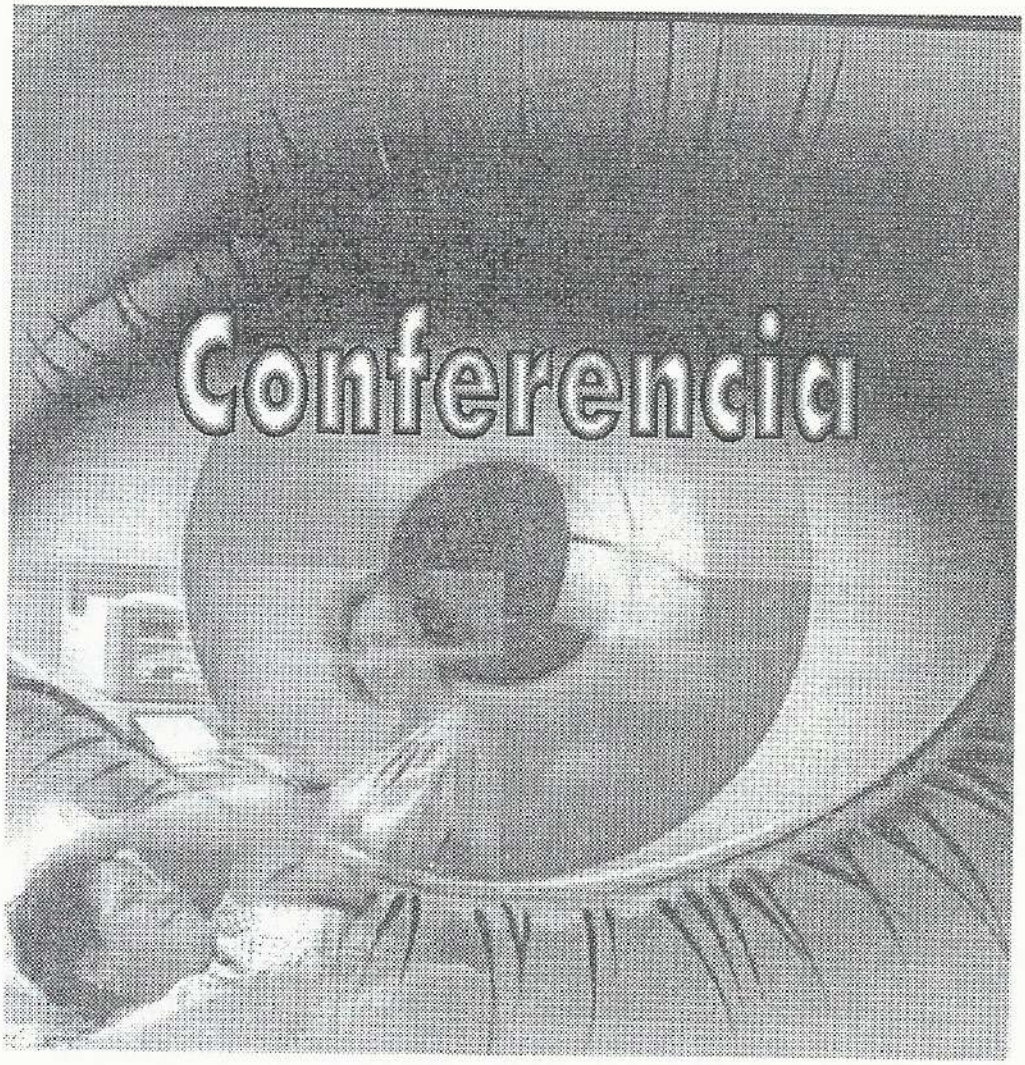
Para acabar, les leeré una definición de enfermería que aparecía en una jarrita de café que encontré en el despacho de una enfermera liberada de un hospital barcelonés. Y dice así del inglés:

«Enfermería, el oficio más creativo del mundo: manejo de situaciones críticas, legislación, juicio, paciencia, medicina, psicología, energía, geriatría, pediatría, educación, escucha... Quien sea capaz de desarrollar todo esto, es alguien muy especial».

Textos citados

1. MELENDEZ,C. CREUS,M. MASGRAU,P. OLLER,N.: La situació actual de la infermeria a Catalunya. Col. Informes Tècnics d'Assitència Sanitària. Generalitata de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1982.
2. ALLUÉ,M.: Perder la piel . Planeta-Seix Barral. Barcelona, 1996.

LAS ENFERMERAS: AUTOIMAGEN Y PROYECCIÓN SOCIAL



Margarita Garrido Abejar

Profesora Titular de la Escuela de Enfermería
Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca

Desde que comencé la preparación de esta conferencia sobre la imagen de la enfermera profesional, y para poder tener una imagen plural me pregunté: ¿ qué fuentes debería consultar ?. Obviamente no disponía del tiempo ni de los recursos necesarios para entrevistar a las enfermeras suficientes y realizar una muestra representativa que tuviera un mínimo de rigor. Afortunadamente me di cuenta de que disponía de un material muy exhaustivo y valioso, las reflexiones de las propias enfermeras al respecto contenidas en los libros de las sesiones y en las revistas profesionales. Tengo que decirles que han sido de una ayuda inestimable y que además he disfrutado releyendo los pensamientos de compañeras y algunas de ellas amigas. Me siento obligada a reconocer que estoy en deuda con todas ellas. Desde el principio quisiera mostrarles mi agradecimiento.

La revisión de estas fuentes de información tan ricas en matices, han creado en mí un unos sentimientos que también querría compartir. Durante largas horas de lectura y toma de notas, mi estado de ánimo oscilaba entre ver «la botella medio llena o medio vacía». La realidad es poliédrica y el retrato, que yo tendría que ofrecerles es multidimensional, tiene tantas facetas como enfermeras profesionales, ello hace que sea complicado captar en su totalidad todos los aspectos e imposible que les ofrezca una foto instantánea.

Tenía claras las fuentes, pero me resultaba costoso procesar tanta información y tan dialéctica. Recurrí pues a realizar un boceto al que a lo largo de las sesiones se le irían añadiendo pinceladas. Uds. al final calificarán el resultado, si el cuadro es impresionista, figurativo, cubista, abstracto.... Les tengo que confesar que yo no he sabido calificarlo.

Antes de comenzar a desarrollar el tema, quisiera hacer una declaración de intenciones. El análisis que trataré de realizar sobre la autoimagen de las enfermeras, se articulará en torno a ***«la enfermera que tiene como centro de interés el cuidado de la persona que, en constante interacción con su entorno, vive experiencias de salud»*, (Kérouac, y col. 1996). Estas enfermeras no son las únicas que conviven en la categoría de profesionales.**

¿QUÉ SUGIERE EL TÉRMINO IMAGEN PERSONAL?

No es posible captar el sentido del concepto de imagen sin recurrir a cuestiones relacionadas con la teoría de la percepción. Según King (1984) *«la percepción puede ser entendida como una representación de la realidad por parte de cada persona. Da significado a la experiencia personal y representa la imagen de la realidad que el individuo posee e influencia el comportamiento humano»*. De esta primera aproximación se desprende que las imágenes, sean de sujetos o de objetos, son representaciones subjetivas de la realidad fruto de complicados procesos de cognición social.

Sin embargo no es éste el único significado del concepto, también puede ser entendido como *«el valor social positivo que una persona reivindica afectivamente a través de sus acciones(...). Consiste en ofrecer una determinada puesta en escena donde los rasgos son atributos socialmente aprobados». (Goffman,1987).* Esta cita es particularmente cierta cuando las ideas que expresaré, provienen de las propias actoras -las enfermeras-, observadoras no neutrales que lógicamente interpretan la realidad según sus intereses. Al hablar desde dentro de los atributos profesionales, quizá sea inevitable confundir el «ser con el querer ser o con el deber ser» e impregnar el texto de un cierto tono reivindicativo.

Esta doble significación será examinada a lo largo de la exposición, intentando establecer las relaciones existentes entre la imagen como representación social y como valor positivo objeto de reivindicación.

REFLEXIONES SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN DE UNO MISMO. LA CONSTRUCCIÓN DE LA AUTOIMAGEN DE LA ENFERMERA

Aunque el concepto de autoimagen profesional tiene bastante que ver con las vivencias personales, su forma de construirse es fundamentalmente social. Se genera como resultado de la experiencia, puesto que es en el proceso de comunicación social donde se elabora la conciencia profesional. Tan importante es el papel de lo social que se argumenta *«el principal origen de la autoimagen y la autoestima probablemente sean las reacciones de los demás, llegamos a vernos a nosotros mismos como los otros nos categorizan»* (Argyle, 1987).

Siguiendo esa línea argumental, la percepción sobre la autoimagen enfermera está en estrecha relación con la opinión que la sociedad tiene sobre el colectivo como grupo profesional. Conlleva, como se ha destacado, un conjunto de opiniones, creencias y sentimientos asociados alrededor del hacer enfermero. Porque se perciben y se reconocen a las enfermeras por aquellas acciones que realizan.

Pero las enfermeras cuando evalúan su imagen, se miran al espejo social, no solo consideran los mensajes que les emiten. También tienen en cuenta sus ideales sobre el ser y el deber ser profesional y la forma en que estos se reflejan socialmente. En este sentido la imagen enfermera está relacionada con el conjunto de expectativas y características que la enfermera considera como propias y a las cuales, concede un valor socio-afectivo.

En definitiva la autoimagen enfermera, implica una idea de síntesis y se articula escuchando el diálogo entre las dimensiones psicológicas y sociales inherentes a su ser y hacer profesional. Es el resultado de aquello que los demás piensan que es y lo que piensa ella misma que es o debería ser. En consecuencia se construye a partir de la definición del hacer profesional por los otros y de su propia concepción del ser o deber ser. Es el producto elaborado, consecuencia de complicados procesos interactivos entre la enfermera y el campo social y no solamente un elemento fruto de las subjetividades individuales.

La autoimagen es un concepto complejo y enredado entre lo individual y lo social. Por lo tanto la imagen social del hacer enfermero,

puede ser algo distinta de las opiniones y creencias que las enfermeras tienen sobre su ser profesional y ello genera contradicciones y crisis de identidad.

Con la intencionalidad de aclarar más este concepto de autoimagen, haremos referencia a las tres dimensiones que intervienen en su elaboración:

- Las imágenes o mensajes sociales sobre las enfermeras.
- Las imágenes ideales o expectativas de las enfermeras.
- Las enfermeras en conversación interna. Autoconcepto y autoestima

¿QUÉ VE Y QUÉ SABE LA SOCIEDAD SOBRE LAS ENFERMERAS?. ESCUCHEMOS LOS MENSAJES SOCIALES QUE NOS EMITEN Y QUE EMITIMOS

Para explicar como se produce la percepción social de la imagen de la enfermera recurriré a la aplicación de algunos de los supuestos básicos de la teoría de la Gestal. La percepción global que se tiene de una enfermera, está influenciada por el campo total, es decir las conductas individuales se difuminan. Se percibe a una enfermera influenciada por su pertenencia a un grupo profesional. Estas elaboraciones sociales o esquemas globales de la realidad, mantienen estrechas relaciones con los estereotipos como predisposiciones o imágenes mentales simplificadoras de la realidad. Así la imagen social de la enfermera se refiere a aquellos aspectos de ella vistos como pertenecientes a una categoría o grupo profesional.

La sociedad tiene una imagen, representación de lo que es una enfermera a través de su hacer. La basa en el conocimiento que ha ido conformándose a lo largo del tiempo a partir de fuentes de información muy variadas (memoria histórica, medios de comunicación, experiencias...). *«Las representaciones sociales definen los comportamientos esperados; son una forma de conocimiento, propia de la complejidad de nuestro tiempo, que se caracteriza por no ser uniforme sino fragmentaria y plural». (Moscovici,1988).*

Escuchar activamente el discurso social, cuestión que trataré de realizar, supone oír lo que se dice y lo que especulativamente hay detrás

Hay numerosos trabajos sobre la imagen social de la enfermera, (Domínguez Alcón, 1985), (Renedo y col.1991), (Rodero y Vives, 1991), (Alberdi, 1992), (Mariscal y col, en AEED 1995a). En ellos se realizan aproximaciones sobre la percepción que los usuarios tienen de las enfermeras, cualquiera que sea su concepción profesional. Al revisarlos se aprecian algunos determinantes de los procesos perceptivos-cognitivos sociales. Destacando:

La confusión entre enfermeras y auxiliares. Quizá la primera imagen de la enfermera que tenían los usuarios estuviera ligada a un uniforme como seña de identidad. He utilizado el pasado conscientemente por que mi experiencia me dice que hoy no es posible reconocerlas por él. Cuando voy a un hospital tengo serias dificultades para saber con quien estoy hablando, la bata que suelen llevar encima del pijama, no siempre deja ver las siglas impresas en los bolsillos de los interlocutores. Pero si esto me sucede a mí, ¿qué creen que les sucede a los pacientes?, ¿Saben el significado de las siglas DUE, ATS, AE...?. Francamente creo que no en todas las interlocuciones, los usuarios, conocen la categoría del profesional con el que están interactuando.

No me gustaría que con mis palabras pareciera que pretendo hacer una defensa a ultranza del uniforme, pero creo que algo habrá que hacer para evitar las posibles confusiones entre enfermeras, auxiliares y otros profesionales. Ello pasa por incorporar señas de identidad específicas que favorezcan el reconocimiento profesional.

Resultan aleccionadoras las conclusiones de un estudio de opinión de los usuarios, sobre las consultas de enfermería en centros de salud. En él se pone de relieve que más de la mitad de los encuestados, (enfermos crónicos que habitualmente son seguidos en la consulta), no conocen el nombre de la enfermera que les trata, (Vázquez, 1990).

Si esto ocurre en las consultas de enfermería donde el trato es personalizado, vuélvanse a imaginar al usuario en el hospital con la diversidad de enfermeras que pueden atenderle durante una semana de hospitalización. Al igual que a todos los efectos el paciente tiene derecho a saber el nombre del facultativo responsable de su proceso, entiendo que igualmente debería la enfermera hacerse reconocible como profesional y salir del anonimato.

La tradición histórica: esta incorpora a la memoria colectiva el conocimiento popular sobre la práctica enfermera. No vale la pena insistir, aunque si recordar, que la imagen social de la enfermera ha estado condicionada por dos ideologías predominantes y relacionadas entre sí: Una concepción religiosa sobre el cuidado y un discurso sexista sobre el rol social de la mujer.(Domínguez Alcón 1983), (Alberdi, 1983), (Canals, 1992), (Segarra,en AEED. 1993).

El rol y status social de la profesión enfermera: no se puede esperar que personas ajenas al mundo de las enfermeras, tengan un conocimiento real del saber propio de la disciplina, sin embargo tienen un criterio general que estaría relacionado con aspectos técnicos e instrumentales y capacidad de acción subordinada a las órdenes del médico (las denominaciones no suelen ser gratuitas y todavía se nos reconoce como ATS). La actividad propia y distintiva de las enfermeras, la atención a los procesos vitales y la detección de las necesidades de cuidados, se sitúa en un segundo plano. Ello marca de forma significativa las expectativas sociales y contribuye a perpetuar un rol tradicional, sobre el hacer enfermero, insatisfactorio para los usuarios y las enfermeras.

El contexto institucional: con respecto a este hecho conviene destacar que la profesión enfermera está atrapada, cautiva del ámbito organizativo y normativo de las instituciones sanitarias. El ejercicio libre es infrecuente y con asiduidad reproduce los moldes anteriores, sigue girando en torno a la actividad técnico-instrumental.

Las instituciones sanitarias como organizaciones complejas tienden a tener una estructura estable, poco propicia al cambio. Suelen obedecer a reglas y normas rígidas avaladas más por la tradición que por razones lógicas. Así los que ostentan el poder en el contexto institucional, marcan las relaciones entre los diferentes profesionales que intervienen en los procesos sanitarios. Dominan el tipo de comunicación y establecen unas relaciones fuertemente jerarquizadas en todos los ámbitos.

Se excluye a las enfermeras de la toma de decisiones respecto de las políticas sanitarias. Los hospitales, a pesar de los nuevos planteamientos filosóficos, tienden a centrar su eje en la enfermedad en lugar de en las necesidades de los usuarios y ese es el campo donde la Medicina

se le atribuye a los médicos y las enfermeras tienen escasa autoridad-responsabilidad sobre los procesos en que participan.

El marco legislativo: cualquier persona que haya leído la Ley General de Sanidad y Los Reales Decretos que la desarrollan, ha podido observar que se contemplan las relaciones médico-usuario. Se detalla el derecho de los usuarios a conocer y elegir al médico responsable del diagnóstico y tratamiento y a estos profesionales como garantes del proceso e interlocutores principales del equipo asistencial. No se hace mención explícita a las enfermeras pese a su importante papel en la atención a la salud y a ser los profesionales más numerosos del sistema. Ello contribuye a reforzar una imagen y un rol profesional en detrimento de otro.

Medios de comunicación: no es posible substraerse del impacto de los medios de comunicación de masas sobre la opinión pública. En la prensa las noticias relacionadas con las enfermeras son infrecuentes y en las ocasiones en las que las hay reflejan: problemas de insatisfacción respecto de la situación laboral (salario, horarios, reconocimiento profesional, incentivación...), o problemas relacionados con la formación básica o postbásica mayoritariamente. (González y García, en AEED 1993). Otros estudios realizados destacan igualmente los aspectos conflictivos y sensacionalistas (Candel, García y Rovira, en AEED 1991)

En el cine y en la televisión, por contra, las imágenes de enfermeras son corrientes. Las suelen reflejar de forma distorsionada destacando más las cualidades físicas que los atributos intelectuales. Tanto es así que son, en repetidas ocasiones, denunciadas por el daño que suponen para la imagen profesional.

Las enfermeras, pese a estar en constante interacción con problemas sociales como el SIDA, las discapacidades, el dolor, etc... no suelen tener presencia en las tertulias ni en los debates, y por tanto no disponen de oportunidades para hacer oír su voz y sus opiniones. Se reconoce claramente su papel instrumental (administrando medicación, tomando las constante vitales, etc...), pero suele ser invisible su aportación específica, los cuidados, que pese a su trascendencia para permitir la salud y la vida se obvian o son comentados por otros profesionales.

Expectativas de apoyo psicológico de los usuarios: el reconocimiento social del hacer enfermero lleva implícito connotaciones afectivas, es decir junto a la imagen mental que de las enfermeras tiene la sociedad se le añaden sentimientos que estas despiertan. Éstos se suelen sondear midiendo la satisfacción de los pacientes respecto al trato recibido por las enfermeras. Los resultados suelen mostrar unas enfermeras estimadas personalmente, porque mantienen una estrecha relación con los pacientes y viven con cercanía sus problemas. Es en el plano de lo afectivo donde las enfermeras se desenvuelven con más facilidad. Tan incorporado al discurso social está el que las enfermeras se distingan por actitudes comunicadoras, que cuando esto no sucede suele dar lugar a quejas.

En un estudio sobre las causas que motivan las reclamaciones de los usuarios del sistema sanitario público, sobre las enfermeras, presentadas en el servicio de atención a los clientes, destaca el trato inadecuado. Las actitudes de respeto, calidez y empatía son fundamentales para una buena relación asistencial. Se constata que las reclamaciones se producen cuando alguna de esas actitudes no es percibida por el paciente al relacionarse con la enfermera, (Pérez y col., en AEED 1995b).

IDEALES Y EXPECTATIVAS PROFESIONALES. CONSTRUYENDO IMAGEN SOBRE LOS SUEÑOS DE LAS ENFERMERAS

Cuando las enfermeras se miran en el espejo social y escuchan los mensajes que se desprenden de este contexto, le comunican una visión del hacer enfermero tradicional. Pero como en la primera parte he tratado de esbozar, las autoimágenes enfermeras también están influenciadas y se construyen atendiendo al significado de la imagen como valor social positivo objeto de reivindicación. Aquí intervienen de forma clara los ideales o lo deseable para la profesión.

Cuando en 1977 los estudios enfermeros se transformaron en universitarios, se crearon enormes expectativas sobre el cambio y se inició en España un período de reflexión sobre la naturaleza y orientación de la profesión enfermera. Si revisamos el significado de profesión encontramos acción y efecto de profesar, palabra que deriva del latín profiteri: confesar o dicho de otro modo ser adepto a ciertos principios, doctrinas; ejercer de acuerdo con lo que creemos.

¿Pero en qué creen las enfermeras?

Aunque me estoy refiriendo a las enfermeras que fundamentan su profesión en el cuidado de la salud, difícilmente podría dar una respuesta única. Este grupo también es heterogéneo, ha sido socializado en diferentes escuelas, y no me refiero a escuelas como centros universitarios sino a escuelas de pensamiento.

Como de una u otra manera al hablar construimos aquello de lo que hablamos, en esta construcción de ideales colectivos se anula, en mayor o menor grado, las diferencias internas. Al hacer abstracción de las aspiraciones individuales nos fijaremos en los aspectos generales .

A mi modo de ver, la esencia del ser enfermero está en un plano ideal. Las aspiraciones se podrían resumir en consolidar un proceso de gradual definición y diferenciación de la disciplina de Enfermería, dentro del campo de las ciencias de la salud. Afirmando una praxis, basada en principios enfermeros, adecuada a los tiempos actuales. Es decir ser reconocidos por un saber hacer y estar específicos. Se trataría pues, de aclarar nuestra aportación y de dotar de contenido a la diferencia.

Las enfermeras saben que la mejor manera de argumentar su especificidad es tener organizado el saber de la Enfermería, o lo que es lo mismo, disponer de un marco de referencia propio o *cuerpo de conocimientos que proporcione seguridad y confianza a la práctica, la docencia , la gestión y la investigación profesional.* Este saber se aglutina en la disciplina de Enfermería como :

- Conjunto de conocimientos sistematizados en *teorías y modelos conceptuales*, que con diferente alcance y aplicabilidad, guíen la acción en los distintos contextos profesionales.
- Conocimientos concretos resultantes de la aplicación del método científico en la práctica - *tecnologías* - para cimentar y renovar su saber.
- *Aplicación de un lenguaje científico* como instrumento organizador de la comunicación intragrupal e intergrupal. El reconocimiento y utilización de la taxonomía diagnóstica NANDA, como expresión de las situaciones y problemas para los que son competentes las enfermeras, ayudaría a clarificar el campo de responsabilidad profesional de forma clara e inequívoca.

Coincido con D.Hall en AEED,1990, cuando dice: *«el saber disciplinar tiene un carácter universal, el hacer, las actividades y tareas de la práctica son contextuales»*.

Pero no sólo hay que disponer de un saber digno de credibilidad -ideología-, sino que éste debe ser proyectado socialmente y estar al alcance de todos los profesionales. Para cumplir este requisito los proyectos se dirigen hacia:

Incidir sobre la educación de las futuras generaciones. La reproducción de la ideología mediante la socialización profesional, tiene que ser un proceso dirigido por las enfermeras. Sólo ellas pueden garantizarla y orientar de forma conveniente los programas formativos.

Desarrollar una Formación Continuada que favorezca la actualización y reciclaje en aspectos metodológicos y de capacitación profesional para asumir competencias en la planificación de los cuidados.

Implantar un segundo ciclo, la licenciatura en enfermería, Una reivindicación reiterada y necesaria para aquellos profesionales que quieran profundizar en el saber enfermero y acceder a puestos de trabajo que así lo exijan o al grado de Doctor.

Conseguir un mayor desarrollo de la investigación enfermera de calidad como garante de progreso de la práctica. Investigación a la que sería exigible rigor metodológico y apoyo financiero. Cumplidos los requisitos anteriores que favorecerían una investigación de calidad, habría que prestar atención a otro problema, la difusión de los resultados, ya que estos están dispersos y por tanto son laboriosos de consultar. Lo que dificulta que lleguen y sean incorporados a la práctica.

Hasta aquí algunos apuntes que destacan las aspiraciones científicas, formativas y académicas de las enfermeras. Aspiraciones profesionales fundamentales pero que precisan de aplicación en la práctica para constituir logros tangibles.

El campo asistencial, tiene sus propios anhelos e incertidumbres que precisan ser despejadas para que el progreso sea armonioso. las propuestas en este sentido se dirigen a conseguir:

Establecer claramente las competencias de las enfermeras, hasta

original de los cuidados y revalorizarlos. Hemos conseguido situar a la Enfermería en el ámbito de la Universidad, pero como recuerda Collière (1991) ***«si es deseada por conferir una imagen de marca a la profesión situándola a un nivel superior del orden social, no le dará, en sí, credibilidad: ésta última reside de hecho en lo que de irremplazable aporten los cuidados enfermeros y en el campo de acción que produzcan y revelen».***

Se configuran los cuidados como la razón de ser profesional, el campo de estudio, iniciativa y decisión. *«Las enfermeras han estado tan preocupadas por las funciones, que cambian con el tiempo y las circunstancias, que han dedicado poco tiempo a conceptualizar los aspectos estables de su rol»*, (Watson en Cohen, 1988). La actividad de cuidar es un servicio con un valor emergente, puesto de manifiesto por todas las instancias, incluida la OMS. Pero esta necesidad requiere un compromiso profesional y una respuesta institucional, se tienen que regular las competencias de las profesiones sanitarias y en especial las competencias enfermeras.

La capacidad de decisión que necesitamos para planificar los cuidados no debe ser entendida como una amenaza para otros profesionales, sino como una llamada a la responsabilidad y al reconocimiento de la autoridad de la enfermera en el cuidado de la salud.

El trabajo en equipo. La eficiencia en procesos tan complejos como los que se dan en las organizaciones sanitarias, no pueden estar protagonizados por la intervención de un sólo profesional. Si se aspira a ofrecer un servicio de calidad y eficiente, se tiene que potenciar la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo.

La OMS define el equipo de salud como *«grupo de personas que comparten una meta sanitaria y unos objetivos comunes determinados por las necesidades de la comunidad a cuya realización cada miembro del grupo contribuye de una manera coordinada de acuerdo a su competencia y capacidades y respetando las funciones de los otros»*, (OMS, 1985). De ella se desprende que para que los equipos funcionen, los objetivos tienen que estar definidos y ser compartidos, presta atención además al clima y dinámica de trabajo.

Es interesante subrayar que las relaciones entre los miembros del equipo no siempre están exentas de conflictos. De ahí que todos los profesionales intervinientes tengan que tener una decidida voluntad de cooperación para conseguir, cada uno desde su aportación específica, prestar un servicio de calidad satisfactorio para los usuarios y económicamente sostenible.

Según Devereux, en Kérouac y col. (1996), «*colaborar supone reconocer existencia de zonas de interferencia entre los diferentes roles y las condiciones previas" para la práctica en colaboración son:*

- *La comunicación* para que cada uno sepa lo que los otros hacen para lograr el objetivo.
- *La capacidad y competencias específicas* orientadas a asumir la responsabilidad que se desprenda de sus actos.
- *La confianza* de forma que se puedan expresar criterios diferentes encaminados a mejorar la atención.
- *El apoyo administrativo* como medio para crear un clima favorable a la participación.

Coincido con la opinión de Monras cuando dice «*es indudable que la organización puede desempeñar un rol que facilite este necesario cambio cultural al posibilitar en cada lugar concreto una decidida y fuerte apuesta de descentralización que dé el juego suficiente, convirtiendo la reivindicada autonomía de acción en un ejercicio controlado de interrelación y corresponsabilidad*» (Monras y col.,1995).

Desarrollar las especialidades profesionales. Parece incongruente que se constate la necesidad de especialización del conocimiento y de la práctica y que las especialidades estén estancadas. Máxime cuando se está hablado de contratos programa, cartera de servicios...que exigen formación en problemas de salud concretos.

Ampliar el campo profesional, las enfermeras pueden contribuir, aplicando su saber, a mejorar la salud de la comunidad; prestando sus servicios en los lugares en que las personas desarrollan sus actividades cotidianas como centros educativos, empresas...

Implantar sistemas de promoción o la carrera profesional. Como

vinculen la consecución de las metas profesionales con los objetivos de las organizaciones sanitarias. Todo ello considerando la necesidad de mejorar el clima organizacional porque éste determina la forma en que un individuo percibe la satisfacción con su trabajo y la productividad.

LAS ENFERMERAS EN CONVERSACIÓN INTERNA. AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA.

¿Quiénes son las enfermeras, lo que los otros dicen qué son o lo que ellas piensan que deben ser?

El autoconcepto de la enfermera, como he tratado de desarrollar es el resultado de escuchar el discurso social sobre todo el colectivo profesional, combinándolo con sus ideales .Se trata de un producto en el que necesariamente se combinan las sombras y las luces de la figura profesional. Los claroscuros son fruto de las percepciones individuales y están determinados por las facilidades o dificultades que se encuentran en el camino de poder ser socialmente, aquello a lo que aspiran.

En mi opinión el autoconcepto enfermero estaría relacionado con la respuesta a ¿quiénes son las enfermeras en el contexto social?. La respuesta se conforma a lo largo de la vida profesional y se relaciona con el conjunto de experiencias, expectativas y vivencias. Es un concepto dinámico, producto de la interacción social y en continuo adaptación y cambio respecto del entorno.

Las enfermeras ejercen en diferentes campos de acción, ello determina diversidad de funciones e intereses. Por tanto sus autoimágenes están demasiado cautivas de situaciones contextuales. Desde mi punto de vista es este un problema esencial. Las enfermeras tienen más conciencia de un yo -identidad- unido al hacer contextual, que de un yo unido al ser profesional e independiente del campo de acción en que desarrollan su praxis. Lo que no favorece que se tengan sentimientos corporativos.

El alcance de las responsabilidades enfermeras, la someto a debate entre mis alumnos. Especialmente cuando me preguntan sobre las competencias de las enfermeras en la práctica hospitalaria. Los alumnos durante su aprendizaje práctico, se encuentran con opiniones controvertidas, por parte de unas enfermeras sometidas a una intensa presión

asistencial. Lamentablemente y ante su desconcierto y perplejidad, la discusión sobre ¿quién tiene la autoridad para planificar los cuidados ?, no es todo lo esclarecedora que me gustaría. Desde la perspectiva ética y teórico-disciplinar, los cuidados, son inequívocamente responsabilidad de las enfermeras, pero en la práctica y por diferentes motivos, la respuesta en nuestro tiempo es un confuso depende....

Esa situación tan peculiar las hace vulnerables, las coloca demasiado al albur de las circunstancias y voluntades de quienes se atribuyen la capacidad de decisión en el ámbito de la práctica. Ello da lugar a sentimientos contradictorios y a que el autoconcepto se difumine en la indefinición. Las imágenes sociales y las ideales no suelen ser coincidentes.

A pesar de todo las enfermeras cuidadoras tienen una concepción social progresista, están comprometidas con la mejora del bienestar y dispuestas a plantear respuestas a los retos sociales provocados por: el incremento de los costes derivados de la tecnología, los cambios en los perfiles culturales, demográficos, epidemiológicos y de la estructura familiar que están dando lugar a una creciente demanda de servicios . Cuestiones todas ellas que provocan que el sistema sanitario esté siendo consciente de la necesidad de desplazar su centro de atención hacia los cuidados.

A veces pienso que los avances profesionales, en España, han estado ligados a coyunturas históricas. La transformación de la carrera en universitaria coincidió con la instauración de la democracia. Quizá la crisis financiera de nuestro sistema sanitario público y *«el elevado grado de incertidumbre en cuanto a la incidencia de la enfermedad y la eficacia de los tratamientos»* (Cabuses, 1987) se comporten como una nueva coyuntura. Coyuntura que exigirá otros planteamientos, negociaciones y búsquedas de consenso y que puede ser la oportunidad para permitir avances.

Hasta ahora he destacado las cuestiones que afectan a la construcción del autoconcepto, como conjunto de percepciones cognitivas sobre el ser profesional. Pero íntimamente ligado al autoconcepto está la autoestima o componente afectivo del mismo.

La autoestima o como me siento respecto de mí mismo se construye mirando el autoconcepto. Puede ser descrita como la importancia que

de la autoimagen. Influye sobre las actitudes y comportamientos y está determinada por varios factores entre ellos:

- *Las aspiraciones*: relacionadas con el ser enfermera y las funciones que se pretenden hacer.
- *La aprobación personal y social* : se evalúan las realizaciones personales y la reputación u opinión que los otros tienen del ser y hacer profesional
- *La capacidad de decisión*: el crédito que se reconoce la enfermera a sí misma o le reconocen los demás, para controlar su práctica.

También es un concepto interactivo en el que participan no tanto el colectivo social sino las personas significativas. Como estamos hablando de autoestima profesional, los agentes significativos serían: los usuarios o receptores de los servicios de la enfermera, los profesionales con los que trabajan sea cual fuere su posición en la estructura de poder y las propias enfermeras. La interacción con todos ellos hace que se contrasten percepciones y se desarrollen actitudes y sentimientos positivos o negativos sobre nosotras mismas.

Son ambos aspectos, el autoconcepto y la autoestima las dos caras inseparables de una moneda -la autoimagen o percepción del sí mismo profesional.

Si intentamos pulsar el discurso profesional escuchando la conversación intragrupo, se detectarían sentimientos contradictorios, una cosa es el espíritu y otra la letra. Y una sensación quizá pudiera ser generalizable: la insatisfacción profesional consecuencia de la creencia de que la práctica, pese a la evidente utilidad social, está escasamente reconocida y consecuencia también, de sentir que sus potencialidades están infrautilizadas.

Parece que las enfermeras sufren lo que se ha dado en denominar el *«Síndrome de burn-out»* o cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y suele dar lugar a sentimientos de frustración y, de alguna manera, a abandono profesional (Sánchez Fernández, 1991). Es cierto que la difícil situación laboral española no propicia el abandono de un trabajo por otro, pero las enfermeras han buscado mecanismos para re-

bajar la tensión laboral. Es frecuente ver como las más capacitadas del hospital están o buscan estar ubicadas en servicios centrales, periféricos y consultas externas. Buscan otro tipo de satisfacción laboral (mejores turnos, ausencia de guardias nocturnas, descanso los fines de semana...) ya que sienten que su trabajo y las condiciones del mismo no son valoradas. Se están primando las mejoras personales sobre las profesionales y esta es una forma de abandono.

La búsqueda de explicaciones

Las personas y los grupos tienden a mantener una autoestima positiva, para ello y ante situaciones frustrantes o agresivas para el yo, ponen en marcha mecanismos de búsqueda de explicaciones o atribución de culpas. Estos mecanismos se pueden simplificar en dos proyecciones de las culpas a: factores circunstanciales o a factores internos. Las enfermeras y desde hace tiempo han puesto en marcha el proceso de atribución. Basta con consultar la literatura profesional para constatar como las dificultades en el avance se explican atendiendo a ambos tipos de factores.

Factores circunstanciales:

- *El marco normativo y legislativo*: pese a que se han recibido mensajes alentadores como el del Dr. Malher *«Las enfermeras marcan la pauta»*, el del exministro de Sanidad *«si por algo se caracteriza la sanidad moderna frente a la de otros tiempos pasados, es por el papel determinante e insustituible que juega en ella la enfermería. Un papel que se define por tareas y responsabilidades propias que llevan a cabo en todos los niveles de la atención sanitaria»* (Griñán , en AEED 1993)... . Lo cierto es que se han quedado en discursos políticos o declaración de buenas intenciones. No se han traducido en desarrollos operativos, con la consiguiente falta de control de las enfermeras sobre su práctica. El rol profesional sigue en la indefinición.
- *La organización sanitaria* poco propicia a favorecer la participación en la toma de decisiones.
- *Las conflictivas relaciones intergrupales e intragrupales.*

- *La paralización de proyectos clave* por parte de la administración como las especialidades, la carrera profesional, la licenciatura... por destacar los más insistentemente repetidos.

Factores internos

- *La falta de precisión del concepto de cuidar*, confusión y/o desconocimiento del marco teórico disciplinar.
- *Disociación teoría práctica* por falta de diálogo docente asistencial.
- *Resistencias para asumir nuevas responsabilidades.*
- *Ausencia de motivación para el cambio.*
- *Déficit de liderazgos claros .*

En principio, la culpabilidad de forma mayoritaria solía recaer en causas externas y ello mantenía la autoestima más alta. Después, en la última década, los análisis sobre las dificultades se justifican tanto por causas internas como externas y esto se traduce en mayores niveles de apatía, abandono del proyecto de cambio, sensación de crisis ....

A pesar de que no he cuantificado cual de las proyecciones de culpa es más frecuente, me atrevería a decir que ambas se entremezclan en el discurso y se repiten en similar proporción. Las situaciones se resisten a ser calificadas como blancas o negras. Todos los sucesos están llenos de matices y la autoimagen enfermera también tiene aspectos positivos y controvertidos.

Me gustaría recordar el célebre apotegma del profesor Ortega y Gasset *«Yo soy yo y mis circunstancias»*. Me servirá para comentar que es preciso mantener una autoestima positiva para afrontar los problemas con más seguridad y confianza, pero ésta no puede estar vacía de contenido, sino fundamentada en un proceso de racionalización grupal, donde se ponga claramente de manifiesto los progresos y las dificultades para conseguir los ideales. Entiendo que en este foro, en las sesiones anuales de la asociación se ha reflexionado sobre todos los aspectos profesionales desde una perspectiva crítica y constructiva a la vez, la mejor receta para mantener una autoestima sana y continuar el desarrollo profesional.

Estas notas me permiten concluir este apartado. Lo haré recordando que las energías, no han de ir dirigidas a preocuparse sino a ocuparse,

hay que hacer cosas para afrontar las situaciones difíciles y un ejercicio profesional que no siempre responde a las expectativas.

Durante estos días escucharemos intervenciones que profundizaran en aspectos más concretos de la autoimagen en los diferentes campos de actividad profesional.

PROYECCIÓN SOCIAL DE LA AUTOIMAGEN ENFERMERA

Casi 20 años después de la exigencia de estudios universitarios para legitimar la práctica profesional, existe la sensación de continuar en plena transición. Y las transiciones son procesos dinámicos, de paso de una situación a otra, o cambios generalmente negociados y planificados y por tanto previsibles. Pero si lo que se pretendía era un cambio progresivo y planificado conducente a ampliar el rol profesional, ¿se tomaron todas las medidas para favorecerlo?, ¿se tuvieron oportunidades de negociar y dirigir el proceso de cambio?.

En mi opinión se hicieron cosas como: implantar un plan de estudios progresista para su tiempo, incluir las Direcciones de Enfermería en el mismo nivel que el resto, desarrollar el trabajo de las enfermeras en atención primaria, facilitar la nivelación académica de los ATS... . Pero no hemos sido participantes activas en la gestión del cambio. Hemos enfocado nuestras aspiraciones con más ilusión que posibilidades de cambio real. Quizá creíamos que el cambio se daría por añadidura, o porque las enfermeras lo creían necesario. Lo cierto es que los proyectos profesionales no han conseguido impregnar la práctica en su totalidad.

Cuando Dorothea Orem estuvo en las sesiones recordó: *«la fuerza de las enfermeras en cualquier contexto social depende del saber enfermero. Enfermería presta un servicio de salud esencial, sin embargo las enfermeras no han tenido éxito en los intentos de definir su influencia y fronteras»*, (Orem, en AEED 1988).

Cuando me planteo ¿cómo pueden las enfermeras influir, para que las imágenes sociales sean más coincidentes con las ideales?. Se me ocurren dos alternativas: influir individualmente y colectivamente.

Las posibilidades de influir individualmente son importantes. Parece que si en alguna medida se está abandonando la imagen de la enferme-

ra tradicional, es porque hay enfermeras comprometidas con cambiar la orientación de su práctica. Estas reconocen la importancia del rol cuidador enfermero y lo practican. Su comportamiento es un mensaje fácil de decodificar por los usuarios que entienden la oferta de servicios enfermeros con facilidad porque se les comunica directamente a través de la experiencia. Pero la proyección individual de imágenes no es suficiente. Todavía las imágenes enfermeras se desdibujan en los hospitales, no todas las enfermeras se comportan igual bien sea por cuestiones personales o contextuales y los usuarios pueden interpretar determinados comportamientos enfermeros como excepcionales.

Por esa razón se constata en la literatura la necesidad de incidir colectivamente y de liderazgos claros, para conducir el proceso de innovación de la práctica profesional. A mi modo de ver, algunos de los supuestos de la Psicología social, pueden ayudarnos a entender como se producen los cambios sociales.

Retomaré el concepto de influencia porque me parece interesante. Los procesos de influencia que conducen a innovaciones de la práctica enfermera, se refieren a los cambios de opiniones, actitudes y conductas que se inducen en la cultura de: las instituciones sanitarias, los profesionales y los usuarios, como consecuencia de una cierta presión profesional. En este sentido conviene matizar que las innovaciones en las organizaciones sanitarias, como proveedoras de servicios de salud, necesariamente han de tener en cuenta las metas a conseguir.

Generalmente las innovaciones se han relacionado con el número, la competencia y el poder que ostentan dentro de la organización los profesionales que ejercen la presión. Esto equivale a decir que ésa triada es la condición necesaria para ejercer influencia social e innovar; perspectiva que nos sitúa en una concepción del cambio de arriba a abajo, desde el poder hasta el resto del entramado social.

Sin embargo la historia está llena de ejemplos de cambios desde abajo hacia arriba, desde interlocutores sociales no significativos por su número o poder y que, no obstante, han conseguido modificar opiniones actitudes y conductas. Son numerosos los estudios sociales que se refieren al papel de las minorías activas en el cambio social. Según estos estudios, *«los individuos o los subgrupos pueden ejercer una influencia so-*

bre la sociedad, a condición de que dispongan de una solución de recambio coherente y se esfuercen por hacerse visibles y por ser reconocidos mediante un comportamiento consistente»,(Moscovici 1988).

Es decir, las características de las minorías que desencadenan un proceso de innovación se podrían sintetizar en los siguientes rasgos:

- Carecen de fuerza numérica, o poder y capacidad para imponer su punto de vista.
- No rechazan la norma dominante porque sí, sino que adoptan y proponen una norma de recambio, una contrapropuesta que responda mejor que la norma dominante a sus creencias, necesidades sociales o realidad afectiva.
- Presentan su alternativa de manera resuelta, con seguridad y convicción. Su punto de vista es coherente y definido.
- Tienen un estilo de comportamiento consistente o lo que es lo mismo perseverante, reiteran su discurso en todos los foros de debate sin entrar en contradicciones.
- Desafían la opinión dominante para intentar influir socialmente y buscar un nuevo consenso.
- Puesto que no tienen posibilidad de imponer su opinión, sus instrumentos de persuasión más importantes son: el debate para favorecer la reflexión y crear opinión y el beneficio social de las innovaciones que plantean.

Desde esta perspectiva el liderazgo para el cambio profesional, no estaría basado en más o menos brillantes individualidades; tampoco se referiría a personas que por su trabajo ostentan la representatividad oficial ni a personas con capacidades especiales o carisma. Se refiere a la construcción de un grupo de trabajo comprometido con una ideología cuidadora, representativo de las inquietudes que afectan a todos los espacios de acción, y que sea capaz de consensuar un discurso enfermero que lidere el cambio profesional.

Los grupos disidentes con la realidad establecida, edifican su biografía y reconstruyen su autoconcepto en cuatro fases:

- *Constatación de la crisis*: la generación de enfermeras técni-

lares. Pero lo que en un momento pudo ser de utilidad hoy está siendo cuestionado y precisa revisión. Las demandas sociales van más allá de los requerimientos anteriores. Junto con habilidades técnicas, implícitamente, se precisan otro tipo de capacidades relacionadas con la planificación y realización de actividades, vinculadas con la actividad de cuidar y la calidad asistencial. Ello confirma la necesidad de cambio ideológico y estructural.

- *Fundamentación de su diferencia*: propugnando un estilo de comportamiento, un lenguaje y unas propuestas de reemplazo más acorde con las necesidades sociales y de cambio profesional.
- *Reafirmación de sus necesidades*: expresando desde una posición crítico reformista sus carencias para llevar a efecto lo que consideran un beneficio social.
- *Proyecto de futuro*: definido para transformar el entorno interno y externo, vencer inercias y proponer nuevas formas de legitimación social.

Tenemos una buena parte del camino recorrido, especialmente en lo que se refiere a las tres primeras fases. Pero es en el proyecto de futuro donde hay que incidir de forma decidida. En esta crucial fase, serían de aplicación los supuestos expresados respecto al papel de una minoría innovadora para clarificar, guiar la dirección del cambio y elaborar las estrategias que favorezcan su implantación.

El grupo líder o minoría innovadora, como he tratado de destacar, tendría que fundamentar de forma clara e inequívoca cual es el nuevo rol profesional clarificando: el marco teórico referencial del saber enfermero, el conjunto de actitudes implícitas y las competencias y responsabilidades inherentes a la práctica profesional en cualquier espacio de acción.

Cuando la contrapropuesta profesional esté fundamentada, claramente definida y explicitada, la Enfermería tendrá credibilidad, consistencia y se ganará el respeto y la autoridad. Sólo cuando los criterios sobre la dirección y sentido del cambio estén unificados en un discurso coherente, las enfermeras estarán en condiciones de influir en las opinio-

nes, actitudes y comportamientos del colectivo de profesionales de la salud y de la sociedad en su conjunto con expectativas de eficacia.

Tengo la certeza de que las diferencias entre los discursos, en ocasiones contradictorios, han sido utilizados en contra de los intereses profesionales. Se están perdiendo oportunidades de avanzar por la falta de cohesión interna.

La identificación de las enfermeras con el grupo de vanguardia, marcaría de un modo concreto la línea de desarrollo profesional. Este grupo vanguardista se comportaría como el referente al que se le concede capacidad de influencia normativa en tanto que:

- *Afirmarían la aportación específica enfermera a la atención a la salud* poniendo de relieve , fundamentadamente, los rasgos distintivos de la profesión.
- *Serían los interlocutores reconocidos por el grupo* para establecer las negociaciones necesarias conducentes al desarrollo profesional.
- *Adoptarían un comportamiento estratégico* para definir su situación y llevar a cabo su proyecto de futuro.

Las enfermeras se sentirán comprometidas con el proceso de innovación en la medida en que éste les resulte atractivo, contribuya a proyectar luces sobre la incierta perspectiva profesional y mantenga un autoconcepto-autoestima positivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. AEED, VV.AA.,(1985): La Enfermería en el sistema de salud. VI Sesiones de trabajo AEED.
2. AEED, VV.AA.,(1987): La Enfermería para el 2000, un reto unas soluciones. VII Sesiones de trabajo AEED. Madrid.
3. AEED, VV.AA.,(1988): ¿Quién dirige la Enfermería?. VIII Sesiones de trabajo AEED. Madrid.
4. AEED, VV.AA.,(1989): Enfermería, Salud, y Sociedad. IX sesiones de trabajo AEED. Madrid.
5. AEED, VV.AA.,(1990): Diez años de Enfermería en España: análisis de

6. AEED, VV.AA.,(1991): La investigación en Enfermería. XI Sesiones de trabajo AEED. La Coruña.

7. AEED, VV.AA.,(1992): Enfermería. Realidad en crisis. XII Sesiones de trabajo AEED. La Coruña.

8. AEED, VV.AA.,(1993): Las enfermeras del tercer milenio. XIII Sesiones de trabajo AEED. Madrid.

9. AEED, VV.AA.,(1995a): Cuidados y comunicación: la comunicación como fundamento del cuidado enfermero. XIV Sesiones de trabajo AEED. Sevilla.

10. AEED, VV.AA.,(1995b): Innovaciones en Enfermería: Construyendo cultura profesional. Sevilla.

11. ALBERDI, R:Mª.,(1983): «La Enfermería ¿profesión femenina?». Revista Rol de Enfermería. nº.57. Abril.

12. ALBERDI, R.Mª.,(1992): «La identidad profesional de la enfermera». Revista Rol de Enfermería, nº 170. Octubre.

13. ALBERDI, R.Mª. (1995): «Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis I». Revista Rol de Enfermería, nº 197, Enero.

14. ALBERDI, R.Mª. (1995): «Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis II». Revista Rol de Enfermería, nº 198, Febrero.

15. ARGYLE, M.,(1987): Psicología del comportamiento interpersonal. Madrid. Alianza Editorial.

16. CABUSES, J.M.,(1987): «Salud y servicios sanitarios desde la perspectiva económica». Revista Rol nº 104. Abril.

17. CANALS, J.,(1992): «La imagen femenina de la Enfermería: condicionantes socioculturales de la profesión de cuidar. Revista Rol de Enfermería. nº 172. Diciembre.

18. COHEN,H.,(1988): La enfermera y su identidad. Barcelona. Grijalvo.

19. COLLIERE, F.(1991): «Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero». Revista Notas de Enfermería. Vol.1, nº 9 Septiembre.

20. CORDERO, R. (1993): «Trabajo en equipo en atención especializada». En Revista Salud 2000, nº 41, Marzo.

21. DÍAZ NARVALAZ, T. (1996): «Accountability. Nuevo término en administración de Enfermería». Revista Rol, nº 215-216, Julio-Agosto.

22. DOMÍNGUEZ ALCaN, C. y col.,(1983): Sociología y Enfermería. Madrid. Pirámide.

23. DOMINGUEZ ALCaN, C.(1985): «Imagen de la enfermera en la sociedad». Revista Rol de Enfermería. nº83. Octubre.

24. FERNÁNDEZ, C. y col.(1995): Enfermería Fundamental. Barcelona. Salvat Masson.

25. GOFMAN, I.,(1987): La presentación de la persona en la vida cotidiana. Madrid. Amorrotu.

26. KING, I.,(1984): Enfermería como profesión. Madrid. Limusa.

27. MARC, E. y PICARD, D.,(1992): La interacción social: cultura, institución y comunicación. Barcelona. Paídos.

28. MARTÍN-MORENO, J. Y DE MIGUEL, A.,(1982): Sociología de las profesiones. Valladolid. CIS.

29. MONRAS, P. y col.(1995):» Desarrollo profesional en las organizaciones sanitarias participativas. Revista Rol de Enfermería, nº 200, Abril.

30. MOSCOVICI, S.,(1988): Psicología social. Influencia y cambios actitudes de individuos y grupos. Barcelona. Paídos.

31. OMS, (1985):

32. KÉROUAC, S. y col. (1996): El pensamiento enfermero. Barcelona. Masson.

33. RENEDO,P. y col. (1989): «Imagen social de la Enfermería. En Revista Rol de Enfermería, nº 130. Julio-Agosto.

34. RODERO, V. y VIVES, C. (1991): «¿Cual es la imagen de la enfermera?. Revista Notas de Enfermería, nº8, vol.1 Julio-agosto.

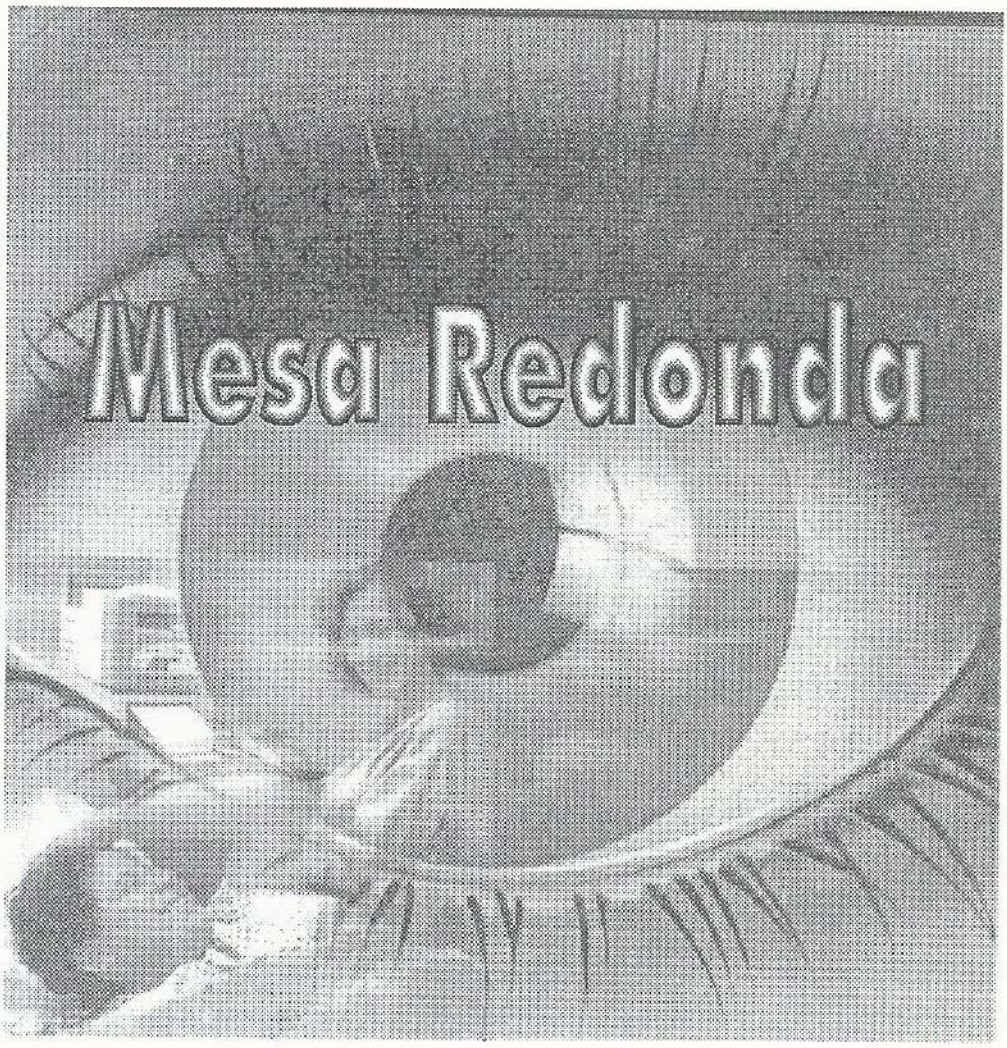
35. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.,(1991):» El síndrome de estar quemado (Burn out) en Enfermería». Revista Notas de Enfermería, nº 11, vol. 1, Noviembre.

36. SILVA PEREJÓN, M. y col.(1995): «Comunicación interna y percepción del servicio hospitalario». Revista Rol de Enfermería, nº 199, Marzo.

37. TAJFEL,H. (1984): Grupos humanos y categorías sociales. Barcelona. Heider.

38. VÁZQUEZ, T. (1990): «Opinan los pacientes, atención de Enfermería». Revista Rol de enfermería, nº 141. Mayo.

LAS IMAGENES ENFERMERAS: UN ANÁLISIS DESDE LA DIVERSIDAD



Hortensia Díaz Asper

Psicóloga
Asociacion Infantil Oncológica de la C.A.M. (ASION)

Me han solicitado que participe en esta mesa redonda como persona de fuera de la profesión pero, al mismo tiempo, con unos contactos muy estrechos con Enfermería.

Llevo siete años visitando diariamente las plantas de oncología pediátrica de la mayoría de los grandes centros hospitalarios de Madrid capital y ello me ha convertido en un observador privilegiado de las relaciones que se establecen entre la familia y el equipo de asistencia, sobre todo, con el personal de Enfermería. Al decir que me considero un observador privilegiado quiero referirme al hecho de que ni pertenezco al grupo que recibe el cuidado ni al grupo que lo suministra, con lo cual intento ver la realidad en toda su riqueza y dinamismo.

Sin embargo, considero que esta riqueza de información y experiencia está sesgada por el hecho de limitarse a un tipo de pacientes con una patología muy especial que provoca unas relaciones muy específicas entre la familia y Enfermería. Pero, a pesar de esta limitación, puede que las reflexiones que propongo a continuación permitan llegar a consideraciones más generales que sirvan a una audiencia como la presente, que procede de servicios tan heterogéneos.

1ª reflexión:

¿Qué es la enfermera para el paciente y la familia?

Considero que en la mayoría de los casos la figura de la enfermera es, dentro del equipo asistencial, la que mayores facetas engloban y la

que mayores cambios de percepción sufre durante todo el período que dura la relación, especialmente si esta se prolonga en el tiempo.

¿Por qué?

Desde el punto de vista de lo que suele suceder y no de lo que debería ser, el rol del médico está claramente definido. El paciente busca prioritariamente recobrar su salud o el alivio de su dolencia. Considera que el médico tiene los conocimientos y medios para logralo. Mientras más grave es la dolencia más focalizada está la atención en el médico y en su posibilidad de curarlo o aliviarlo. En estos primeros momentos, esta idea, que podríamos calificar como obsesiva, desdibuja el resto de lo que rodea al paciente y a la familia.

En esta situación, Enfermería comienza la relación con la familia presentándose con dos roles distintos: fuente de información y fuente o ayudante de la fuente de dolor (procedimientos/pruebas). Es importante que Enfermería reconozca lo desdibujado que en este momento está su figura.

La ansiedad y el miedo no permiten percibir claramente lo que está sucediendo. La información no se asimila adecuadamente y ni siquiera la atención se centra en el dolor de los procedimientos.

Sin embargo, según va pasando el tiempo, sobre todo si se prolonga la hospitalización o existen frecuentes visitas al hospital para tratamientos ambulantes o curas, las cuales son administradas por Enfermería, la figura del enfermero/a empieza a cobrar cada vez mayor importancia, para bien o para mal.

Para bien: si Enfermería en general ha podido establecer una buena relación/comunicación con el paciente y la familia, su figura se percibe como: profesional eficaz no sólo para administrar tratamientos sino también para prever complicaciones..., fuente de información cercana, fuente de apoyo, cuidador sensible y el miembro del equipo que mayor información objetiva posee sobre la adaptación del paciente y la familia a la enfermedad y tratamientos.

Para mal: si existieran fricciones entre la familia y el equipo, y las relaciones con Enfermería no permitieran una comunicación fluida que suavice la situación, la figura del enfermero/a puede llegar a percibirse

como fuente de todos los males que están sucediendo en ese momento, sirviendo para desahogar frustraciones e ira, sobre todo cuando el paciente evoluciona mal.

2ª Reflexión:

¿Qué cualidades valora especialmente el paciente y la familia en un enfermero/a?

Considero que tres son las cualidades más valoradas: por un lado la profesionalidad y por el otro la empatía y el respeto. Y creo que las tres cobran un peso similar cuando la familia pasa el primer momento de choque emocional.

Profesionalidad:

Por una parte el paciente y su familia buscan la salud. Sigue siendo una prioridad y para ello desea el mejor tratamiento administrado con la máxima eficacia. De ahí la importancia que el usuario de hoy en día pone en la especialización de todo el equipo. Espera que esta formación del personal repercuta tanto en su curación como en el menor sufrimiento para lograrlo. Reconozco que a veces sus aspiraciones están fuera de la realidad y que pueden dificultar la relación. Es un problema que sólo la comunicación fluida puede suavizar. Por ejemplo, cuando las venas están mal y no se cogen bien. Puede que el paciente confíe en un enfermero/a más que en otro. ¿Se debe permitir que escoja o no?.

Esta expectativa del paciente y la familia de una gran profesionalidad por parte del equipo, ¿se vive como una fiscalización, como una falta de confianza hacia el equipo o puede verse como un derecho?, ¿Sirve de motivación al equipo y superación o no influye o influye negativamente?.

Empatía:

Podríamos definirlo de forma muy concreta y sencilla como: "ponerse en el lugar del otro". En el caso que estamos analizando, dentro de la relación Enfermería/paciente-familia, supondría una actitud que promueve el acercamiento.

Para ello es indispensable que Enfermería conozca la problemática emocional que surge en la situación o patología que ella trata. Las características especiales de reacción de sus pacientes (niños, adolescentes, adultos jóvenes, ancianos, etc.) y de la familia según la edad y rol del paciente.

Una actitud abierta a la problemática que vive la familia puede ayudar a evaluar necesidades especiales que, atendidas adecuadamente y a tiempo, pueden prevenir futuros desajustes más graves y favorecer una adaptación sana a la nueva situación.

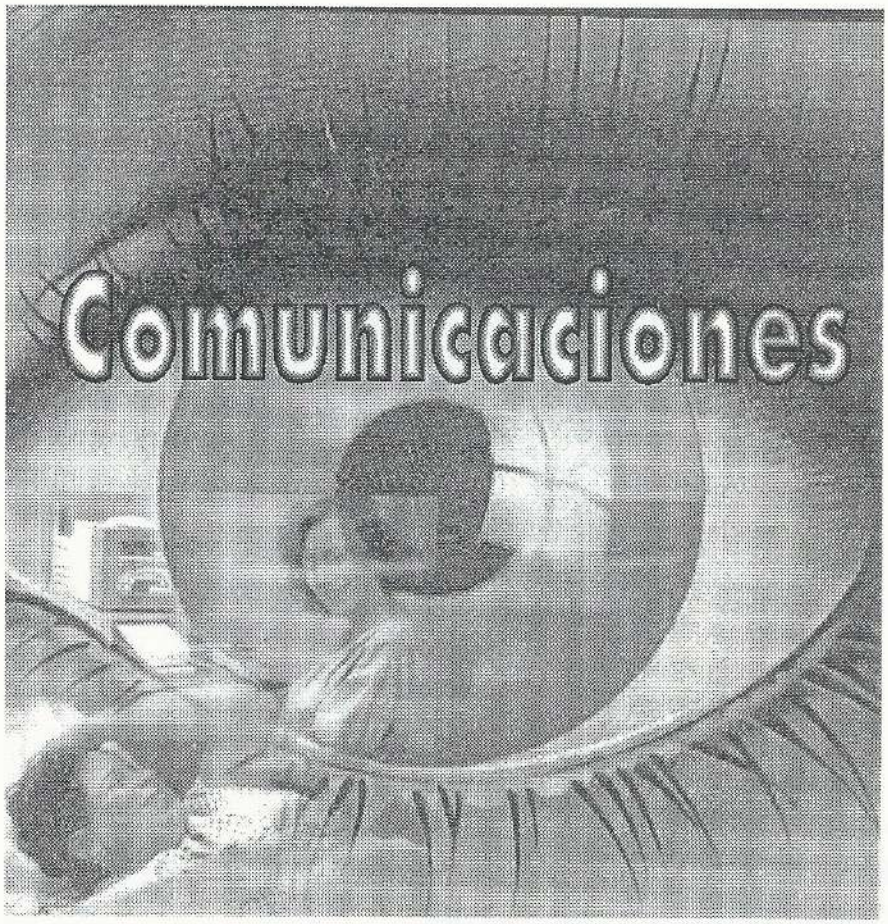
Sin embargo Enfermería debe tener claro sus límites para evitar el "burn-out". Debe tener estrategias apropiadas de control de emociones y de expresión de ansiedades. Debe saber desconectar de los problemas en sus períodos de descanso. Debe saber derivar actuaciones que desborden su cometido.

Respeto:

Con este término quiero indicar la necesidad de que el equipo asistencial vea al paciente y a la familia como sujetos con capacidad de comprender lo que se les informa, con capacidad de tomar decisiones y con una necesidad primordial que se les devuelva la autoestima y control que tan amenazados están ante una situación de enfermedad.

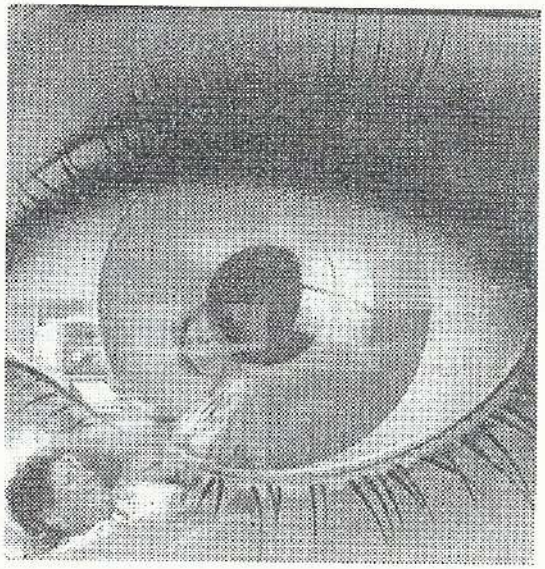
La afirmación anterior que todos suscribimos sin problema, crea muchas dificultades a la hora de llevarla a la práctica. Supone mucho tiempo con el paciente y la familia para que la información sea asimilada. Supone una comunicación estrecha con el paciente y la familia para poder evaluar sus recursos y potencialidades al mismo tiempo que sus debilidades o carencias de forma que al integrarlo en los cuidados les pidamos una colaboración que ellos pueden asumir y que no sobrepase sus capacidades actuales.

En resumen diríamos que tanto el equipo asistencial como el paciente y la familia deben sentirse unidos en la consecución de una meta común. No siempre podrá ser la curación, pero si todos adecuadamente informados de la situación en toda su complejidad: física, psíquica, social, ... aúnan esfuerzos, favorecen la comunicación y valoran las actuaciones positivas de cada uno, el resultado final será altamente provechoso para el paciente, la familia y el equipo en general.



miradas sobre una **profesión**

LA IMAGEN DE LA PROFESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA JURÍDICA



Lourdes Farrerons Noguera*
Carmen D. Medina Castellano**
Antonia J. Suárez Suárez***
Bienvenida C. Rodríguez de Vera****
Juan F. Jiménez Díaz*****

** D.U.E., Profesora Titular Interina de E.U.E.*
*** D.U.E., Lcda. en Derecho, Profesora Titular de E.U.E.*
**** D.U.E., Lcda. en Derecho, Enfermera Unidad del Dolor*
***** D.U.E., Profesora Titular E.U.E.*
****** Doctor en Medicina, Profesor Titular E.U.E.*

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

INTRODUCCIÓN

En el año 1995 la Editorial de la Revista de enfermería Rol en su nº 199 de Marzo, ofrecía una información proveniente del Sindicato de Enfermería SATSE en el que se afirmaba que las denuncias presentadas contra el colectivo enfermero habían ascendido en un 260% en el transcurso de solo dos años.

Asimismo, los últimos informes que publica la U.P.E. mensualmente a través del periódico «Enfermería actualidad» revelan que suele ser cada vez más habitual que los profesionales de la enfermería se sienten en el banquillo de los acusados ante la Justicia.

LA RESPONSABILIDAD JURÍDICA DEL PROFESIONAL SANITARIO

Que existe responsabilidad jurídica del personal sanitario no plantea ningún tipo de dudas hoy en día. Esto no significa que en tiempos anteriores no existiera tal responsabilidad, pero si es cierto que ésta estaba, cuando menos que tamizada, por el halo de inmunidad del que estaban investidos los profesionales de la salud y más concretamente el profesional médico, que estaba solamente sometido a las reglas de la ética profesional y respondía ante su conciencia y la censura social. Aún así lo que sí parece evidente es que en estos últimos tiempos ya no se acepta como única responsabilidad médica la ética y la social. Parece que quedó lejana la proclamación de la Academia de Medicina Francesa, «que en el año 1930 proclamaba que el único juicio natural del médico era su propia conciencia y que la inmunidad era indispensable para el progreso de la ciencia médica»[1].

Es en nuestra época y concretamente con la instauración en los países desarrollados del Estado Social y de Derecho que trae la democracia liberal cuando se hace patente el reconocimiento de los derechos de los enfermos (arts. 15, 43, 51.1 de la C.E.).

El avance democrático, el mayor nivel cultural en materia sanitaria de la población, la masificación en el ejercicio profesional, la utilización de técnicas cada vez mas sofisticadas, etc. han influido para que los individuos ya no se sometan a los profesionales de la salud sin ningún tipo de reservas y se haya perdido en parte este halo de veneración que se venía observando en épocas anteriores.

Como apunta J. M. Martínez Pereda[2], «han sido múltiples y variadas las causas que han contribuido a la efectiva exigencia de responsabilidades en los sanitarios y a la defensa de los derechos de los enfermos».

El mundo de lo jurídico y en concreto el ámbito que corresponde a la parte de la actividad sancionadora que se refleja en las sentencias que dictaminan los Tribunales de Justicia, ha sido y nos atrevemos a afirmar que es, una realidad que no ha preocupado a los profesionales de la salud en gran medida, por un lado por que de la actividad profesional de los sanitarios se ha desprendido como decía Llamas Pombo, una imagen sobredimensionada que ha hecho que la sociedad en general, ante la impericia profesional, no haya reclamado por la vía judicial como sería de esperar ante la negligencia en otras actividades o profesiones (piénsese por ejemplo en los arquitectos). Por otra parte y en concreto en lo que hace referencia a los profesionales de la enfermería, por la dificultad que ha supuesto desde el punto de vista de la actividad asistencial que exista un reconocimiento real de una responsabilidad profesional, lo que ha dado como resultado la no-contemplación de una responsabilidad jurídica.

Deduciendo por tanto de todas estas reflexiones, que los profesionales de la salud y en concreto los profesionales de la enfermería, estamos todavía poco concienciados de que la justicia también ha puesto su mirada en nosotros como profesionales.

Conviene en cualquier caso advertir y antes de profundizar en el tema que una cosa es la acción delictiva cometida por un profesional y otra distinta es el delito profesional. Es este último el que centra nuestra atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

El material que se ha utilizado para este trabajo, son distintas sentencias del Tribunal Supremo, escogidas de forma aleatoria en un número total de 19, situadas en un espacio de tiempo que discurre desde 1979 hasta 1995, recogidas en la base de datos de Aranzadi-Jurisprudencia.

El método consiste en el análisis de las distintas sentencias, valorando principalmente, el motivo de la demanda, los criterios de decisión del Tribunal, la resolución final, además del análisis cronológico que nos dará el número de sentencias producidas en un período de tiempo concreto, que descifrado en porcentajes, darán una visión clara del incremento o disminución de sentencias a lo largo de estos, aproximadamente, 16 años.

DISCUSIÓN

Del análisis de las 19 sentencias mencionadas se desprende los siguiente:

Entre 1979 y 1989 se dictan ocho sentencias, seis corresponden a delitos profesionales, es decir, son conductas realizadas por profesionales en el ejercicio de su actividad que merecen la reprobación de los tribunales por haber incurrido en alguna de las formas de imprudencia profesional, que se traduce en la mayoría de los supuestos en la no-atención a la lex artis en el ejercicio de sus competencias.

Dos de ellas son delitos de los que hemos llamado no profesionales en cuanto que el tipo no requiere la condición de profesional para su comisión, una por estafa y falsificación de documentos públicos (recetas) y la otra por injurias a una organización profesional.

De las ocho sentencias correspondientes a este período siete son condenatorias y una absolutoria que corresponde al supuesto de una comadrona que administró a una parturienta un suero dilatador tras recibir una orden telefónica del médico responsable. Se alegaba, asimismo, por la acusación particular que la citada profesional se había extralimitado en sus funciones en razón de lo recogido en el Decreto de 1960 de competencia profesional. El Tribunal Supremo no aprecia la existencia de imprudencia por cuanto que el citado Decreto establece la posibilidad de actuar en el sentido en que lo hizo la comadrona bajo dirección facultativa.

Entre 1990 y 1994 se dictan once sentencias, de las cuales siete corresponden a delitos profesionales y tres a delitos del profesional y uno no pudo ser estudiada por no haber recurrido el sanitario condenado.

De estos tres delitos no profesionales, uno es un delito contra la salud pública (tráfico de drogas), otro es de usurpación de funciones de ATS que practica medicina alternativa y el tercero es de apropiación indebida. Dos de las sentencias fueron condenatorias y una absolutoria, la correspondiente al ATS que practicaba medicina alternativa por entender el Tribunal Supremo que para que se pueda apreciar un delito de usurpación de funciones es preciso que se realicen actos de una profesión sin poseer el correspondiente título oficial y, siempre según el Tribunal, los actos realizados por el procesado en ningún caso constituyen actos propios de una determinada profesión por lo que no se requerían para otros títulos que los que el propio acusado presentaba.

De los siete supuestos de delitos profesionales, cuatro de las sentencias fueron absolutorias y tres condenatorias. Ahora bien, en tres de las sentencias absolutorias, el Tribunal Supremo se pronuncia en este sentido por no poder probar de manera suficiente la existencia de un nexo causal entre la acción imprudente o negligente y el resultado lesivo producido, lo que no es óbice para que en los distintos considerandos de sus pronunciamientos haga referencia a la existencia de, al menos una omisión del deber de cuidado por parte de los profesionales acusados, lo que nos conduce a pensar que, aún en ausencia de condena hay una clara reprobación a las conductas de estos profesionales.

El cuarto supuesto absolutorio, si bien se produce en virtud de que se aprecia una clara responsabilidad de la Administración para la que trabajaban los profesionales acusados, hace mención a que en cualquiera de los casos, respecto al ATS implicado habría correspondido la absolución puesto que su actuación fue fruto del cumplimiento de ordenes médicos y existiendo superioridad jerárquica no existía responsabilidad por parte de aquel.

De todo lo expuesto cabe deducir que los criterios seguidos por el Tribunal Supremo en la Sala segunda respecto al tema que nos ocupa están presididos por los siguientes principios:

1° La consideración de que toda la actividad sanitaria entraña un especial riesgo al incidir directamente sobre la salud y la vida de las personas.

2° Como consecuencia de lo anterior se requiere una cuidadosa atención de la lex artis

3° Que la responsabilidad de los sanitarios procederá cuando en el tratamiento efectuado se incida en conductas descuidadas de las que resulte un proceder irreflexivo, aunque el reproche de la culpabilidad viene dado no tanto por el error, sino por la dejación, el abandono, la negligencia y el descuido de la atención que el paciente requiere.

CONCLUSIONES

Aunque el número de sentencias que se han estudiado, no es el total de las resueltas en este período de tiempo, si creemos que es número suficiente para deducir ciertas conclusiones.

1ª) Que estudiado en períodos de 5 años corresponde al quinquenio (1979-1984), dos sentencias, al quinquenio (1985- 1989) corresponden seis sentencias y por último en el quinquenio (1990-1994) se dictan un total de once, lo que de alguna forma corrobora la información aportada en su momento por el SATSE, de que se ha producido un aumento considerable en esta última década. En base a nuestro trabajo el porcentaje es de un aumento de un 340 por 100.

2°) De las 19 sentencias estudiadas 13 corresponden a delitos profesionales y 5 a delitos que hemos denominado no profesionales, puesto que han sido cometidos por profesionales de la enfermería pero no tienen relación con la actividad enfermera, no existe negligencia profesional, existe negligencia personal.

3°) De las 13 sentencias que corresponden a delitos denominados profesionales el tipo más frecuente es la Imprudencia tanto en su calificación como delito (imprudencia temeraria) o en su calificación como falta (imprudencia simple con y sin infracción de reglamentos), de acuerdo a lo que estipulaba el Código Penal vigente hasta Mayo de este año.

Es decir, las causas más frecuentes por las que los profesionales de la enfermería nos sentamos en el banquillo de los acusados es lo que en términos jurídicos se denomina el tipo Imprudente, clasificado así en aquellos casos en que se omite el mínimo deber de cuidado que debe de tener el profesional de la salud en su actividad asistencial frente al paciente.

Por todo lo expuesto, cabe concluir, que el incremento en los últimos años de las denuncias a profesionales de la enfermería pone a estos en el punto de mira de la justicia. Sin duda, esta realidad debe de ser suficiente para que los profesionales recapacitemos respecto a la importancia de llevar a cabo una praxis que no sólo va a ser valorada desde la perspectiva de la responsabilidad profesional, sino y además desde la perspectiva de la responsabilidad jurídica.

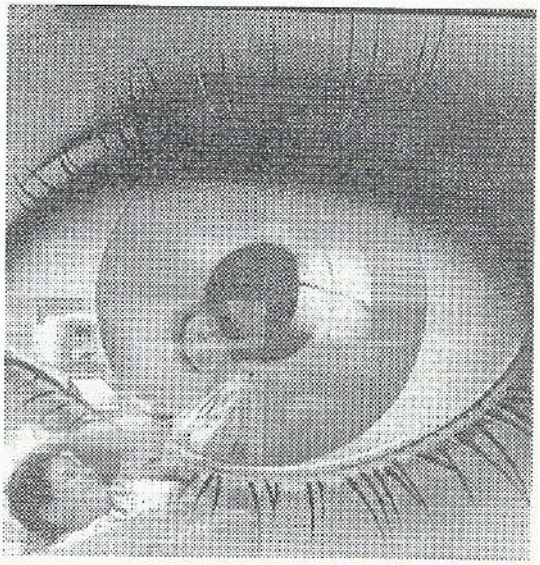
BIBLIOGRAFÍA

1. Nerson, R. La protección de la personalidad en el Derecho privado francés. Citado por: LLamas Pombo, E. La responsabilidad civil del médico. Edit. Trivium, 1º edic. Madrid. 1988. Pág. 42
2. NERSON, R. La protección de la personalidad en el Derecho Privado francés. Citado por: LLAMAS POMBO, E. La responsabilidad civil del médico. Edit. Trivium. 1ª edic. Madrid. 1988. Pág. 42
3. Martínez-Pereda Rodríguez, J.M. La responsabilidad penal del médico y del sanitario. 2º edic. Edit. Colex. Madrid. 1994. pág.28
4. MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M. La responsabilidad penal del médico y del sanitario. 2ª edic. Edit. Colex. Madrid. 1994. Pág. 28
5. Editorial, Revista Rol de Enfermería, Nº 199, pág. 12, Marzo 1995.
6. Farrerons Noguera, L.»Aspectos jurídico-legales en el ámbito sanitario», Mesa Redonda, I Jornadas sobre aspectos jurídico-legales del ejercicio de las profesiones sanitarias. Las Palmas de Gran Canaria, Noviembre 1992.
7. Llamas Pombo, E. La responsabilidad civil del médico. Edit. Trivium. 1º edic. Madrid, 1988.
8. Martínez-Pereda Rodríguez, José. M., La responsabilidad penal del médico y del sanitario», Edit. Colex, Madrid, 1990

OTRAS FUENTES

- Código Penal de 1989

DISTINTIVIDAD DE LA IMAGEN ENFERMERA



Benedicta Ojeda Pérez
Rafael Vallespín Montero,
Lourdes Farrerons Noguera *
Fernando Calvo Francés
Salvador Alemán Méndez

Profesores Titulares del Departamento de Enfermería
** Profesora Titular Interina del Departamento de Enfermería*

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

El concepto de **"Identidad Social"** se define como el conocimiento por parte del sujeto de que pertenece a ciertos grupos sociales, con todo lo que ello implica, tanto a nivel de valores como emocional. Consecuencia de esta Identidad es la necesidad de que ese grupo al que pertenecemos (Endogrupo) posea una **"Distintividad Positiva"**, con respecto a otros grupos (exogrupos), (Tajfel, 1972).

El paradigma del grupo mínimo de Brown y Turner (1979) dice que los sujetos discriminan socialmente creando diferencias favorables entre el propio grupo y los restantes (exogrupos), incrementando de esa forma su autoestima. Estos autores estudiaron el efecto de cruzar dos categorías sociales dicotómicas y observaron que los miembros del propio grupo fueron valorados más favorablemente que los de los grupos externos (.025). En este trabajo de Brown y Turner se cumple lo que Deschamps y Doise (1978) denominan Categorización simple, o sea, clasificaciones dicotómicas simples, entre el propio grupo y un grupo externo. Denominan Categorización Cruzada a aquella situación en que cuando una clasificación dicotómica es cruzada por otra, da como resultado que algunos miembros del propio grupo, en el primer criterio, devienen miembros del exogrupo por el segundo criterio, y viceversa.

Objetivos de este trabajo son:

1. Asegurar que los factores emocionales y cognitivos sean equivalentes y con ello, que los resultados no puedan ser atribuidos a factores asociados a las relaciones existentes en la vida real de los grupos estudiados.

Tal como lo hiciera Turner (1875) hemos empleado categorizaciones creadas artificialmente.

2. Demostrar lo que predice la Hipótesis Cognitiva de Deschamps y Doise (1978) sobre el hecho de que **habrá discriminación intergrupal en las condiciones de categorización simple, pero no en la cruzada.**

Brown y Turner (1979) asumen que en una situación de categorización cruzada sigue existiendo la necesidad de preservar la Identidad Social Positiva.

Nuestras hipótesis son las siguientes:

1. Según la categorización Cruzada (Deschamps y Doise, 1978) no deben existir diferencias entre la valoración de las enfermeras (Ea), enfermeros (Eo), médicos (Mo) y médicas (Ma) en cuanto a su Identidad Social y relaciones entregrupos.

2. Según la Teoría de la Comparación Social, las mayores diferencias con respecto al endogrupo (Enfermeras) deben darse entre: Médicas > Enfermeros > Médicos y.. , las mayores diferencias entre las Médicas y los Enfermeros se darán en las escalas relacionadas con el trabajo vinculado con el paciente. Igualmente, deben existir diferencias, aunque menores, en las escalas relacionadas con el trabajo.

   En caso de haber diferencias entre las Enfermeras y los Médicos, éstas deberán darse en función de las escalas del estereotipo femenino-masculino.

3. Debe haber correlación entre:
   a. A mayor Identificación Profesional (Idenpro), menor Diferenciación entre Ea-Mo y entre Ea-Ma.
   b. Cuanto más positiva sea la Identificación Sustractiva (Idensus), menor diferenciación entre las Ea-Mo y entre Ea-Ma.
   c. A mayor Identificación con Enfermería (Idenfer) y más negativa la Identificación Sustractiva (Idensus), mayor será la diferencia entre Ea-Mo y menor con Enfermería.

METODOLOGÍA

Sujetos: Muestra formada por 120 Enfermeras (DUE) en edades comprendidas entre los 21 y los 51 años.

Se utilizó como **Instrumento** un cuestionario, donde se solicita a la enfermera (Endogrupo) que describa de forma general, como percibe a distintos grupos de profesionales de la salud (Exogrupos: Mo, Ma, Eo y su propio grupo).

Las diferentes escalas del mismo fueron tomadas, en parte de Choon y Skevington (1981) y completadas por Ojeda (1995). El definitivo consta de cuatro bloques, cada uno con 31 variables, en una escala de valores bipolares del 1 al 7, (1= características negativas y 7= positivas (excepto la variable 6 = inconformismo y la 24 = dominante). Al final del mismo se añadieron dos escalas relacionadas con el estatus percibido por la enfermera con respecto a su propio grupo y, de los profesionales de la Medicina. Igualmente, se añadieron cinco escalas referidas al grado de Identificación de la Ea con: Profesionales de la salud, en general; con los Mo; Con la propia Enfermería y con los hombres y mujeres en general. La variable "Idensus" tuvo su origen en la Identificación Profesional (Idenpro) e Identificación con la Enfermería (Idenfer).

PROCEDIMIENTO

Se realizó un estudio piloto con 25 enfermeras, cuyo resultado dio lugar a la introducción de las últimas siete variables del cuestionario. Posteriormente se formaron cuatro grupos diferentes de cuestionarios (30 en cada uno), colocando las hojas del mismo en distinto orden. Así, la muestra quedó reagrupada en cuatro subgrupos de 30 sujetos cada uno (cuadro número 1).

Las puntuaciones directas de los sujetos fueron procesadas en un procesador SSPS. Los datos fueron tratados de la manera siguiente:

1. La variable Indesus (Identificación Sustractiva) se obtuvo, restando a Idenpro (Identificación con la profesión de Salud, en general) el Idenfer (Identificación con la Enfermería). Sus puntuaciones oscilan entre (-1) y (+1), siendo (-1) mayor Identificación con Enfermería y (+1)

mayor Identificación con profesionales de la salud, en general. La valoración 0 (cero) se corresponde con el equilibrio entre ambas identificaciones.

2. Los Índices de Diferenciación entre Mo, Ma y Enfermería (Difmo, Difma y Difen) se obtuvieron restando de la puntuación dada a cada variable del endogrupo (Enfermeras), las correspondientes a los exogrupos (mo, Ma y Eo). Así, los índices positivos nos indican que la puntuación es más alta para las enfermeras en esa variable y las negativas, lo contrario.

TRATAMIENTO DATOS Y RESULTADOS

Se realizaron Análisis de Varianza (Anova one way) en todas las variables (tabla número 1), comparaciones de medias para las significativas, al igual que para los Índices Diferenciales (Tabla número 2).

En la Tabla número 3, se recogen los resultados de las comparaciones de medias, para los grupos según los tres niveles de la variable Indesus. Por último, se obtuvieron Correlaciones de Pearson entre los Indices de Diferenciación e Identificación (Tabla 4).

Expondremos solamente las variables significativas. Observando la tabla número 1, constatamos diferencias significativas entre las Ea y los exogrupos en las variables: Racional, Pacífico, Predicción de cambios de humor, Deseos de contactos sociales, Sumisión y Cambios de Humor. Podríamos interpretar las mismas como que el grupo "médicos" ha sido percibido por las Ea como el más racional, el más pacífico y del que mejor se puede predecir los cambios de humor. Igualmente, que las médicas son las más identificadas con la Enfermería, incluso más, que con los Profesionales de la Salud, en general. Los sujetos más Identificados con la Enfermería opinan que las Enfermeras tienen menos cambios de humor que las médicas, mientras que los sujetos "equilibrados" opinan lo contrario. En la tabla número 2 se muestran los resultados de las comparaciones de medias de las variables significativas, tanto del endogrupo como de los exogrupos, al igual que los de los Índices Diferenciales entre estos grupos.

Comprobamos como **los médicos son percibidos como los que proporcionan mejor trato a sus subordinados, son más racionales, los más**

pacíficos y de los que mejor se pueden predecir sus cambios de humor, tanto respecto a las enfermeras, como enfermeros y médicas. Las mayores diferencias son entre Mo y Ea en cuanto "Racionalidad" y "Pacífico", incluso mayores que las encontradas entre los Eo y las Ma (.052).

En la tabla número 3, observamos una mayor diferenciación por parte del grupo con Idensus equilibrado (X=0.53) en la variable Sumisión, respecto al grupo con Idensus negativo (X=-0.301), lo que podría significar una mayor Identificación con la Enfermería de estos sujetos que con los profesionales de la salud, en general. Este grupo con Idensus negativo percibe a las médicas como personas más dominantes que las Enfermeras.

En la tabla número 4, se muestran las correlaciones entre los Índices de Diferenciación e Identificación. Las obtenidas entre Identificación con los profesionales de la Salud y Diferenciación Enfermeras, es bastante baja (nivel confianza del .01). Las relacionadas con los Índices de Diferenciación e Identificación en la variable "Deseos de mantener contactos sociales" es negativa con Identificación con los profesionales de la salud. Podríamos interpretar este resultado como que a mayor Identificación con profesionales de la salud, menos deseos de contactar socialmente con los otros grupos sanitarios. Por otro lado, observamos que a mayor identificación con la profesión sanitaria menos intransigencia ($r= -.24$; $p< .01$). A mayor identificación de la enfermería con la profesión sanitaria en general, mayor sumisión ($r= .272$; $p< .01$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos intentado investigar las condiciones mínimas que pueden desencadenar la discriminación respecto a los exogrupos y el favoritismo hacia el endogrupo. Los resultados de nuestro trabajo muestran que las enfermeras han valorado más positivamente al grupo médico. Esta valoración ha recaído en dimensiones supuestamente relacionadas con el estereotipo masculino (por ejemplo, racionalidad, predicción de cambios de humor, etc.) pero no, en las también supuestamente relacionadas con el estereotipo femenino, tal como la Sumisión.

Las enfermeras coactúamos y cooperamos con otros profesionales de la salud, fundamentalmente con los profesionales de la Medicina, pero intentamos mantener, como grupo profesional, una Distintividad Positiva.

Hemos utilizado la llamada Categorización Cruzada (Deschamps y Doise, 1978) según la cual la categorización, per se, provoca discriminación intergrupal, aumentando las semejanzas endogrupales y aumentando las diferencias endo-exogrupales. Todo ello, desde la hipótesis Cognitiva. Por otro lado, hemos visto que según Brown y Turner (1979), la discriminación se da tanto en la simple como en la Cruzada. Al haber utilizado solamente en nuestro trabajo, la cruzada, queda pendiente de comprobación la congruencia o no de nuestros resultados con lo que señalan estos autores. Nuestros resultados pues, están en la línea de la Hipótesis Cognitiva de Deschamps y Doise (1978).

Los supuestos de nuestra primera hipótesis no se cumplen, puesto que hemos encontrado diferencias en las valoraciones de las enfermeras, enfermeros, médicos y médicas, en cuanto a su Identificación Social y en las relaciones entre estos grupos.

Con respecto a la segunda, podemos decir que sí se cumple, ya que hemos encontrado diferencias significativas del endogrupo respecto a los exogrupos en el siguiente orden: Médicas > Enfermeros > Médicos. Se ha percibido a la enfermera como la que peor trato da a sus subordinados, la menos racional, la menos pacífica y de la que menos se puede predecir los cambios de humor. En cambio, no hemos encontrado diferencias en las dimensiones relacionadas con el trabajo directo con el paciente.

También hay diferencias entre las enfermeras y los médicos en las variables vinculadas a estereotipos masculino-femenino. Así, las enfermeras han sobrevalorado al exogrupo médico en dimensiones como racional, cambios de humor, dominica, etc. aunque los resultados no están tan claros respecto a variables tales como trato a los subordinados, pacifico y sumisión, (estereotipos típicamente femeninos).

Llegados a este punto, queremos aclarar la posible confusión de los significados de algunos de los adjetivos utilizados, por ejemplo "Sumisión" y "Cooperación". Así, "Sumiso", en este contexto, debe ser interpretado como sinónimo de "Cooperador", lo contrario es incongruente con los resultados obtenidos en la dimensión "Inconformismo". Si las enfermeras han sido percibidas como el grupo más incorformista, no tiene lógica la relación inconformista-sumisa, pero sí la de inconformista-cooperadora, dado el carác-

ter complementario de las dos profesiones estudiadas. Por último, comentamos brevemente las correlaciones obtenidas.

1. Podemos afirmar que lo supuesto se ha cumplido en el caso de Transigente/Intransigente, pero no en el de Sumisión/Dominancia. Así, cuanto mayor es la Identificación con los profesionales de la salud, las enfermeras son menos intransigentes y más "sumisas" y que a mayor identificación con los profesionales de la salud, menos deseos de contactar socialmente con los exogrupos.
2. El segundo supuesto se ha cumplido en el caso de las Ea-Ma, en la variable "Cambios de Humor", pero no en el caso de Ea-Mo.
3. Al igual que en el punto anterior, se cumple en el caso de Ea-Ma, pero no en el de Ea-Mo.

Existe una tendencia universal favorecer al endogrupo en dimensiones como lealtad, honestidad, etc., conductas que se esperan en la relación endogrupal pero no en las exogrupales. Esto parece tener como finalidad la defensa de una distintividad positiva y una Identificación Social del endogrupo. Nos parece necesario mencionar el concepto de Competición Social que sirve para matizar el de Comparación Social (Brown y Turner, 1978). Estos autores hablan de competición social la cual se produce cuando por lograr una Identidad Social Positiva cada grupo trata de mantener una diferencia respecto a otros grupos en una dimensión positivamente valorada por consenso social. Luchamos por ser independientes en funciones que nos son propias, como dirigir y formar a nuestros profesionales, sin olvidar la subsidiariedad con otras profesiones.

Tajfel (1972) señala, dentro del concepto de Identidad Inadecuada, una serie de estrategias de las que se puede hacer uso cuando se pertenece a un grupo que no nos proporciona una Identidad Social Positiva: a. Movilidad Individual, o sea, abandonar el grupo e intentar "pasar" al grupo más valorado. (ésta es usada con frecuencia por los enfermeros/as, por ejemplo, estudiando otra carrera). b. Creatividad Social, que implica "alterar o redefinir los términos de la situación comparativa". Esta estrategia puede lograrse: ** Comparándose con otros grupos en una nueva dimensión.** Cambiando los valores asociados a ciertos atributos del grupo.** Cambiando el exogrupo con el cual se compara el endogrupo.

En los últimos años hemos podido comprobar como el grupo de profesionales de la Enfermería ha utilizado las estrategias propuestas por Tajfel. Una gran parte, ha abandonado la profesión, bien integrándose en otros grupos profesionales (médicos, psicólogos, abogados, etc.) o bien no integrándose en ninguno. Otra gran parte, ha iniciado "campaña" de creatividad social, tratando de mejorar la imagen social de los mismos a través de la creación de nuevos valores, explicando el rol profesional, profundizando en los aspectos científicos de la profesión, etc. Ello nos lleva a poder afirmar que el grupo profesional enfermero posee una Distintividad propia, que ha ido mejorando en los últimos años y se prevé su consolidación como un grupo profesional con Distintividad Positiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brigham, J.A.(1971). Ethnic stereotypes. Psychological Bulletin,78, 15-33.
2. Brown y Turner,J.C.(1979). The Criss-cross categorisation Effect in intergroup discrimination. British Journal of Social and Clinic Psychology, 18, 371-383.
3. Choon, G.L. y Skevington, S. (1985). How do women and men in nursing perceive each other?. Understanding Nurses. Ed. John Wiley and Sons Ltd.
4. Deschamps J.C. y Doise, W. (1978). Crossed category Menberships in Intergroup relations. En H. Tajfel (ed). Differentiation between Social Groups. Stadies in the Social Psychology of Intergroup Relation. London Academic Press.
5. Doise, W. y Sinclair, A. (1973). The categorisation process in intergroup relations. European Journal of Social Psychology, 3: 145-157.
6. Skevington, S.(1981). Intergroups relations and nursing. European Journal of Social Psychology, 11, 43-59.
7. Tajfel, H. (1959a). Quantitative judment in social perception. British Journal of Psychology, 50: 16-29.
8. Tajfel, H. (1970). Experiments in intergroup discrimination. Scientific American, November.
9. Tajfel, H. (1972). Experiments in a vacuum. In: Israel, J. y Tajfel,H.(Eds). The Context of Social Psychology: a Critical Assessment. Academic Press. London.

10. Tajfel, H. (1974). Social Identity, Social categorisation and Social Comparison in Intergroup Behaviour, Katz-Newcombe Lectures, University of Ann Arbour, Michigan, U.S.A.

11. Tajfel, H. (1984). Grupos Humanos y Categorías Sociales. Ed. Herder. Barcelona.

12. Taylor, S.E. (1981). A categorization Approach to Stereotyping, in D.L. Hamilton (Ed). Cognitive Processes in stereotyping and Intergroup Behavior. Hillsdale Lea.

13. Turner, J. (1975) Social comparison and social identity: Some prospects for intergroup behaviour.European Journal of Social Psychology,5 (1) :5-34.

ANEXO GRÁFICOS

CUADRO 1

ORDEN DE COLOCACIÓN DE LOS CUATROS BLOQUES DE CUESTIONARIOS

Mo	Ma	Eo	Ea
Eo	Ea	Mo	Ma
Ma	Mo	Ea	Eo
Ea	Eo	Ma	Mo

TABLA 1

ANOVAS: ENDOGRUPOS X EXOGRUPOS DE LAS VARIABLES SIGNIFICATICAS

	suma cuadrad.	g.l.	Media cuadrát.	F	p	Variable
Endogrupo Exogrupos	249.67 7.00	232 2	1.08 3.5	3.25	.041	Racional
Endogrupo Exogrupos	415.5 9.12	238 2	1.75 4.56	2.61	.076	Pacífico
Endogrupo Exogrupos	451.74 12.92	236 2	1.91 6.46	3.38	.036	Humor predecible
Intergrupos Intragrupos	47.282 566.41	2 117	23.64 4.84	4.88	.009	Deseos de contacto social
Intergrupos Intragrupos	19.62 216.67	2 117	9.81 2.23	4.38	.014	Sumisión
Intergrupos Intragrupos	25.04 433.42	2 117	12.52 3.73	3.35	.038	Cambios de Humor

TABLA 2

COMPARACIONES DE MEDIAS DE LAS VARIABLES SIGNIFICATIVAS DE INTERÉS DE LOS TRABAJOS DE ENDO-EXOGRUPOS E ÍNDICE DE DIFE

	N	Medias	Dif.Media	t	g.l.	p	Variable
Ea Mo	119 119	4.15 4.51	-0.352	-1.96*	118	.053	Buen tra subordina
Eo Mo	118 118	4.78 5.10	-0.31	-2.32	117	.022	
Ea Mo	118 118	4.82 5.10	-0.27	-2.44	117	.016	
Mo Ma	117 117	5.10 4.81	0.29	2.24	116	.027	RACIONAL
Difmo Difma	117 117	-0.28 0.008	-0.29	-2.24	116	.027	
Difmo Difen	118 118	-0.27 0.03	-0.31	-2.32	117	.022	
Eo Mo	120 120	4.14 4.49	-0.34	-2.14	119	.034	
Ea Mo	120 120	3.95 4.49	-0.54	-3.15	119	.002	
Mo Ma	120 120	4.49 4.15	o.33	1.96	119	.052	PACÍFICO
Difen Difmo	120 120	-0.20 -0.54	0.34	2.14	119	.034	
Difma Difmo	120 120	-0.20 -0.54	0.33	1.96	119	.052	
Ea Mo	120 120	3.64 4.05	-0.40	-2.52	119 119	.013	CAMBIOS DE HUMOR
Mo Ma	119 119	3.68 4.07	-0.39	-1.98	118	.050	

TABLA 3

COMPARACIÓN DE MEDIAS INTERGRUPOS SEGÚN LOS TRES NIVELES DE LA VARIABLE IDENSUS

Variables	Grupo 1 (negativo)	Grupo 2 (equilibrado)	Grupo 3 (positivo)
Deseos de contactos sociales.	X=1.27	X=-0.33	X= -0.50
Sumisión	X=-0.30	X=0.53	X= 0.38
Cambios de Humor	X=0.226	X=-0.74	X= -0.37

INTRODUCCIÓN

En el año 1995 la Editorial de la Revista de enfermería Rol en su nº 199 de Marzo, ofrecía una información proveniente del Sindicato de Enfermería SATSE en el que se afirmaba que las denuncias presentadas contra el colectivo enfermero habían ascendido en un 260% en el transcurso de solo dos años.

Asimismo, los últimos informes que publica la U.P.E. mensualmente a través del periódico «Enfermería actualidad» revelan que suele ser cada vez más habitual que los profesionales de la enfermería se sienten en el banquillo de los acusados ante la Justicia.

LA RESPONSABILIDAD JURÍDICA DEL PROFESIONAL SANITARIO

Que existe responsabilidad jurídica del personal sanitario no plantea ningún tipo de dudas hoy en día. Esto no significa que en tiempos anteriores no existiera tal responsabilidad, pero si es cierto que ésta estaba, cuando menos que tamizada, por el halo de inmunidad del que estaban investidos los profesionales de la salud y más concretamente el profesional médico, que estaba solamente sometido a las reglas de la ética profesional y respondía ante su conciencia y la censura social. Aún así lo que sí parece evidente es que en estos últimos tiempos ya no se acepta como única responsabilidad médica la ética y la social. Parece que quedó lejana la proclamación de la Academia de Medicina Francesa, «que en el año 1930 proclamaba que el único juicio natural del médico era su propia conciencia y que la inmunidad era indispensable para el progreso de la ciencia médica»[1].

Es en nuestra época y concretamente con la instauración en los países desarrollados del Estado Social y de Derecho que trae la democracia liberal cuando se hace patente el reconocimiento de los derechos de los enfermos (arts. 15, 43, 51.1 de la C.E.).

El avance democrático, el mayor nivel cultural en materia sanitaria de la población, la masificación en el ejercicio profesional, la utilización de técnicas cada vez mas sofisticadas, etc. han influido para que los individuos ya no se sometan a los profesionales de la salud sin ningún tipo de reservas y se haya perdido en parte este halo de veneración que se venía observando en épocas anteriores.

Como apunta J. M. Martínez Pereda[2], «han sido múltiples y variadas las causas que han contribuido a la efectiva exigencia de responsabilidades en los sanitarios y a la defensa de los derechos de los enfermos».

El mundo de lo jurídico y en concreto el ámbito que corresponde a la parte de la actividad sancionadora que se refleja en las sentencias que dictaminan los Tribunales de Justicia, ha sido y nos atrevemos a afirmar que es, una realidad que no ha preocupado a los profesionales de la salud en gran medida, por un lado por que de la actividad profesional de los sanitarios se ha desprendido como decía Llamas Pombo, una imagen sobredimensionada que ha hecho que la sociedad en general, ante la impericia profesional, no haya reclamado por la vía judicial como sería de esperar ante la negligencia en otras actividades o profesiones (piénsese por ejemplo en los arquitectos). Por otra parte y en concreto en lo que hace referencia a los profesionales de la enfermería, por la dificultad que ha supuesto desde el punto de vista de la actividad asistencial que exista un reconocimiento real de una responsabilidad profesional, lo que ha dado como resultado la no-contemplación de una responsabilidad jurídica.

Deduciendo por tanto de todas estas reflexiones, que los profesionales de la salud y en concreto los profesionales de la enfermería, estamos todavía poco concienciados de que la justicia también ha puesto su mirada en nosotros como profesionales.

Conviene en cualquier caso advertir y antes de profundizar en el tema que una cosa es la acción delictiva cometida por un profesional y otra distinta es el delito profesional. Es este último el que centra nuestra atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

El material que se ha utilizado para este trabajo, son distintas sentencias del Tribunal Supremo, escogidas de forma aleatoria en un número total de 19, situadas en un espacio de tiempo que discurre desde 1979 hasta 1995, recogidas en la base de datos de Aranzadi-Jurisprudencia.

El método consiste en el análisis de las distintas sentencias, valorando principalmente, el motivo de la demanda, los criterios de decisión del Tribunal, la resolución final, además del análisis cronológico que nos dará el número de sentencias producidas en un período de tiempo concreto, que descifrado en porcentajes, darán una visión clara del incremento o disminución de sentencias a lo largo de estos, aproximadamente, 16 años.

DISCUSIÓN

Del análisis de las 19 sentencias mencionadas se desprende los siguiente:

Entre 1979 y 1989 se dictan ocho sentencias, seis corresponden a delitos profesionales, es decir, son conductas realizadas por profesionales en el ejercicio de su actividad que merecen la reprobación de los tribunales por haber incurrido en alguna de las formas de imprudencia profesional, que se traduce en la mayoría de los supuestos en la no-atención a la lex artis en el ejercicio de sus competencias.

Dos de ellas son delitos de los que hemos llamado no profesionales en cuanto que el tipo no requiere la condición de profesional para su comisión, una por estafa y falsificación de documentos públicos (recetas) y la otra por injurias a una organización profesional.

De las ocho sentencias correspondientes a este período siete son condenatorias y una absolutoria que corresponde al supuesto de una comadrona que administró a una parturienta un suero dilatador tras recibir una orden telefónica del médico responsable. Se alegaba, asimismo, por la acusación particular que la citada profesional se había extralimitado en sus funciones en razón de lo recogido en el Decreto de 1960 de competencia profesional. El Tribunal Supremo no aprecia la existencia de imprudencia por cuanto que el citado Decreto establece la posibilidad de actuar en el sentido en que lo hizo la comadrona bajo dirección facultativa.

Entre 1990 y 1994 se dictan once sentencias, de las cuales siete corresponden a delitos profesionales y tres a delitos del profesional y uno no pudo ser estudiada por no haber recurrido el sanitario condenado.

De estos tres delitos no profesionales, uno es un delito contra la salud pública (tráfico de drogas), otro es de usurpación de funciones de ATS que practica medicina alternativa y el tercero es de apropiación indebida. Dos de las sentencias fueron condenatorias y una absolutoria, la correspondiente al ATS que practicaba medicina alternativa por entender el Tribunal Supremo que para que se pueda apreciar un delito de usurpación de funciones es preciso que se realicen actos de una profesión sin poseer el correspondiente título oficial y, siempre según el Tribunal, los actos realizados por el procesado en ningún caso constituyen actos propios de una determinada profesión por lo que no se requerían para otros títulos que los que el propio acusado presentaba.

De los siete supuestos de delitos profesionales, cuatro de las sentencias fueron absolutorias y tres condenatorias. Ahora bien, en tres de las sentencias absolutorias, el Tribunal Supremo se pronuncia en este sentido por no poder probar de manera suficiente la existencia de un nexo causal entre la acción imprudente o negligente y el resultado lesivo producido, lo que no es óbice para que en los distintos considerandos de sus pronunciamientos haga referencia a la existencia de, al menos una omisión del deber de cuidado por parte de los profesionales acusados, lo que nos conduce a pensar que, aún en ausencia de condena hay una clara reprobación a las conductas de estos profesionales.

El cuarto supuesto absolutorio, si bien se produce en virtud de que se aprecia una clara responsabilidad de la Administración para la que trabajaban los profesionales acusados, hace mención a que en cualquiera de los casos, respecto al ATS implicado habría correspondido la absolución puesto que su actuación fue fruto del cumplimiento de ordenes médicos y existiendo superioridad jerárquica no existía responsabilidad por parte de aquel.

De todo lo expuesto cabe deducir que los criterios seguidos por el Tribunal Supremo en la Sala segunda respecto al tema que nos ocupa están presididos por los siguientes principios:

1° La consideración de que toda la actividad sanitaria entraña un especial riesgo al incidir directamente sobre la salud y la vida de las personas.

2° Como consecuencia de lo anterior se requiere una cuidadosa atención de la lex artis

3° Que la responsabilidad de los sanitarios procederá cuando en el tratamiento efectuado se incida en conductas descuidadas de las que resulte un proceder irreflexivo, aunque el reproche de la culpabilidad viene dado no tanto por el error, sino por la dejación, el abandono, la negligencia y el descuido de la atención que el paciente requiere.

CONCLUSIONES

Aunque el número de sentencias que se han estudiado, no es el total de las resueltas en este período de tiempo, si creemos que es número suficiente para deducir ciertas conclusiones.

1ª) Que estudiado en períodos de 5 años corresponde al quinquenio (1979-1984), dos sentencias, al quinquenio (1985- 1989) corresponden seis sentencias y por último en el quinquenio (1990-1994) se dictan un total de once, lo que de alguna forma corrobora la información aportada en su momento por el SATSE, de que se ha producido un aumento considerable en esta última década. En base a nuestro trabajo el porcentaje es de un aumento de un 340 por 100.

2°) De las 19 sentencias estudiadas 13 corresponden a delitos profesionales y 5 a delitos que hemos denominado no profesionales, puesto que han sido cometidos por profesionales de la enfermería pero no tienen relación con la actividad enfermera, no existe negligencia profesional, existe negligencia personal.

3°) De las 13 sentencias que corresponden a delitos denominados profesionales el tipo más frecuente es la Imprudencia tanto en su calificación como delito (imprudencia temeraria) o en su calificación como falta (imprudencia simple con y sin infracción de reglamentos), de acuerdo a lo que estipulaba el Código Penal vigente hasta Mayo de este año.

Es decir, las causas más frecuentes por las que los profesionales de la enfermería nos sentamos en el banquillo de los acusados es lo que en términos jurídicos se denomina el tipo Imprudente, clasificado así en aquellos casos en que se omite el mínimo deber de cuidado que debe de tener el profesional de la salud en su actividad asistencial frente al paciente.

Por todo lo expuesto, cabe concluir, que el incremento en los últimos años de las denuncias a profesionales de la enfermería pone a estos en el punto de mira de la justicia. Sin duda, esta realidad debe de ser suficiente para que los profesionales recapacitemos respecto a la importancia de llevar a cabo una praxis que no sólo va a ser valorada desde la perspectiva de la responsabilidad profesional, sino y además desde la perspectiva de la responsabilidad jurídica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nerson, R. La protección de la personalidad en el Derecho privado francés. Citado por: LLamas Pombo, E. La responsabilidad civil del médico. Edit. Trivium, 1º edic. Madrid. 1988. Pág. 42
2. NERSON, R. La protección de la personalidad en el Derecho Privado francés. Citado por: LLAMAS POMBO, E. La responsabilidad civil del médico. Edit. Trivium. 1ª edic. Madrid. 1988. Pág. 42
3. Martínez-Pereda Rodríguez, J.M. La responsabilidad penal del médico y del sanitario. 2º edic. Edit. Colex. Madrid. 1994. pág.28
4. MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M. La responsabilidad penal del médico y del sanitario. 2ª edic. Edit. Colex. Madrid. 1994. Pág. 28
5. Editorial, Revista Rol de Enfermería, Nº 199, pág. 12, Marzo 1995.
6. Farrerons Noguera, L.»Aspectos jurídico-legales en el ámbito sanitario», Mesa Redonda, I Jornadas sobre aspectos jurídico-legales del ejercicio de las profesiones sanitarias. Las Palmas de Gran Canaria, Noviembre 1992.
7. Llamas Pombo, E. La responsabilidad civil del médico. Edit. Trivium. 1º edic. Madrid, 1988.
8. Martínez-Pereda Rodríguez, José. M., La responsabilidad penal del médico y del sanitario», Edit. Colex, Madrid, 1990

OTRAS FUENTES

- Código Penal de 1989

El concepto de **"Identidad Social"** se define como el conocimiento por parte del sujeto de que pertenece a ciertos grupos sociales, con todo lo que ello implica, tanto a nivel de valores como emocional. Consecuencia de esta Identidad es la necesidad de que ese grupo al que pertenecemos (Endogrupo) posea una **"Distintividad Positiva"**, con respecto a otros grupos (exogrupos), (Tajfel, 1972).

El paradigma del grupo mínimo de Brown y Turner (1979) dice que los sujetos discriminan socialmente creando diferencias favorables entre el propio grupo y los restantes (exogrupos), incrementando de esa forma su autoestima. Estos autores estudiaron el efecto de cruzar dos categorías sociales dicotómicas y observaron que los miembros del propio grupo fueron valorados más favorablemente que los de los grupos externos (.025). En este trabajo de Brown y Turner se cumple lo que Deschamps y Doise (1978) denominan Categorización simple, o sea, clasificaciones dicotómicas simples, entre el propio grupo y un grupo externo. Denominan Categorización Cruzada a aquella situación en que cuando una clasificación dicotómica es cruzada por otra, da como resultado que algunos miembros del propio grupo, en el primer criterio, devienen miembros del exogrupo por el segundo criterio, y viceversa.

Objetivos de este trabajo son:

1. Asegurar que los factores emocionales y cognitivos sean equivalentes y con ello, que los resultados no puedan ser atribuidos a factores asociados a las relaciones existentes en la vida real de los grupos estudiados.

Tal como lo hiciera Turner (1875) hemos empleado categorizaciones creadas artificialmente.

2. Demostrar lo que predice la Hipótesis Cognitiva de Deschamps y Doise (1978) sobre el hecho de que **habrá discriminación intergrupal en las condiciones de categorización simple, pero no en la cruzada.**

Brown y Turner (1979) asumen que en una situación de categorización cruzada sigue existiendo la necesidad de preservar la Identidad Social Positiva.

Nuestras hipótesis son las siguientes:

1. Según la categorización Cruzada (Deschamps y Doise, 1978) no deben existir diferencias entre la valoración de las enfermeras (Ea), enfermeros (Eo), médicos (Mo) y médicas (Ma) en cuanto a su Identidad Social y relaciones entregrupos.

2. Según la Teoría de la Comparación Social, las mayores diferencias con respecto al endogrupo (Enfermeras) deben darse entre: Médicas > Enfermeros > Médicos y.. , las mayores diferencias entre las Médicas y los Enfermeros se darán en las escalas relacionadas con el trabajo vinculado con el paciente. Igualmente, deben existir diferencias, aunque menores, en las escalas relacionadas con el trabajo.

   En caso de haber diferencias entre las Enfermeras y los Médicos, éstas deberán darse en función de las escalas del estereotipo femenino-masculino.

3. Debe haber correlación entre:
   a. A mayor Identificación Profesional (Idenpro), menor Diferenciación entre Ea-Mo y entre Ea-Ma.
   b. Cuanto más positiva sea la Identificación Sustractiva (Idensus), menor diferenciación entre las Ea-Mo y entre Ea-Ma.
   c. A mayor Identificación con Enfermería (Idenfer) y más negativa la Identificación Sustractiva (Idensus), mayor será la diferencia entre Ea-Mo y menor con Enfermería.

METODOLOGÍA

Sujetos: Muestra formada por 120 Enfermeras (DUE) en edades comprendidas entre los 21 y los 51 años.

Se utilizó como **Instrumento** un cuestionario, donde se solicita a la enfermera (Endogrupo) que describa de forma general, como percibe a distintos grupos de profesionales de la salud (Exogrupos: Mo, Ma, Eo y su propio grupo).

Las diferentes escalas del mismo fueron tomadas, en parte de Choon y Skevington (1981) y completadas por Ojeda (1995). El definitivo consta de cuatro bloques, cada uno con 31 variables, en una escala de valores bipolares del 1 al 7, (1= características negativas y 7= positivas (excepto la variable 6 = inconformismo y la 24 = dominante). Al final del mismo se añadieron dos escalas relacionadas con el estatus percibido por la enfermera con respecto a su propio grupo y, de los profesionales de la Medicina. Igualmente, se añadieron cinco escalas referidas al grado de Identificación de la Ea con: Profesionales de la salud, en general; con los Mo; Con la propia Enfermería y con los hombres y mujeres en general. La variable "Idensus" tuvo su origen en la Identificación Profesional (Idenpro) e Identificación con la Enfermería (Idenfer).

PROCEDIMIENTO

Se realizó un estudio piloto con 25 enfermeras, cuyo resultado dio lugar a la introducción de las últimas siete variables del cuestionario. Posteriormente se formaron cuatro grupos diferentes de cuestionarios (30 en cada uno), colocando las hojas del mismo en distinto orden. Así, la muestra quedó reagrupada en cuatro subgrupos de 30 sujetos cada uno (cuadro número 1).

Las puntuaciones directas de los sujetos fueron procesadas en un procesador SSPS. Los datos fueron tratados de la manera siguiente:

1. La variable Indesus (Identificación Sustractiva) se obtuvo, restando a Idenpro (Identificación con la profesión de Salud, en general) el Idenfer (Identificación con la Enfermería). Sus puntuaciones oscilan entre (-1) y (+1), siendo (-1) mayor Identificación con Enfermería y (+1)

mayor Identificación con profesionales de la salud, en general. La valoración 0 (cero) se corresponde con el equilibrio entre ambas identificaciones.

2. Los Índices de Diferenciación entre Mo, Ma y Enfermería (Difmo, Difma y Difen) se obtuvieron restando de la puntuación dada a cada variable del endogrupo (Enfermeras), las correspondientes a los exogrupos (mo, Ma y Eo). Así, los índices positivos nos indican que la puntuación es más alta para las enfermeras en esa variable y las negativas, lo contrario.

TRATAMIENTO DATOS Y RESULTADOS

Se realizaron Análisis de Varianza (Anova one way) en todas las variables (tabla número 1), comparaciones de medias para las significativas, al igual que para los Índices Diferenciales (Tabla número 2).

En la Tabla número 3, se recogen los resultados de las comparaciones de medias, para los grupos según los tres niveles de la variable Indesus. Por último, se obtuvieron Correlaciones de Pearson entre los Indices de Diferenciación e Identificación (Tabla 4).

Expondremos solamente las variables significativas. Observando la tabla número 1, constatamos diferencias significativas entre las Ea y los exogrupos en las variables: Racional, Pacífico, Predicción de cambios de humor, Deseos de contactos sociales, Sumisión y Cambios de Humor. Podríamos interpretar las mismas como que el grupo "médicos" ha sido percibido por las Ea como el más racional, el más pacífico y del que mejor se puede predecir los cambios de humor. Igualmente, que las médicas son las más identificadas con la Enfermería, incluso más, que con los Profesionales de la Salud, en general. Los sujetos más Identificados con la Enfermería opinan que las Enfermeras tienen menos cambios de humor que las médicas, mientras que los sujetos "equilibrados" opinan lo contrario. En la tabla número 2 se muestran los resultados de las comparaciones de medias de las variables significativas, tanto del endogrupo como de los exogrupos, al igual que los de los Índices Diferenciales entre estos grupos.

Comprobamos como **los médicos son percibidos como los que proporcionan mejor trato a sus subordinados, son más racionales, los más**

pacíficos y de los que mejor se pueden predecir sus cambios de humor, tanto respecto a las enfermeras, como enfermeros y médicas. Las mayores diferencias son entre Mo y Ea en cuanto "Racionalidad" y "Pacífico", incluso mayores que las encontradas entre los Eo y las Ma (.052).

En la tabla número 3, observamos una mayor diferenciación por parte del grupo con Idensus equilibrado (X=0.53) en la variable Sumisión, respecto al grupo con Idensus negativo (X=-0.301), lo que podría significar una mayor Identificación con la Enfermería de estos sujetos que con los profesionales de la salud, en general. Este grupo con Idensus negativo percibe a las médicas como personas más dominantes que las Enfermeras.

En la tabla número 4, se muestran las correlaciones entre los Índices de Diferenciación e Identificación. Las obtenidas entre Identificación con los profesionales de la Salud y Diferenciación Enfermeras, es bastante baja (nivel confianza del .01). Las relacionadas con los Índices de Diferenciación e Identificación en la variable "Deseos de mantener contactos sociales" es negativa con Identificación con los profesionales de la salud. Podríamos interpretar este resultado como que a mayor Identificación con profesionales de la salud, menos deseos de contactar socialmente con los otros grupos sanitarios. Por otro lado, observamos que a mayor identificación con la profesión sanitaria menos intransigencia ($r= -.24$; $p< .01$). A mayor identificación de la enfermería con la profesión sanitaria en general, mayor sumisión ($r= .272$; $p< .01$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos intentado investigar las condiciones mínimas que pueden desencadenar la discriminación respecto a los exogrupos y el favoritismo hacia el endogrupo. Los resultados de nuestro trabajo muestran que las enfermeras han valorado más positivamente al grupo médico. Esta valoración ha recaído en dimensiones supuestamente relacionadas con el estereotipo masculino (por ejemplo, racionalidad, predicción de cambios de humor, etc.) pero no, en las también supuestamente relacionadas con el estereotipo femenino, tal como la Sumisión.

Las enfermeras coactúamos y cooperamos con otros profesionales de la salud, fundamentalmente con los profesionales de la Medicina, pero intentamos mantener, como grupo profesional, una Distintividad Positiva.

Hemos utilizado la llamada Categorización Cruzada (Deschamps y Doise, 1978) según la cual la categorización, per se, provoca discriminación intergrupal, aumentando las semejanzas endogrupales y aumentando las diferencias endo-exogrupales. Todo ello, desde la hipótesis Cognitiva. Por otro lado, hemos visto que según Brown y Turner (1979), la discriminación se da tanto en la simple como en la Cruzada. Al haber utilizado solamente en nuestro trabajo, la cruzada, queda pendiente de comprobación la congruencia o no de nuestros resultados con lo que señalan estos autores. Nuestros resultados pues, están en la línea de la Hipótesis Cognitiva de Deschamps y Doise (1978).

Los supuestos de nuestra primera hipótesis no se cumplen, puesto que hemos encontrado diferencias en las valoraciones de las enfermeras, enfermeros, médicos y médicas, en cuanto a su Identificación Social y en las relaciones entre estos grupos.

Con respecto a la segunda, podemos decir que sí se cumple, ya que hemos encontrado diferencias significativas del endogrupo respecto a los exogrupos en el siguiente orden: Médicas > Enfermeros > Médicos. Se ha percibido a la enfermera como la que peor trato da a sus subordinados, la menos racional, la menos pacífica y de la que menos se puede predecir los cambios de humor. En cambio, no hemos encontrado diferencias en las dimensiones relacionadas con el trabajo directo con el paciente.

También hay diferencias entre las enfermeras y los médicos en las variables vinculadas a estereotipos masculino-femenino. Así, las enfermeras han sobrevalorado al exogrupo médico en dimensiones como racional, cambios de humor, dominica, etc. aunque los resultados no están tan claros respecto a variables tales como trato a los subordinados, pacifico y sumisión, (estereotipos típicamente femeninos).

Llegados a este punto, queremos aclarar la posible confusión de los significados de algunos de los adjetivos utilizados, por ejemplo "Sumisión" y "Cooperación". Así, "Sumiso", en este contexto, debe ser interpretado como sinónimo de "Cooperador", lo contrario es incongruente con los resultados obtenidos en la dimensión "Inconformismo". Si las enfermeras han sido percibidas como el grupo más incorformista, no tiene lógica la relación inconformista-sumisa, pero sí la de inconformista-cooperadora, dado el carác-

ter complementario de las dos profesiones estudiadas. Por último, comentamos brevemente las correlaciones obtenidas.

1. Podemos afirmar que lo supuesto se ha cumplido en el caso de Transigente/Intransigente, pero no en el de Sumisión/Dominancia. Así, cuanto mayor es la Identificación con los profesionales de la salud, las enfermeras son menos intransigentes y más "sumisas" y que a mayor identificación con los profesionales de la salud, menos deseos de contactar socialmente con los exogrupos.
2. El segundo supuesto se ha cumplido en el caso de las Ea-Ma, en la variable "Cambios de Humor", pero no en el caso de Ea-Mo.
3. Al igual que en el punto anterior, se cumple en el caso de Ea-Ma, pero no en el de Ea-Mo.

Existe una tendencia universal favorecer al endogrupo en dimensiones como lealtad, honestidad, etc., conductas que se esperan en la relación endogrupal pero no en las exogrupales. Esto parece tener como finalidad la defensa de una distintividad positiva y una Identificación Social del endogrupo. Nos parece necesario mencionar el concepto de Competición Social que sirve para matizar el de Comparación Social (Brown y Turner, 1978). Estos autores hablan de competición social la cual se produce cuando por lograr una Identidad Social Positiva cada grupo trata de mantener una diferencia respecto a otros grupos en una dimensión positivamente valorada por consenso social. Luchamos por ser independientes en funciones que nos son propias, como dirigir y formar a nuestros profesionales, sin olvidar la subsidiariedad con otras profesiones.

Tajfel (1972) señala, dentro del concepto de Identidad Inadecuada, una serie de estrategias de las que se puede hacer uso cuando se pertenece a un grupo que no nos proporciona una Identidad Social Positiva: a. Movilidad Individual, o sea, abandonar el grupo e intentar "pasar" al grupo más valorado. (ésta es usada con frecuencia por los enfermeros/as, por ejemplo, estudiando otra carrera). b. Creatividad Social, que implica "alterar o redefinir los términos de la situación comparativa". Esta estrategia puede lograrse: ** Comparándose con otros grupos en una nueva dimensión.** Cambiando los valores asociados a ciertos atributos del grupo.** Cambiando el exogrupo con el cual se compara el endogrupo.

En los últimos años hemos podido comprobar como el grupo de profesionales de la Enfermería ha utilizado las estrategias propuestas por Tajfel. Una gran parte, ha abandonado la profesión, bien integrándose en otros grupos profesionales (médicos, psicólogos, abogados, etc.) o bien no integrándose en ninguno. Otra gran parte, ha iniciado "campaña" de creatividad social, tratando de mejorar la imagen social de los mismos a través de la creación de nuevos valores, explicando el rol profesional, profundizando en los aspectos científicos de la profesión, etc. Ello nos lleva a poder afirmar que el grupo profesional enfermero posee una Distintividad propia, que ha ido mejorando en los últimos años y se prevé su consolidación como un grupo profesional con Distintividad Positiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brigham, J.A.(1971). Ethnic stereotypes. Psychological Bulletin,78, 15-33.
2. Brown y Turner,J.C.(1979). The Criss-cross categorisation Effect in intergroup discrimination. British Journal of Social and Clinic Psychology, 18, 371-383.
3. Choon, G.L. y Skevington, S. (1985). How do women and men in nursing perceive each other?. Understanding Nurses. Ed. John Wiley and Sons Ltd.
4. Deschamps J.C. y Doise, W. (1978). Crossed category Menberships in Intergroup relations. En H. Tajfel (ed). Differentiation between Social Groups. Stadies in the Social Psychology of Intergroup Relation. London Academic Press.
5. Doise, W. y Sinclair, A. (1973). The categorisation process in intergroup relations. European Journal of Social Psychology, 3: 145-157.
6. Skevington, S.(1981). Intergroups relations and nursing. European Journal of Social Psychology, 11, 43-59.
7. Tajfel, H. (1959a). Quantitative judment in social perception. British Journal of Psychology, 50: 16-29.
8. Tajfel, H. (1970). Experiments in intergroup discrimination. Scientific American, November.
9. Tajfel, H. (1972). Experiments in a vacuum. In: Israel, J. y Tajfel,H.(Eds). The Context of Social Psychology: a Critical Assessment. Academic Press. London.

10. Tajfel, H. (1974). Social Identity, Social categorisation and Social Comparison in Intergroup Behaviour, Katz-Newcombe Lectures, University of Ann Arbour, Michigan, U.S.A.

11. Tajfel, H. (1984). Grupos Humanos y Categorías Sociales. Ed. Herder. Barcelona.

12. Taylor, S.E. (1981). A categorization Approach to Stereotyping, in D.L. Hamilton (Ed). Cognitive Processes in stereotyping and Intergroup Behavior. Hillsdale Lea.

13. Turner, J. (1975) Social comparison and social identity: Some prospects for intergroup behaviour.European Journal of Social Psychology,5 (1) :5-34.

ANEXO GRÁFICOS

CUADRO 1

ORDEN DE COLOCACIÓN DE LOS CUATROS BLOQUES DE CUESTIONARIOS

Mo	Ma	Eo	Ea
Eo	Ea	Mo	Ma
Ma	Mo	Ea	Eo
Ea	Eo	Ma	Mo

TABLA 1

ANOVAS: ENDOGRUPOS X EXOGRUPOS DE LAS VARIABLES SIGNIFICATICAS

	suma cuadrad.	g.l.	Media cuadrát.	F	p	Variable
Endogrupo Exogrupos	249.67 7.00	232 2	1.08 3.5	3.25	.041	Racional
Endogrupo Exogrupos	415.5 9.12	238 2	1.75 4.56	2.61	.076	Pacífico
Endogrupo Exogrupos	451.74 12.92	236 2	1.91 6.46	3.38	.036	Humor predecible
Intergrupos Intragrupos	47.282 566.41	2 117	23.64 4.84	4.88	.009	Deseos de contacto social
Intergrupos Intragrupos	19.62 216.67	2 117	9.81 2.23	4.38	.014	Sumisión
Intergrupos Intragrupos	25.04 433.42	2 117	12.52 3.73	3.35	.038	Cambios de Humor

TABLA 2

COMPARACIONES DE MEDIAS DE LAS VARIABLES SIGNIFICATIVAS EN ENDO-EXOGRUPOS E ÍNDICE DE DIFERENCIALES

	N	Medias	Dif.Media	t	g.l.	p	Variable
Ea Mo	119 119	4.15 4.51	-0.352	-1.96*	118	.053	Buen trato a subordinados
Eo Mo	118 118	4.78 5.10	-0.31	-2.32	117	.022	RACIONAL
Ea Mo	118 118	4.82 5.10	-0.27	-2.44	117	.016	
Mo Ma	117 117	5.10 4.81	0.29	2.24	116	.027	
Difmo Difma	117 117	-0.28 0.008	-0.29	-2.24	116	.027	
Difmo Difen	118 118	-0.27 0.03	-0.31	-2.32	117	.022	
Eo Mo	120 120	4.14 4.49	-0.34	-2.14	119	.034	PACÍFICO
Ea Mo	120 120	3.95 4.49	-0.54	-3.15	119	.002	
Mo Ma	120 120	4.49 4.15	o.33	1.96	119	.052	
Difen Difmo	120 120	-0.20 -0.54	0.34	2.14	119	.034	
Difma Difmo	120 120	-0.20 -0.54	0.33	1.96	119	.052	
Ea Mo	120 120	3.64 4.05	-0.40	-2.52	119 119	.013	CAMBIOS DE HUMOR
Mo Ma	119 119	3.68 4.07	-0.39	-1.98	118	.050	

TABLA 3

COMPARACIÓN DE MEDIAS INTERGRUPOS SEGÚN LOS TRES NIVELES DE LA VARIABLE IDENSUS

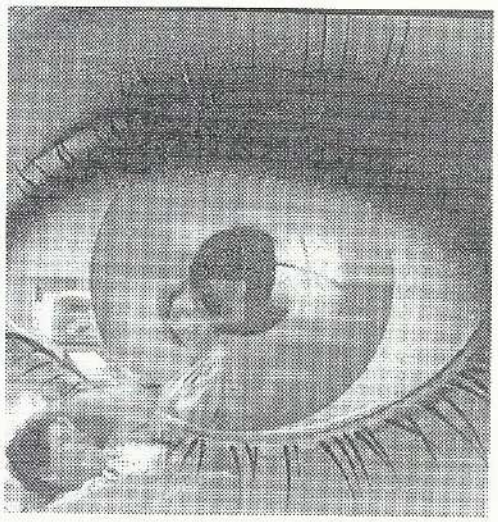
Variables	Grupo 1 (negativo)	Grupo 2 (equilibrado)	Grupo 3 (positivo)
Deseos de contactos sociales.	X=1.27	X=-0.33	X= -0.50
Sumisión	X=-0.30	X=0.53	X= 0.38
Cambios de Humor	X=0.226	X=-0.74	X= -0.37

TABLA 4
CORRELACIONES ENTRE ÍNDICES DE DIFERENCIACIÓN E IDENTIFICACIÓN

	IDENSUS	IDENPRO	IDENMO	IDENF	DIFMO	DIFMA	DIFEN	
IDENSUS	1.000	.49**	-.004	-.43**	-.09	-.17	.034	DESEOS DE CONTACTOS SOCIALES
IDENPRO		1.000	-.129	.56**	-.22**	-.21*	.03	
IDENMO			1.000	-.130	.046	.08	-.18	
IDENF				1.000	-.142	-.065	.007	
DIFMO					1.000	.70**	.48**	
DIFMA						1.000	.47**	
DIFEN							1.000	
IDENSUS	1.000	.49**	.0004	-.43**	-.17	-.07	.102	INTRANSIGENTE
IDENPRO		1.000	-.129	.06	-.24*	-.11	-.012	
IDENMO			1.000	-.13	.06	-.04	.042	
IDENF				1.000	-.09	.04	-.109	
DIFMO					1.000	.44**	.509**	
DIFMA						1.000	.237	
DIFEN							1.000	
IDENSUS	1.000	.049**	-.001	-.43**	.129	.180	.073	SUMISIÓN
IDENPRO		1.000	-.126	.56**	.179	.27*	.041	
IDENMO			1.000	-.129	.077	-.046	.147	
IDENF				1.000	.064	.111	-.026	
DIFMO					1.000	.47**	.646**	
DIFMA						1.000	.288**	
DIFEN							1.000	
n = 116								

* p < .01 ; ** p < .001

EL SAPS, CENTRO DE ATENCION DE TOXICOMANÍAS MARGINALES: MIRADA DOCENTE A UNA IMAGEN ASISTENCIAL



M. Feu
J. Mateu
Mariona Monegal
Criselda Nadal
Montse Ejarque
Jordi Delás
M. de Andres.

Escuela Universitaria Blanquerna, Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Barcelona, SAPS. CREU ROJA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El SAPS es un centro de atención de toxicómanos marginales activos, en la ciudad de Barcelona, que actúa de 21 a 6 horas, todos los días del año.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el más puro convencimiento de la necesidad de realizar docencia e investigación en toda institución sanitaria, se han desarrollado líneas de investigación y docencia en el campo de enfermería.

Un registro de enfermería de más de 860 pacientes es la base de la investigación epidemiológica.

En el campo de la docencia se ha considerado muy importante que los futuros profesionales tuvieran un conocimiento de primera mano de la atención sanitaria en el medio marginal y de la toxicomanía activa. Al respecto desde el curso 95-96, dentro del horario nocturno del centro, se reciben alumnas de la Escuela Universitaria de Enfermería Blanquerna, tuteladas por sus tutores.

RESULTADOS

La investigación en el campo sanitario permite posicionar el SAPS como un observatorio de la realidad de la toxicomanía en la ciudad de Barcelona, con gran profusión de datos sobre dicho fenómeno.

En el terreno docente, las alumnas se han adiestrado en técnicas habituales de asistencia y prevención, así como han podido familiarizarse en la atención del toxicómano activo. La experiencia por parte del perso-

nal del SAPS, personal docente de la Escuela Blanquerna y propias alumnas, se ha considerado muy buena.

CONCLUSIONES

Es posible la mirada docente e investigadora en cualquier actividad asistencial. No obstante, no siempre es fácil.

En nuestro servicio SAPS en Barcelona,

1) se atiende a toxicómanos activos en situación marginal
2) se aplican estrategias para disminuir los riesgos derivados del propio consumo
3) se intenta desarrollar un registro de datos que pueda mejorar la atención de esta no bien conocida población,
4) se intenta diseñar nuevas actuaciones e intentar yugular la progresión de la epidemia por VIH.

Estrategias para disminuir los riesgos derivados del propio consumo.

Se aplican estrategias para disminuir los riesgos derivados del propio consumo:

a) entrega de 7697 jeringas/mes,
b) 1997 preservativos/mes,
c) 124 visitas sanitarias/mes

Todo esto se desarrolla en un ámbito definido por un barrio con alta incidencia de marginalidad, paro, consumo y tráfico de drogas y delincuencia. El horario es nocturno de 21 a 6, los 365 días del año.

En este contexto, en ocasiones agrestes y no exento de riesgos, con frecuentes picos de intensa actividad asistencial, queremos demostrar que es posible realizar investigación y docencia.

INVESTIGACIÓN

La fórmula de investigación propuesta es la más básica posible: la reflexión sobre lo que se hace y cómo se hace, con lo que nuestro servicio se convierte en un verdadero observatorio de una dura realidad y permite diseñar nuevos objetivos, permite seguir avanzando.

De este registro de datos, de esta función de observatorio, podemos informar que en la actualidad, han contactado con el Servicio 4328 personas, de las cuales 861 cuentan con historial clínico (19.8%).

País: 20.6% no son españoles

Edad*: La edad media es de 29 años (derivación estándar 6.49), más de la mitad tiene entre 25 y 32 años. Edades extremas 15 y 50 años.

Sexo*: El 67.4% son hombres, 30.7% mujeres y 1.9% travestidos o transexuales.

No hemos hallado diferencias significativas entre sexo en relación a fallecimientos, recuento de CD4, años de consumo por vía parenteral, edad de comienzo de consumo endovenoso, estancia en prisión.

Y, en cambio, sí que hemos hallado diferencias en ejercicio de la prostitución e infección por HIV.

- La prevalencia de ejercicio de la prostitución es 8.78 veces superior en las mujeres (intervalo de confianza de relación de prevalencia 95% de 5.96 a 12.94).
- La prevalencia de infección por VIH es 1.3 veces superior en las mujeres intervalo de confianza de relación de prevalencia 95% de 1.004 a 1.27). Datos confirmados por regresión logística. La "odds" de positividad al VIH en las mujeres (controlando años de consumo) es 1.87 veces superior que en el hombre (p=0.00005).

Consumo de drogas por vía parenteral: la media de años de consumo es de 5 (desviación estándar 8.80). La "odds" de positividad al VIH aumenta 1.13 por cada año de consumo.

Cabe destacar que el ejercicio de la prostitución en hombres es más difícil de constatar.

Datos sociales: 41.3% no tienen vivienda ni cartilla de atención sanitaria.

Cárcel: El 26.1% ha estado en la cárcel, no apareciendo diferencias significativamente estadísticas entre hombres y mueres. Los extranjeros sí que han estado más en la cárcel.

PROSTITUCIÓN:

De 860 personas, 17.4% realiza la prostitución.

De las personas que realizan la prostitución, 75% mujeres, 16.9% hombres y 8.1% travestíes.

Considerando las personas que realizan la prostitución: de los hombres, el 33% VIH+; mujeres, 68.9% VIH+ y travestíes, 90% VIH+

Datos médicos:

En el momento de la primera visita:el 63% no realizaba ningún tipo de seguimiento médico, el 82% no estaba en tratamiento en relación con su consumo de drogas. De los 18% en tratamiento 16% en un servicio público y 2% en un centro privado.

Tratamiento por su drogodependencia: el 30% nunca ha sido tratado a causa de su drogodependencia, el 51% han realizado alguna vez un tratamiento en un servicio público y el 18% en un centro privado.

Prevalencia y años de consumo: la prevalencia de HIV decrece significativamente con el más reciente inicio de consumo por vía parenteral. Así en el 12.8 de usuarios que inician el consumo en 1980 o antes la prevalencia es del 80% frente al 25% de prevalencia de aquellos usuarios (21.9%) que inician el consumo en 1991 o después. La prevalencia del VIH (48.8), aumenta significativamente con los años de consumo.

HIV en algunos subgrupos: el porcentaje de HIV+ en el total de personas visitadas en el SAPS es del 41.39%. Por encima de esta cifra consideramos que existe algún tipo de factor de riesgo.

Por debajo hallamos al colectivo de hombres, 41% y por encima, es decir, poblaciones más afectadas, mujer, travestíes, personas que realizan la prostitución (independientemente del sexo), personas sin techo.

Hombres 41%, TOTAL SAPS 43.9%, mujer 49.3%, travestí 60%, prostitución 63.5%, sin techo 64%.

DOCENCIA

Estamos plenamente convencidos de que allí donde hay asistencia puede y debe hacer docencia. Basta desearlo.

Haber diseñado conjuntamente con la Escuela de Enfermería Blanquerna de Barcelona, una estancia de docencia práctica en el SAPS es una apuesta por las competencias y retos a los que tendrá que hacer frente el profesional del futuro. En donde, por desgracia, la atención de colectivos marginales y toxicomanía van a tener progresiva importancia. Se tenderá a tratar más temas relacionados con la marginación y, por tanto, a un nuevo concepto de la Enfermería.

Tal y como hoy en día nos encontramos ante la sociedad, en que a veces es difícil entender y asimilar ciertas situaciones y circunstancias, es un hecho real que todo ello conduce hacia una cierta marginación. Y, por tanto, debemos aprender y prepararnos para estas situaciones.

El alumno vive un proceso enfocado a otro tipo de realidades y trabaja de forma diferente. Se encuadra en un equipo multidisciplinario que una vez por semana se reúne y habla sobre diferentes usuarios y nuevos proyectos. Se trata de la evolución y problemas de los clientes, en la medida que es posible. Se discute tanto a nivel social, educativo, sanitario, por lo que es posible desarrollarse en estos campos. Es una situación gratificante, en que se articulan e integran diferentes aspectos y el alumno recibe una gran información novedosa.

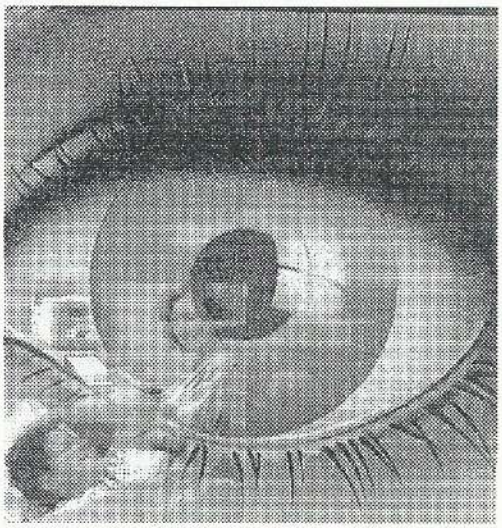
Los alumnos viven la realidad de los usuarios. Se encuentran ante ellos tal y como son, frente situaciones que quizás no acaban de imaginar. Porque sólo los usuarios tienen esa vida: viven en la calle, sin techo, ni cama y han de buscarse la vida a diario, con continuos problemas con la justicia.

Si bien la relación se da en un ámbito informal con lenguaje coloquial y personalizado, en un clima distendido, existe, ante todo, un trabajo riguroso en el que hay una responsabilidad, formalidad y normas.

Hay buena aceptación del alumno tanto por parte del equipo como por parte de los usuarios. El trabajo se desarrolla a partir de unas exigencias mínimas, utilizando medios diversos como juegos, debate, polémica.

Existe una rica interacción individuo marginal, alumno, tutor. El alumno recibe una experiencia que transmite a su tutor y éste a la escuela, con lo que la escuela recibe y desarrolla una nueva perspectiva de docencia.

¿CUIDAMOS DESDE UNA IDENTIDAD PROFESIONAL O PARAPROFESIONAL?



Virtudes Rodero
Caremen Ferre i Grau
Carmen Vives Relats

Escuela de Enfermería
Universidad Rovira i Virgili
Tarragona

Siendo los cuidados la razón de ser de la profesión enfermera, sus competencias están diversificadas en múltiples actividades relacionadas con la salud, tanto en el ámbito hospitalario como comunitario. Las enfermeras cuidan, educan, aconsejan, dirigen y también investigan. Su actividad esta en continuo cambio y responde a variables como el desarrollo tecnológico, las crisis económicas, los cambios sociales que generan nuevas demandas en materia de salud, por nombrar algunos: SIDA, envejecimiento, muerte, cronicidad, accidentes, violencia, trastornos de la alimentación, afectivos, pobreza, cambios familiares, guerras.

Se le exige a la enfermera dar respuestas a estas necesidades sociales, con un elevado nivel de competencia técnica, espíritu analítico , tener en cuenta la globalidad y dar calor humano en las interrelaciones.

Esta situación compleja y dinámica plantea múltiples paradojas, que nos lleva a formular preguntas como:

¿Cuál debería ser la formación enfermera que posibilitara el desarrollo de unas capacidades y actitudes que de respuesta a los cambios?,

¿Por qué hacemos lo que hacemos y qué queremos llegar a ser y hacer?,

¿Qué factores de resistencia dificultan que los alumnos puedan integrar los conocimientos teóricos en sus experiencias prácticas?.

Hemos buscado respuesta a estas cuestiones a partir de: nuestra reflexión sobre la identidad profesional, que genera una mirada desde la observación de los profesionales en la práctica clínica, la opinión de los alumnos de Enfermería a lo largo de su proceso de aprendizaje, tanto teórico como práctico, y de la experiencia generada en nuestra actividad docente.

MATERIAL Y MÉTODO

A partir de este planteamiento se ha llevado a cabo un estudio cualitativo, descriptivo y transversal mediante una encuesta realizada a 250 alumnos de los tres cursos de la diplomatura, en la Escuela de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, así como, la realización de una Observación Participante de dos profesoras de Enfermería sobre la práctica profesional en instituciones hospitalarias; registro y análisis de ambos trabajos de campo.

El cuestionario que hemos elaborado (Anexo 1) para dar respuesta a las preguntas planteadas, lo hemos agrupado en:

A) Preguntas más orientadas a la **perspectiva profesional**.

La primera: Explica ¿qué es cuidar?, responde a los aspectos teóricos.

La segunda: Tienes que cuidar a tres personas de 3, 18, 80 años que están pasando un proceso gripal. Explica qué cuidados les darías a cada uno de ellos. La planteamos para ver si queda integrado el concepto teórico en la práctica.

La tercera cuestión trata de identificar qué actividades de rol autónomo lleva a cabo la enfermera, que actividades paraprofesionales y qué recibe el alumno.

La cuarta pregunta nos da información sobre cómo debería ser la enfermera ideal, con lo cual se le pide al alumno que elabore un perfil profesional.

B) Desde la **perspectiva curricular** hemos preguntado sobre las materias que incluirían en el plan de Estudios y cuáles creen que no se adaptan a la realidad. Esta pregunta nos orienta sobre sus expectativas como alumno y futuro profesional.

Además, se les ha pedido que nombraran los cursos de postgrado y especialización que tendrán interés para ellos como formación postbásica, creemos que esta pregunta nos orientaría sobre ámbitos de su interés profesional.

C) Desde la **perspectiva personal** se ha preguntado por las motivaciones que le han llevado a elegir la profesión enfermera y si estas motivaciones han cambiado a lo largo de su proceso de aprendizaje.

Por último, desde una **perspectiva social**, les pedimos que explicaran que imagen y contenidos reflejan los medios de comunicación en relación al rol profesional para identificar los estereotipos sociales.

Al realizar el análisis de las cuestiones planteadas en relación a la perspectiva profesional, se observa que la definición del concepto del cuidar en el aspecto teórico sería para los alumnos de primer curso en su mayoría: "**Ayudar** a las personas que necesitan de otra persona para sentirse mejor, atendiendo a sus necesidades tales como: higiene, comodidad, alimentación, respirar, dormir y darle medicación. Añadiendo que para ellos ayudar sería **vigilar, controlar, atender** lo que necesitan a nivel físico y moral, especialmente a personas **necesitadas y discapacitadas**.

Para los alumnos de segundo en un 50% cuidar sería: "**Enseñar y/o suplir al enfermo** en situaciones que no pueda cubrir sus necesidades, ayudarle hacia la **independencia**.

Para los de tercero, tener cuidado de la **persona** integra su **bienestar físico, psíquico y social**.

Identificamos una evolución del concepto cuidar a lo largo de los tres cursos. En los de primero su percepción del cuidar nos sugiere imagenes cercanas al **modelo de beneficencia**. Los de segundo curso se definen hacia una **orientación Henderiana**, es de señalar que hablan de ayudar al enfermo, pero no a la persona sana. Por último los de 3er curso plantean una definición cercana **a la de la OMS**.

Si bien el concepto teórico parece ser que lo tienen aprendido como docentes observamos la dificultad de aplicarlo en un supuesto práctico, detectando aspectos contradictorios con las definiciones:

- En ningún momento plantean la posibilidad de realizar un plan de cuidados, están centrados en la enfermedad y medicación.
- Tienen en cuenta las necesidades físicas, pero las afectivas y sociales no las concretan en acciones.
- No hablan de etapas evolutivas sino de edad y se centran en las carencias, por ejemplo: la pérdida de memoria, medicación asociada, debilidad, inmadurez, pero no en las capacidades, experiencias de vida y desarrollo por ejemplo: a la persona de 3 y 80 años proponen cuidarlo igual.

Esto nos sugiere que los factores culturales y de socialización pueden ser factores de resistencia en el momento de poner en práctica el concepto teórico del cuidar. Ejemplo: Los anuncios de medicamentos en TV, la asociación niño-anciano en los medios de comunicación.

En la pregunta que pedimos la identificación de las actividades que llevan a cabo las enfermeras, los alumnos de segundo curso responden que globalmente las enfermeras hospitalarias trabajan bien y concretan sus actividades en los aspectos técnicos: medicación, curas de enfermería, venoclisis, glucemias...

Detectan algunos de ellos deficiencias en las relaciones con las personas, pero las justifican diciendo que es por falta de tiempo o conocimientos para llevar una relación más profunda y sugieren los alumnos "que ir más allá puede ser negativo tanto para el profesional como para el paciente y su familia".

Los alumnos de tercero, observan **desde** enfermeras que se limitan a realizar las actividades técnicas **hasta** enfermeras realizando cuidados que abarcan los aspectos afectivos y sociales; algunos de ellos, dicen haber observado en sus prácticas los aspectos más positivos y negativos de la profesión. Es de resaltar, que en el momento de realizar sus prácticas clínicas el alumno dice adaptarse al modelo de la enfermera.

Es significativo, que cuando se refieren a las actividades técnicas las detallan minuciosamente, sin embargo, cuando hablan de otros aspectos del cuidar las generalizan.

Así mismo, explican que casi no existe relación entre enfermeras y pacientes y entre enfermeros y equipo médico.

En relación al **perfil profesional,** los alumnos de segundo curso. Dan valor a un abanico muy amplio de cualidades humanas como: respeto, escucha, sociabilidad, amabilidad, trabajadora y puntual, tranquila, sensible, educada, segura y equilibrada emocionalmente, generosa.

Solamente dos alumnos resaltan la necesidad de tener claro el concepto de cuidar y como contribuir al estado general de la persona.

Los alumnos de tercer curso eligen a una enfermera con conocimientos técnicos, que trabaje con eficacia y sepa resolver problemas, con

iniciativa, que sea dinámica, alegre, responsable, abierta, sin prejuicios, amable y con buen carácter.

Si estos resultados los ampliamos, con la aportación generada a partir de la observación participante de dos profesoras, sobre las actividades que realizan las enfermeras en diferentes hospitales y servicios, podríamos inferir, que la mayoría de ellas derivan de la actividad médica, son rutinarias y no cambian en función de las necesidades de la persona y pocas veces en función del médico.

El tiempo esta estructurado en actividades fijas, dentro de un horario previsto, una vez realizadas las tareas programadas todo lo que surge puntualmente es vivido como un contratiempo.

Curiosamente a veces se observa que la competencia profesional médica es un factor motivador para proporcionar cuidados enfermeros de mayor calidad.

Con frecuencia hemos constatado que existe un tiempo libre entre una y otra actividad programada, que pocas veces se utiliza para optimizar los cuidados del paciente y de familia como por ejemplo: educar, apoyar, acompañar, sostener, disminuir la ansiedad.

CONCLUSIONES

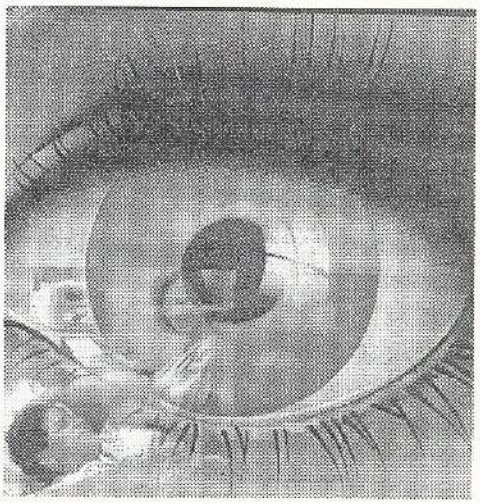
Tanto el grupo de enfermeras hospitalarias como los alumnos/as de Enfermería estudiados, realizan en su trabajo práctico actividades que en su mayoría responden a una identidad para-profesional.

De los factores identificados como importantes para seguir manteniendo una identidad para-profesional, el factor tiempo, aún siendo un factor importante, no se ha comportado como un factor determinante, en cambio, otros factores como: gratificación personal y profesional, género, seguridad, soporte social y grupal, son dificultades de resistencia al cambio. Por ello creemos que todos estos factores han sido importantes para mantener una identidad paraprofesional, dificultando enormemente el poder adoptar una identidad profesional.

CUESTIONARIO (anexo 1)

1. Explica que es cuidar.
2. Tienes que cuidar a tres personas de 3, 18 y 80 años con un proceso gripal. Explica los cuidados a dar a cada uno de ellos.
3. Identifica las actividades que has observado realizar a las enfermeras durante tus prácticas clínicas en el medio hospitalario o extrahospitalario.
4. Eres directora de un área básica o de un hospital tienes que decidir que profesionales de enfermería quieres. Elabora un perfil profesional en relación a las demandas institucionales y sociales de cuidados y según tu criterio.
5. Explica las materias que incluirías en el plan de estudios. Cuales son necesarias y cuales no se adaptan a la realidad profesional e institucional que tu percibes.
6. Explica que cursos de post-grado y de especialización crees necesario para tu formación postbásica en relación a la evolución de la enfermera y las demandas sociales y/o institucionales.
7. Explica las motivaciones que te han llevado a elegir la profesión de enfermería y si actualmente han cambiado.
8. Explica las imágenes y contenidos que reflejan el cine y la televisión del papel y de la aparición física de la enfermera. Crees que se parecen a la realidad o por el contrario son ficticias.

ENFERMERAS DEL ZUECO-ENFERMERAS DE MOQUETA DOS IMÁGENES PARA UNA MISMA PROFESIÓN



María Victoria Antón Nardiz

Escuela Universitaria de Enfermería
Comunidad de Madrid

He elegido este título para iniciar una comunicación en la que quisiera reflexionar con ustedes sobre la situación que vive en la actualidad la Enfermería española.

Los enfermeros y enfermeras nos enfrentamos al siglo XXI desde una posición de desgaste profesional consecuencia de los últimos veinte años en los que nos hemos debatido entre el DESAFÍO y la CRISIS.

El desafío nos llegó desde el inicio de los años ochenta por diversos frentes.

La O.M.S. alimentó nuestras expectativas al identificarnos como el profesional motor, eje y pilar del cuidado a la salud.

La Ley General de Sanidad nos abrió posibilidades de desarrollo con una concepción de la asistencia sanitaria más amplia e integral, donde la enfermera aparecía como fundamental.

El propio colectivo se marcó metas de desarrollo profesional que nos llevaron a una formación más amplia científica y continuada.

La enfermería vivió un momento de posibilidades de desarrollo como nunca antes las había vivido.

Sin embargo, también desde los años ochenta hasta nuestras fechas la profesión de enfermería ha tenido un desarrollo desigual, creciendo en conocimientos, menguada en reconocimiento social, preparada para lugares de decisión y con grandes dificultades de acceso, diestra en el cuidado de los pacientes y sobrecargada en las tareas delegadas del médico, finaliza el siglo XX en una situación de grave Crisis que tiene su reflejo en el malestar generalizado y el abandono profesional de un 25 %.

Las razones de este malestar de la Enfermería y una de las causas de la crisis, según los analistas, sería el alejamiento que vive la enfermera de base frente a la enfermera que ha alcanzado lugares de poder y de representación.

El colectivo presenta finalizando el siglo XX una imagen de bordes confusos y que solo se hace clara si se divide en dos bloques desiguales, que bajo el mismo título profesional viven y perciben a la profesión de muy distinta forma.

ENFERMERAS DE MOQUETA o DESPACHO: Enfermeras docentes, administradoras, directivos, con cargos en asociaciones profesionales o representantes colegiales, con un discurso científico avanzado, acceso a los medios para desarrollarse y crecer, presentan una imagen progresista científica y cosmopolita.

ENFERMERAS DEL ZUECO: Enfermeras asistenciales, el 98% del colectivo, sobrecargadas de trabajo, pocas expectativas de promoción, bajos salarios, difícil acceso a cursos, congresos, presentan imagen de desánimo, malestar, desconfianza, y falta de expectativas de futuro.

El problema no se circunscribe a que existan dentro de una misma profesión diferentes niveles, sino a la distancia que existe entre ellos y la falta de comunicación.

Las enfermeras de moqueta, se sienten comprometidas con la profesión pero no con los profesionales.

Buscan la forma de avanzar científicamente, introducen nuevos conceptos, nuevas competencias, una metodología de trabajo más adecuada, pero frente a las quejas y las dificultades que manifiestan quienes tendrán que ponerlas en marcha, hacen oídos sordos.

Mientras unas hablan de registros, diagnósticos, control de calidad, otras hablan de exceso de pacientes, sueldos bajos, falta de incentivos, cansancio.

La Enfermería de moqueta vive en un mundo propio ajeno a los problemas de la Enfermería de base, su discurso progresista, sus avances científicos, sus propuestas metodológicas, ayudan sin duda a avanzar a la profesión, pero al no tener en cuenta los problemas de los trabajadores de base, corren el riego de que los avances no se consoliden en la práctica diaria.

El desfase es realmente importante y exige que nos paremos a pensar en la forma de disminuirlo, ya que sino abordamos el problema en profundidad, podríamos poner en serios riesgos el futuro de la profesión.

La Enfermería de moqueta se niega a reconocer sus cotas de poder, las ventajas inherentes a su función, no asume su situación de privilegio frente a la enfermera de base, y en consecuencia no siente una mayor responsabilidad en los problemas del colectivo.

Por otra parte, la enfermera del zueco no es víctima inocente, en el sistema sanitario se la empieza a percibir como una burócrata de la salud, que descarga en los pacientes su malestar, sus frustraciones, sin asumir una postura activa y participativa en la resolución de sus problemas.

La enfermera asistencial no puede seguir descargando en los pacientes sus problemas, ni generando apatía y desánimo entre las nuevas generaciones que llegan entusiasmadas al sistema sanitario.

Las enfermeras de la moqueta tienen que salir de los despachos y propiciar encuentros con las asistenciales de base para analizar los problemas de la profesión y plantear estrategias de futuro.

Pero el panorama no es muy optimista, los sindicatos, acomodados en su función de proveedores de cursos de formación continuada, tienen que recuperar su lugar de defensores de los trabajadores y de sus condiciones de trabajo, y hoy la Enfermería necesita más que nunca de interlocutores comprometidos que defiendan su derecho a un salario justo y a unas mejores condiciones de vida y de trabajo.

Los colegios profesionales tienen que asumir el desencanto de los colegiados, y comprometerse seriamente con sus problemas que son en definitiva, los problemas de la profesión.

Los administradores, directores, gestores, tienen que pararse a pensar en que la fuerza de trabajo mayoritaria del sistema sanitario vive una profunda crisis y necesita de cuidados.

Pero hoy en este encuentro de enfermeras docentes me permito recordar que, al igual que aprendimos que cuando un paciente dice que tiene dolor es porque tiene dolor, cuando un alto porcentaje del colectivo de enfermería plantea sus dificultades para incluir en su trabajo los avances profesionales por muy positivos que sean, hemos de escucharles, no para frenar dichos avances sino para consolidarlos.

Para terminar quisiera aclarar que no presento esta comunicación desde una postura neutral y objetiva.

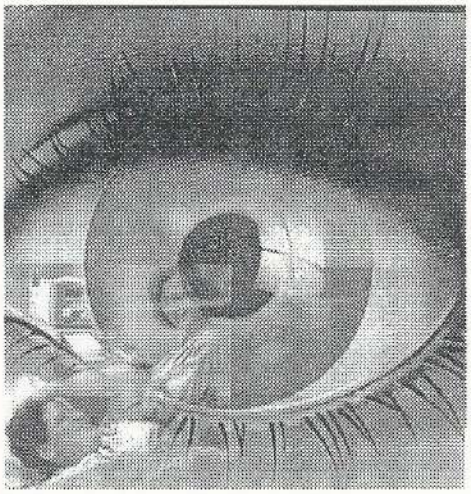
Soy enfermera docente, ostento la dirección de la Escuela de Enfermería y llevo varios años en puesto de responsabilidad.

Tengo unas cotas de poder y unos privilegios que no tiene la Enfermería asistencial, a la que sin embargo genero nuevas cargas de trabajo con las prácticas clínicas de los alumnos y sin ninguna contrapartida.

Considero que las docentes, asumimos el compromiso de formar a los alumnos con ideas en las que creemos, pero les enviamos con su título bajo el brazo a un mundo laboral cuyos problemas no los consideramos de nuestra incumbencia.

De cara al siglo XXI tenemos un reto muy claro todos, o nos unimos, nos escuchamos y asumimos los problemas del colectivo como nuestros, o tal vez esa cifra del 25 % de abandono profesional siga creciendo y sus consecuencias no sé si somos capaces de prever.

CUIDAR CON ÉXITO



Tazón, P.
Ciorraga, M.
Elorza, I.
Manrique, P.

Departamento de Enfermería II
E.U. Enfermería de San Sebastián

Es evidente y todas estaremos de acuerdo en que los cuidados han sido y son cada vez más, fundamentales en el desarrollo y definición de la profesión. Sin embargo sigue siendo frecuente que en los días que corren amplios sectores de la Enfermería, en la reivindicación de la especialización profesional en el CUIDADO como un factor de diferenciación, y preocupadas en la revalorización y la búsqueda de identidad profesional se encuentren con grandes dificultades. ¿Dónde surgen dichas dificultades?. ¿Es que CUIDAR no es suficientemente exitoso como para tener una reconocida imagen profesional?, ¿No es suficiente en el desarrollo de la identidad profesional?

Lo que a continuación les expondremos no son sino simples reflexiones en relación a estos interrogantes a partir de las cuales cada una de ustedes sacará sus propias conclusiones.

1ª dificultad: La subjetivización. Una de las principales causas de la dificultad en el camino de la transcendencia social puede ser el hecho de que la enfermera desarrolle su trabajo en el "ámbito de lo íntimo" y utilice un enfoque y unos medios que no son "espectaculares" lo cual le hace vivir como exitosas experiencias que no se exponen al exterior.

Así cuando pensamos que nuestro trabajo es poco reconocido nos justificamos diciendo que lo importante es el reconocimiento de nuestros pacientes, de nuestros alumnos, de la familia, el propio o el de nuestros iguales. No cabe duda que esto es importante y quizá el primer paso pero no el único. Se trata de satisfacciones muy dignas pero que solo están relacionadas con lo afectivo. Las personas que reivindican exclusivamente como éxito las satisfacciones subjetivas están limitando al círculo de lo afectivo, doméstico y privado el espectro de posibilidades de realización con que cuenta todo ser humano.

Si reivindicamos solo las satisfacciones subjetivas estamos limitando las posibilidades de realización con que cuenta nuestra profesión, privándonos del placer que brinda la autonomía y el protagonismo.

Surge así, a nuestro modo de ver, la segunda cuestión clave: EL PROTAGONISMO, y más concretamente la forma en que Enfermería entiende el protagonismo en este proceso de configuración de su imagen profesional. Deberíamos ser conscientes de que Enfermería debe ser protagonista de su propio proceso pero CON TODAS LAS CONSECUENCIAS.

2ª Dificultad: Las enfermeras estamos acostumbradas a no ocupar lugar de protagonistas en el ámbito público, dando crédito al mandato social de "servir y vivir a través de los demás". Desarrollamos a la perfección un tipo de éxito que se conoce con el nombre de vicario, colaborando en los logros de otras personas.

Los cuidados de enfermería tienen que encontrar su particularidad con respecto al resto de profesionales, poner en evidencia los aspectos singulares y las circunstancias específicas de los cuidados con respecto a los que pueden proporcionar otros profesionales

Y esto supone reconocer los deseos PROPIOS y ponerlos en marcha, exhibir la propia identidad con lo que nos gusta y nos desagrada; poner y recibir límites; enfrentarse a aceptaciones y rechazos. Significa tener posesión de un espacio público, afrontar obstáculos, adquirir recursos y también CORRER RIESGOS.

Esta experiencia contribuirá a consolidar la confianza en la profesión, estimular la creatividad y realimentar el entusiasmo. Nos permitirá afrontar día a día las transformaciones que vayan surgiendo en el camino mejor que si somos actores de reparto y mucho mejor que meras espectadoras.

Ahora bien para hacer de la profesión protogonista de su propio desarrollo las personas que la configuran deben de tener un PROYECTO COMÚN. Y aunque la existencia de un proyecto no es lo que garantiza el éxito, su falta lo hace bastante improbable. El hecho de que una profesión no tenga conciencia clara de su proyecto profesional ni de sus ambiciones es grave porque se expone a una situación de vulnerabilidad

3ª Dificultad: Las dificultades no solamente residen en la concepción de un proyecto sino también en su posterior defensa.

Cuando demostramos a los demás nuestros proyectos, nuestras opiniones sobre ciertos aspectos nos exponemos a sus reacciones surgiendo temores relacionados con la autoestima. En nuestra profesión, quizá por ser eminentemente femenina, parece que hay una tendencia marcada a estar pendiente de que los demás se encuentren bien llegando a no plantear nuestras propuestas para evitar enfrentamientos. Cuando hacemos esto estamos deteriorando la autoestima de nuestra profesión, la estamos desvalorizando. Despertando en quienes nos rodean el deseo de hacerse cargo de nuestra protección o lo más habitual de sacar provecho de nuestra desprotección. No atinamos a tomar las previsiones necesarias frente a las arremetidas ajenas, haciendo gala de gran ingenuidad. Y la ingenuidad es incompatible con ciertas actividades públicas.

Parece que el protagonismo es algo que aún no ha sido construido vivencialmente dentro de nosotras. Es algo por construir dentro, aún cuando parezca que lo hemos logrado afuera. El protagonismo de la profesión es aún un desafío a las expectativas sociales, una aventura en la búsqueda de las propias aspiraciones y un esfuerzo por adquirir metodologías apropiadas.

La falta de resonancia de la voz profesional es indicativo de la limitación en las posibilidades de responsabilidad que se ofrecen a las enfermeras y viceversa. Lo cual cierra un círculo que nos impide demostrar si tenemos capacidad para desarrollarlas. El discurso propio de las enfermeras sobre la salud y su cuidado difícilmente encuentra caminos de expresión que lleguen más allá del ámbito en el que se desenvuelven.

Por último también queremos señalar que el éxito se suele vivir como una voragine que excluye cualquier otro desarrollo profesional y personal. Los propios profesionales parece que castigarán la falta de exclusividad en el cuidado directo al paciente. Por lo tanto

4ª Dificultad: Reconocer y aceptar la ambición profesional

La falta de ambición se interpreta en muchos casos como signo de lealtad, resultando las personas que no son ambiciosas menos peligrosas que aquellas que ambicionan su crecimiento. La dificultad que muchas

profesionales tienen para reconocer y aceptar la propia ambición les lleva a menudo a tolerar mal la ambición ajena. En ocasiones se cometen serios errores de interpretación y de previsión. Por ejemplo podemos interpretar como falta de profesionalidad a quien no se queda en el ámbito de lo "privado", de lo "íntimo". Lo mismo que le ocurre socialmente a la "madre-profesional", que tiene en momentos dificultades para integrar ambos roles, le ocurre dentro de su profesión a la enfermera que en su proyección se aleja del paciente. Todo esto expone a la profesión a una gran vulnerabilidad y genera malos entendidos que refuerzan la distancia entre los propios profesionales. La ambición es un patrimonio del ámbito público una prerrogativa considerada legítima que tiene parentescos muy próximos con el protagonismo.

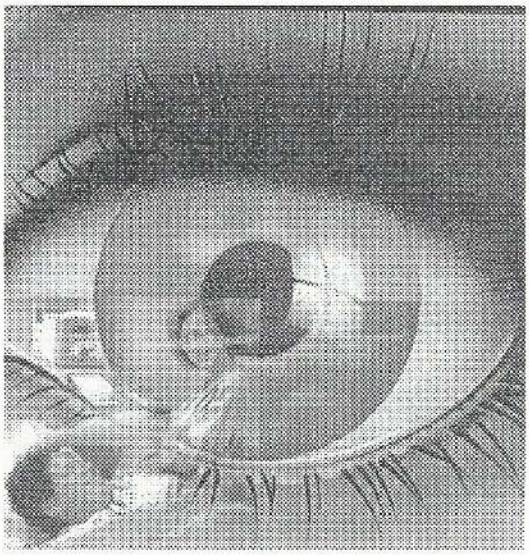
Por lo tanto para seguir adelante debemos asumir nuestras dificultades, valorar lo que es propio sin avergonzarnos y adoptar una actitud de responsabilidad profesional.

Como indica Clara Coria en su libro Los laberintos del éxito. "UNA DE LAS VENTAJAS DE ASUMIRSE ES QUE LA PERSONA QUE LO HACE COMIENZA A UTILIZAR LAS ENERGÍAS QUE ANTES CONSUMÍA EN JUSTIFICARSE DESTINÁNDOLAS A REALIZAR ACTIVIDADES MÁS RENTABLES". (Clara Coria)

BIBLIOGRAFÍA

1. Collière, M.F. Promover la vida. Interamericana. Madrid. 1993.
2. Coria,C. Los laberintos del éxito. Paidos. Barcelona. 1992

LA REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA-INSTRUMENTAL DE LA PROFESIÓN ENFERMERA COMO AGENTE DISTORSIONADOR DE NUESTRA IMAGEN SOCIAL



Miguel Marchal Escabias
Rosario Gil Sacaluga
Inmaculada Perteguer Huerta
Mª Jesús Sebastián Iglesias
Julio de la Torre Fernández-Trujillo
Esperanza Arriaga Piñeiro
Ana García Bañón

E.U. Enfermería del S.A.S.
Cádiz

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los avances científicos y técnicos acaecidos durante las últimas décadas en nuestra sociedad, han generado un desarrollo desmesurado en todos los temas relativos a la imagen y la comunicación. Dicho fenómeno ha condicionado de forma absoluta la producción de múltiples cambios en nuestro entorno socio-cultural , debido a que nos encontramos inmersos en lo que se ha dado en llamar "**era de la imagen y la comunicación**". Esto ha determinado, que cualquier aspecto relativo a la imagen resulte interesante para los seres humanos, y que en muchos casos, éste haya pasado a ser objetivo de estudio e investigación en diversas ciencias, incluso desde ópticas totalmente divergentes.

Los hombres, en las diferentes épocas y culturas, hemos utilizado figuras o símbolos de alguna cosa, para con su imagen, de manera convencional, representar otro elemento totalmente diferente. Es lo que en el campo de la comunicación y en el de la psicología se conoce como "**representación simbólica**".

El uso de las representaciones simbólicas, resulta una práctica habitual dentro de la comunicación humana en cualquier contexto socio-cultural. Pero para poder ser utilizada, es preciso que el receptor conozca el significado atribuido por el emisor a dicho símbolo. Podemos observar, que como ocurre con la comunicación gráfica o escrita, cada símbolo adquiere un significado específico y particular en cada cultura, y resulta preciso utilizar símbolos diferentes para expresar el mismo significado en diferentes culturas.

No debemos de olvidar jamás, que el objetivo perseguido por los seres humanos cuando usamos los símbolos, y por tanto las representa-

ciones gráficas, es facilitar la comunicación, pero en este acto tan común, las características particulares y específicas del símbolo empleado, influyen en la manera de como puede ser percibido aquello que queremos comunicar con el símbolo elegido.

Por todo lo anteriormente expuesto, podemos decir que todas las representaciones simbólicas son capaces de transmitir un mensaje, pero que el significado que se intenta transmitir mediante una figura o símbolo queda impregnado de parte de las connotaciones psicosociales que detentaba dicho símbolo en su significado primario.

Las enfermeras, al igual que ocurre en otras profesiones, para poder llevar a cabo el desempeño de nuestra actividad profesional de forma cotidiana y continua, usamos diversas herramientas o instrumentos de trabajo, muchos de los cuales son específicos, ya que no suelen ser utilizados por otro tipo de profesionales o son usados de forma diferente.

Resulta fácil comprobar como cualquier actividad laboral común y frecuente que es llevada a cabo por los individuos de una sociedad, adquiere una representación simbólica específica para dicho entorno.

Por ello nosotros hemos definido la "representación simbólica-instrumental de una profesión" como la asociación que los individuos de una sociedad hacen de cualquier profesión con la figura de un instrumento de uso cotidiano o frecuente en la misma.

En nuestra sociedad, como en otras en donde se desarrolla práctica profesional enfermera, a los individuos que integramos este colectivo, se nos percibe como un grupo laboral con unas características y particularidades propias. De forma individual, cualquier persona a lo largo de su vida, va elaborando su "propia imagen de las enfermeras"; pero en esta construcción mental, intervienen múltiples factores, tales como las experiencias personales de relación con las enfermeras, nivel de la práctica profesional que desarrollan, número total de enfermeras en esa sociedad, etc.....Por todo ello creemos que de una forma determinante, la imagen mental de la profesión enfermera , queda condicionada por las connotaciones psicológicas que se le atribuye a la figura o símbolo usada para su "**representación simbólica-instrumental**"

OBJETIVOS

- Conocer cuál es la figura más común que se usa para la representación simbólica-instrumental de la profesión enfermera en nuestro entorno.
- Determinar si la representación-simbólica instrumental utilizada puede distorsionar la imagen que cada individuo tiene de la profesión enfermera, generando efectos negativos sobre la imagen de nuestra profesión.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos este estudio en nuestro entorno habitual, la provincia de Cádiz, sobre una muestra , de conveniencia de 100 individuos adultos. La participación en este estudio ha sido de forma totalmente voluntaria y desinteresada, previa solicitud de su colaboración. El objetivo perseguido por la investigación sólo fue explicado por los encuestadores a los encuestados tras haber realizado la encuesta. Los requisitos que cualquier individuo debían de tener para formar parte de este estudio eran los siguientes:

a) Ser adulto mayor de 18 años y residir de manera habitual en la provincia de Cádiz, al menos de forma continuada, durante un año.
b) No tener ningún tipo de vinculación familiar directa con profesionales de la Enfermería (padres, cónyuge, hijos, o hermanos)
c) No ser trabajador de ninguna institución sanitaria.

Estas dos últimas características para evitar el posible sesgo.

El análisis estadístico se lleva a cabo mediante el programa informático EPI-INFO.5.

Se realiza la investigación mediante una encuesta de elaboración propia, la cual consta de:

Datos generales:

a) Edad.

b) Sexo.

c) Estado civil

d) Nivel de formación o instrucción.

e) Ocupación o actividad principal que desempeña.

f) Presencia de centros sanitarios en la población donde reside

g) Tiempo de acceso al sistema sanitario hospitalario.

h) Tiempo de acceso al sistema sanitario no hospitalario.

Preguntas de opinión:

1ª.- Pregunta: Mediante ésta, intentamos determinar la imagen mental genérica que cualquier individuo tiene de la profesión enfermera. Para ello utilizamos una escala Likert de 6 puntos (del 1 al 6 ambos inclusive) sobre 10 adjetivos contrastados. De tal manera que la puntuación mínima que se puede obtener será de 10 puntos y la máxima 60 puntos.

A criterio propio, determinamos que se podría denominar como:

- "Imagen muy negativa":Si se obtiene una puntuación sumatoria total entre 10 y 25 puntos.
- "Imagen negativa" :Si se obtiene una puntuación sumatoria total entre 26 y 35 puntos.
- "Imagen positiva" :Si se obtiene una puntuación sumatoria total entre 36 y 50 puntos.
- "Imagen muy positiva":Si se obtiene una puntuación sumatoria total entre 51 y 60 puntos.

2ª.- Pregunta: Sirve para ver la importancia que se le asigna a algunas actividades que puede realizar la enfermera. Deber de hacer una ordenación en función de la importancia asignada. Se ordenarán desde el 1, que será la más importante hasta el 10 que será la menos importante.

3ª.- Pregunta: Al igual que en la anterior, sirve para determinar la importancia que se le asigna a los diversos instrumentos o herramientas que de forma habitual puede utilizar una enfermera. Se ordenarán desde el 1, que será el más importante, hasta el 10 que será el menos importante.

4ª.- Pregunta: Selección del instrumento más importante de entre la misma lista de herramientas de la pregunta anterior. En este caso se elegirá solamente uno de todos ellos.

5ª.- Pregunta: Con la misma lista de herramientas usadas en las preguntas 3ª y 4ª, solamente señalará, aquella que crea la más idónea, para que con su imagen se pueda representar a todas las enfermeras.

RESULTADOS

Tras realizar el análisis estadístico observamos que las características generales de la muestras son las siguientes:

a) Según grupos de edad (gráfico1):

- Adultos jóvenes (18-39 años) ..... 63 %
- Adultos medios (40-64 años).....30 %
- Adultos ancianos (65 años o más) .....7 %

b) Según sexo (gráfica 3):

- Masculino.....38 %
- Femenino.....62 %

c) Según estado civil (gráfica 2):

- Casado.....52 %
- Soltero.....40 %
- Viudo.....5 %
- Separado.....3 %

d) Según nivel de instrucción o formación (gráfica 4):

- Sin estudios.....10 %
- Estudios primarios.....35 %
- Estudios secundarios.....34 %
- Estudios universitarios.....21 %

e) Ocupación o actividad principal que desempeña (gráfica 5):

-Trabajador..... ..... 44 %
- Parado..... 10 %
- Pensionista..... 9 %
- Estudiante..... 18 %
- Ama de casa.....19 %

f) Existencia de hospital en su población de residencia

- Si.....68 %
- No.....32 %

g)Existencia de ambulatorio, consultorio o centro de salud en su población de residencia

- Si.....100 %

h) Tiempo que tarda en acceder al sistema sanitario hospitalario.

- Menos de 10 minutos.....37 %
- Entre 10-30 minutos.....42 %
- Más de 30 minutos y menos de 1 hora.....19 %
- Más de 1 hora.....2 %

i) Tiempo de acceso al sistema sanitario no hospitalario

- Menos de 10 minutos .....82 %
- Más de 10 minutos.....18 %

IMAGEN DE LA ENFERMERA (gráfica 6):

- Imagen muy negativa..... 5 %
- Imagen negativa ..... 13 %
- Imagen positiva ..... 37 %
- Imagen muy positiva..... 45 %

Es de destacar que esta imagen negativa se da en una proporción mayor entre las mujeres, con un 24 % del total de mujeres encuestadas, frente a un 8 % del total de hombres encuestados.

La puntuación media obtenida es de 43,24 y esto indica que de **forma generalizada la imagen es positiva , pero sin llegar a muy positiva**.

No existe diferencia de tipo significativo en la valoración de la imagen de la enfermera al comparar ésta en relación con otros parámetros estudiados.

IMPORTANCIA DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA

Tras comparar las puntuaciones medias obtenida, el orden de clasificación asignado por los encuestados a las diversas actividades que puede realizar la enfermera ha sido el siguiente.

1ª Hablar o comunicarse con pacientes.
2ª Extraer sangre.
3ª Poner inyectables..
4ª Realizar sondajes vesicales..
5ª Poner oxígeno.
6ª Dar medicación a los pacientes.
7ª Lavar a los pacientes.
8ª Dar alimentación.
9ª Aspirar secreciones.
10ª Poner enemas.

Si relacionamos esta variable con el nivel de instrucción vemos que quien más valora la comunicación son las personas sin estudios y las de estudios universitarios.

Sin embargo, las personas con estudios primarios y las de estudios secundarios valoran más la extracción de sangre que la comunicación.

Al analizar la variable de la ocupación principal veíamos que la colocación de inyecciones era una actividad muy valorada por las amas de casa y sin embargo poco valorada por los estudiantes.

IMPORTANCIA DE LAS HERRAMIENTAS O APARATOS QUE UTILIZA (gráfica 8).

1° Aparato de tensión o tensiómetro.
2° Termómetro.
3° Jeringa.
4° Guantes.
5° Sistemas de perfusión I.V. o gotero.
6° Mascarilla.
7° Pinzas.
8° Reloj.
9° Bandeja.
10° Bolígrafo, lápiz o rotulador.

Es de destacar que el 57 % del total de individuos adultos ancianos, ha elegido al tensiómetro como el instrumento considerado más importante , en contraste con el 30 % de adultos medios, y solo el 10 % de adultos jóvenes

A la jeringa se le asigna mayor importancia por parte de los individuos sin estudios, con estudios primarios y secundarios, y menos importancia por parte de los universitarios.

Los universitarios por su parte le dan mayor importancia al uso de los guantes.

APARATO O HERRAMIENTA MAS USADA

1º	Guantes	25 %
2º	Aparato de tensión o tensiómetro	20 %
3º	Termómetro	19 %
4º	Jeringa	14 %
5º	Reloj	09 %
6º	Sistemas de perfusión I.V. o gotero	04 %
7º	Bandeja	04 %
8º	Mascarilla	02 %
9º	Bolígrafo, lápiz o rotulador	02 %
10º	Pinza	01 %

Es de destacar que el 44 % de los estudiantes eligen los guantes, estando por encima de la media del resto de ocupaciones. De igual manera las amas de casa eligen el 32 % aparato de tensión como el más usado

FIGURA DE INSTRUMENTO O APARATO QUE SE HA ELEGIDO COMO ELEMENTO A USAR PARA LA REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA-INSTRUMENTAL DE LA PROFESIÓN ENFERMERA. (Gráfica 7)

1ª	Jeringa	44 %
2ª	Aparato de tensión	21 %
3ª	Termómetro	17 %
4ª	Mascarilla	05 %
5ª	Reloj	04 %
6ª	Guantes	04 %
7º	Bandeja	01 %

La jeringa ha sido elegida como la imagen representativa en un mayor número de casos por los trabajadores, parados y estudiantes, las amas de casa eligen en mayor número el termómetro y los pensionistas el aparato de tensión.

Existe una relación directa clara entre los encuestados que han elegido la extracción de sangre, y la colocación de inyecciones como actividades más importantes entre los lugares 1°, 2°, 3°, y 4° en su escala de valoración según la importancia de las actividades que desarrolla la enfermera, junto con los que han colocado a la a jeringa en la escala de herramienta más importante entre los cuatro primeros lugares y los que han elegido la jeringa como representación simbólica-instrumental de la profesión enfermera.

CONCLUSIONES

Podemos decir que:

+ La figura de la enfermera para los individuos estudiados en nuestro entorno resulta una imagen positiva , aunque no llega a ser una imagen muy positiva.

+ El instrumento elegido para la representación simbólica instrumental de la profesión enfermera por la mayoría (44 %) es la **figura de la jeringa** con clara diferencia respecto del instrumento que le sigue en orden de importancia como es el aparato de tensión (20 %) .

+ Podemos decir que ha sido elegida aún sin ser considerara la jeringa como la herramienta más utilizada (14 %) estando por delante el aparato de tensión (25 %) y el termómetro (19 %)

+ No podemos atribuir una relación clara entre el nivel en el que se encuentra la imagen de la enfermera y la elección de la jeringa como elemento de representación- simbólica instrumental de la profesión enfermera..

RECOMENDACIONES

Sería preciso realizar un estudio con una muestra mucho más amplia y representativa, que nos permita llegar a resultados concluyentes y extrapolables. Para lo cual este estudio nos serviría como referencia piloto.

Además de ello , sería conveniente la realización de este mismo tipo de estudio con otras profesiones del ámbito sanitario (médicos, fisioterapeutas, etc...), sobre todo para poder establecer comparaciones y llegar a unas conclusiones que relacionen la imagen que se tiene de dichas profesiones y su representación simbólica-instrumental con la de la Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañaveras, R.M.P. et al. "La imagen de la enfermera a través de los profesionales y los estudiantes de la carrera . Un estudio con la técnica de diferencial semántico" Revista Enfermería Científica nº 133 (1.993) pags. 4-10
2. Delclaux, I. y Seoane, J. "Psicología cognitiva y procesamiento de la información" Pirámide 1.982
3. Domínguez Alcón et al. "Sociología y Enfermería" Pirámide 1.983
4. Domínguez Alcón , C "Los cuidados y la profesion enfermera en España" Pirámide 1.986.
5. Domínguez Alcón, C: "Imagen de la enfermera en la sociedad" Revista Rol nº83 ( ) pags.66-72
6. Domínguez Alcón, C: "La percepcion del cuidar" Revista Rol nº127( ) pags.25-27
7. Kanizsa, G. "Gramática de la visión" Paidos 1.986,
8. Humphrey ,N. "La mirada interior" Alianza 1.993
9. Luria A.R." Atención y memoria" Fontanella 1.979
10. Renedo García, P. et al. "Imagen social de la Enfermería" Revista Rol nº 130 (1.989) pags. 31-37
11. Ruiz Vargas, J.M. "La memoria icónica: una revisión" Revista General de Piscología General y aplicada nº 35 pags. 201-233.
12. Ruiz Vargas; J. M. " Psicología de la memoria" Alianza 1.991.

ANEXO GRÁFICO

GRÁFICO 1

GRÁFICO 2

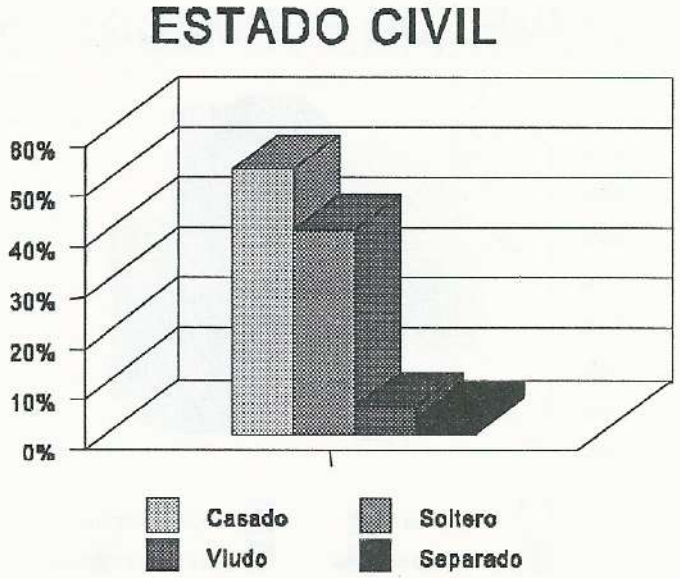


GRÁFICO 3

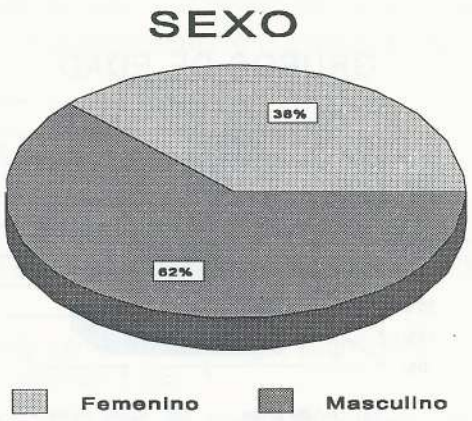


GRÁFICO 4

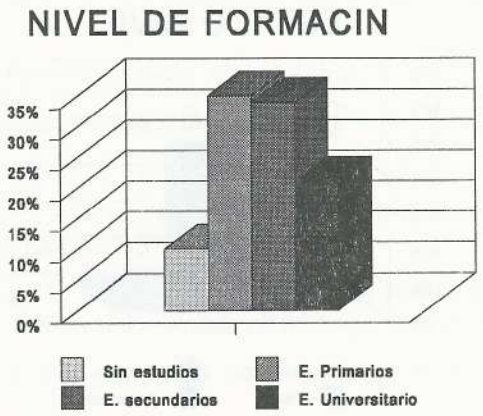


GRÁFICO 5

GRÁFICO 6

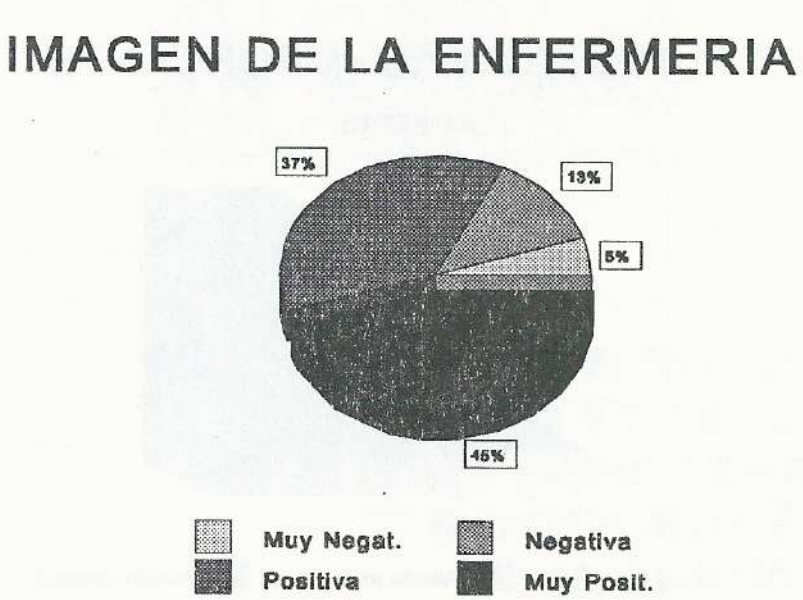


GRÁFICO 7

ELEMENTO MAS REPRESENTATIVO

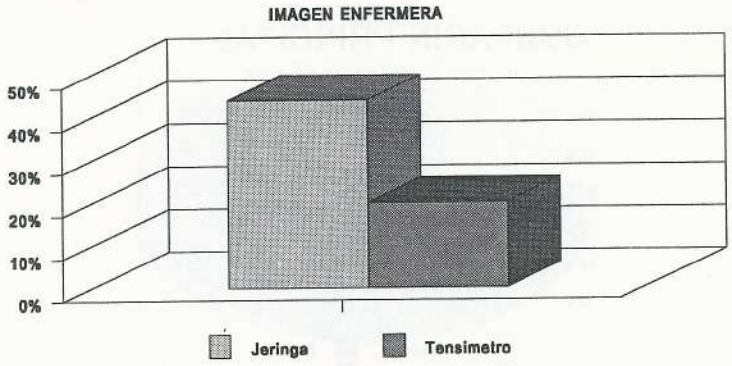
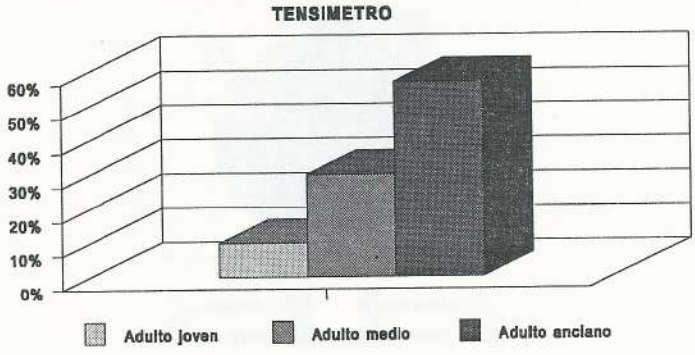
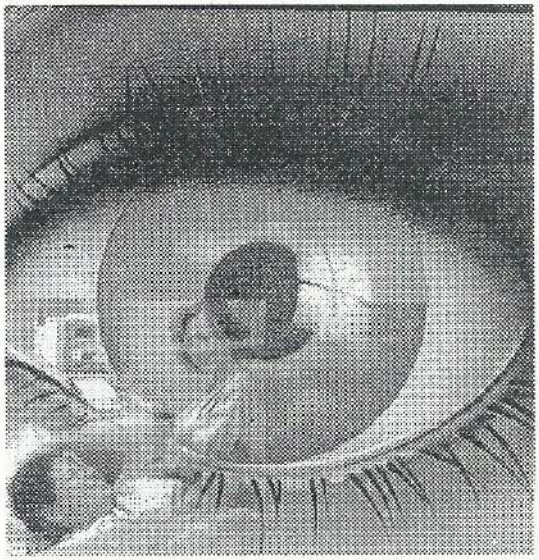


GRÁFICO 8

INSTRUMENTO MAS IMPORTANTE



IMPACTO Y EVALUACIÓN DE UNA GUÍA DE VALORACIÓN ENFERMERA EN UN SECTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA



Esther Ullán Alvarez
Ángel Sanz-Vírseda de la Fuente
Pura Cantero García
Manuela Martín Fernández
Jesús Araque Sánchez
Angela Auñon Muelas

Dirección A.P. Sector XI Insalud
Madrid

INTRODUCCIÓN

Uno de los acontecimientos básicos que ha influido en el avance de la profesión enfermera ha sido la introducción del Proceso de Enfermería (PE) como método de trabajo basado en el Método Científico, Ha supuesto un avance tanto para la investigación y desarrollo de sus bases teóricas, como para aportar mayor eficacia a la práctica clínica enfermera (1).

Entendemos como PE la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las actividades enfermeras. El presente estudio contemplará la primera fase: Valoración de Enfermería (VE).

En el momento actual en los que se cuestiona seriamente la aportación específica de Enfermería al cuidado de la salud, el PE es especialmente importante como táctica para unificar criterios y para el desarrollo de Enfermería como profesión autónoma.

Ante el peligro de supeditar la práctica de Enfermería a las directrices de otros profesionales, se ha de impulsar la unificación de criterios y explicar, a otros profesionales y a las autoridades, cuál puede y debe ser el cometido de las enfermeras en nuestro Sistema Sanitario (2).

Justificación:

Es por ello que en 1994, la Dirección de Enfermería del Área XI de Atención Primaria (AP) toma conciencia de los costes de la falta de calidad de los cuidados enfermeros:

1. Falta de Identidad como profesión.
2. Falta de lenguaje común enfermero.
3. Falta de un sistema de registro útil para plasmar el PE.

4. Desconocimiento de los Servicios Enfermeros por parte de la población y de otros profesionales del Equipo.

Objetivo:

Conocer el grado de implantación de la VE por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (PFDSMG).

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Procedimiento: se realizó el pilotaje en 5 E A P de un total de 31 en un Sector de A P de Madrid, un centro por distrito.

La fuente de datos fue la Historia Individual. De las 543 historias individuales abiertas durante el período de estudio (junio a diciembre 1995) se seleccionó una muestra aleatoria de 82 historias (el 15 % de historias abiertas en cada E A P).

A través de un programa de Mejora de Calidad, la Dirección de Enfermería puso en marcha: **La Guía de Valoración Enfermera** para la recogida y organización de datos por PFdSMG.

Se facilitó documentación modificada de la historia individual.

Y se realizaron charlas informativas-formativas en los E A Ps pilotos.

Recogida de información:

Se seleccionaron 29 ítems de los 11 PFdSMG con arreglo a los siguientes criterios:

- Items que constituyen por sí mismos normas de calidad en Cartera de Servicios.
- Items de gran interés para conocer la situación de salud de las personas que atendemos.
- Items cuyo registro no está introducido de forma general en la sistemática habitual de trabajo enfermero.
- Items con un alto grado de dificultad técnica a la hora de preguntar sobre ellos.

Se diseñó un manual de procedimiento para la evaluación del pilotaje y una hoja de recogida de datos en la que se procesaba el registro o no del ítems.

Utilizamos como **indicador** en cada ítems: **Nº total de Si + Nº total de Excepción x 100/ Nº total de Historias evaluadas.**

RESULTADOS

De las historias evaluadas, la distribución por edad es 17% menor de 25, 52% entre 25 y 45, 20% de 46 a 65 y un 11% mayor se 65; referente al sexo de los sujetos historiados se observa un 59% mujeres y un 41% varones.

En lo referente a ítems seleccionados, agrupados por patrones:

PATRÓN DE PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD: Adherencia al Tratamiento (98,8 %), Consumo de Drogas (95,1%), Automedicación (92,7%), Compartir jeringuillas (82,93 %), Compartir maquinilla de afeitar (78 %), Compartir Cepillo de Dientes (61 %).

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO: Tipo de dietas (96,3%), líquidos (80,5%), Dificultades en la masticación y deglución (42,7%), Elaboración de alimentos (14,6%).

PATRÓN DE ELIMINACIÓN: Medidas auxiliares para la eliminación urinaria (58,54%), Dificultad intestinal (54,9%), Incontinencia urinaria (52,4 %).

PATRÓN DE ACTIVIDAD EJERCICIO: Indice de Katz (92,12%), Frecuencia del ejercicio (57,32 -%), Riesgos laborales (43,90 %).

PATRÓN DE SUEÑO: Horas/Tipo (54,9 %), Descanso (40,2 %).

PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTIVO: Nivel de Instrucción (100%), Órgano de los Sentidos (56,1%), Alteraciones Cognitivas (9,8%).

PATRÓN DE AUTOESTIMA-AUTOPERCEPCIÓN: Percepción de sí mismo (22%).

PATRÓN DE ROL-RELACIÓN: Rol - Relaciones (31,7 %).

PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN: Relaciones Sexuales de riesgo (46,3 %), Utilización de preservativo (39 %), Inicio de las relaciones coitales (25,61 %).

PATRÓN ADAPTACIÓN -TOLERANCIA AL ESTRÉS: Adaptación - Tolerancia al Estrés (24,4 %).

PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS: Medicina Alternativa (63,4%), Creencias y actitudes de interés sanitario (15,9 %).

DISCUSIÓN

Aunque resulta difícil encontrar estudios en España sobre registros de la actividad de enfermería desde la perspectiva de valoración por PFSdMG, actualmente, hay profesionales tanto en Atención Hospitalaria (A H) como de AP que están trabajando con este sistema de valoración y están publicando sobre el tema. Sin embargo, sus publicaciones están referidas a diagnósticos y planes de cuidados estandarizados. Aún así, nos son útiles para apoyar nuestros resultados.

Si comentamos los resultados por patrones:

PATRÓN DE PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD en el 54,9 % de las historias evaluadas se registraron la totalidad de ítems y en el 83% de las mismas se recogieron como mínimo 4 ítems del patrón.

Los ítems menos registrados fueron los referentes a Conductas de riesgo como Comparte cepillo y Comparte maquinilla de afeitar. Sin embargo obtuvieron buena respuesta los ítems Consumo de Drogas y Comparte Jeringuillas.

Observamos que Consumo de drogas y Comparte jeringuillas se recogen sin dificultad, pero Comparte cepillo de dientes y Compartir maquinilla de afeitar no obtiene la misma respuesta, pudiendo ser debido a no considerarse conducta de tanto riesgo o porque han sido ítems nuevos en la cumplimentación de nuestras historias.

La adherencia al tratamiento prácticamente en la mayoría de las historias evaluadas se registraba excepción, el motivo puede haber sido la edad media de los usuarios historiados que oscila entre 39,06 ±16,90, población poco medicada.

PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO. Solamente en una historia no se registra ítems de dicho patrón. Los ítems con menos porcentaje de registro fueron Elaboración de los alimentos y Dificultad en la

masticación, deglución y digestión. Sin embargo obtuvieron muy buena respuesta Tipo de dieta y Cantidad de líquidos al día. Este patrón, igual que en la bibliografía consultada, es un patrón muy cumplimentado (3,4).

PATRÓN DE ELIMINACIÓN. Es un patrón fácilmente objetibable en A H (3), no así en A P (4). Pero a pesar de las limitaciones podemos obtener información sobre el mismo.

Hubo un 41,5 % de las historias en las que no se registró. El ítem que obtuvo menos respuesta fue Incontinencia urinaria. El motivo puede ser la edad media de los encuestados, población joven.

PATRÓN DE ACTIVIDAD - EJERCICIO. Al introducir el Indice de Katz y ser excepción en sujetos < 75 años, queda recogido en todos los usuarios. En el 74,4 % de las personas historiadas se han registrado al menos dos ítems referentes a dicho patrón.

Los ítems menos registrados han sido Riesgos Laborales y Frecuencia de Ejercicio. Se registra en la gran mayoría de las historias el tipo de ejercicio pero no la frecuencia del mismo. Al igual que en el área hospitalaria, se ha detectado dificultad en la valoración de dicho patrón (3).

PATRÓN DE SUEÑO - DESCANSO. En el 43,9 % de las historias no se encuentra ningún ítem sobre este patrón. El ítem que resultó más difícil de valorar fue Descanso. Hemos de recordar que la gran mayoría de la población historiada es joven y el no aparecer registro en la historia posiblemente se deba a que no se ha considerado prioritario en este grupo de edad.

PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTIVO. El Nivel de instrucción es un ítem que se registra en la totalidad de las historias evaluadas.

El ítem Organos de los Sentidos se registró sólo en el 50 % de las historias, pero hay que aclarar que éste era preguntado y registrado por los médicos, ya que en la historia individual está incluido dentro del apartado Anamnesis.

Las Alteraciones cognitivas es un ítem que se registró poco. Igualmente los autores (3) encuentran dificultades en la valoración de este patrón, creen que se debe a que dicho patrón engloba diferentes sistemas orgánicos difíciles de considerar de modo integral con la actual formación básica del profesional de enfermería.

PATRÓN AUTOESTIMA - AUTOPERCEPCIÓN. En el 78 % de las historias no aparece registrado.

En el entorno hospitalario, igualmente se registra muy poco y explican las autoras (3) que puede ser debido a que dicho patrón incluye aspectos en los que la enfermera se encuentra menos capacitada a la hora de valorar al paciente y expresarlo por escrito.

En AP, el número de diagnósticos enfermeros que se registra con alteraciones en dicho patrón es bajo (2,3 %) (4), las autoras se cuestionan si realmente no existen dichos problemas en la población o si Enfermería tiene dificultad para detectarlos.

PATRÓN ROL - RELACIONES. El 68,3 % de las historias seleccionadas no existe registro sobre dicho patrón. Igualmente los autores (4) observan que los diagnósticos registrados en A. Primaria referentes a dicho patrón son bajos (5,3%).

PATRÓN DE SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN. En el 46,3 % de las historias no se ha observado registro sobre dicho patrón. Los ítems con más bajo registro fueron: Inicio de las relaciones sexuales y utilización del preservativo.

PATRÓN DE ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS. En el 75 % de las historias revisadas no aparecen registros. Ocurre igual en los estudios revisados (4). Posiblemente la puntuación tan baja se debe a que las enfermeras, actualmente, no disponen de formación específica para saber manejar los resultados de la valoración de dicho patrón.

PATRÓN DE VALORES - CREENCIAS. En el 31,7 % de las historias no se registra dicho patrón. El ítem menos reflejado fue Creencias y Actitudes de Interés Sanitario.

CONCLUSIONES

Los PFdSMG menos registrados fueron: Autoestima - Autopercepción de Salud, Adaptabilidad y Tolerancia al Estrés y Rol - Relaciones. Otros patrones con baja respuesta fueron: Valores - Creen-

Los ítems correspondientes a Conducta de Riesgo obtuvieron un registro alto.

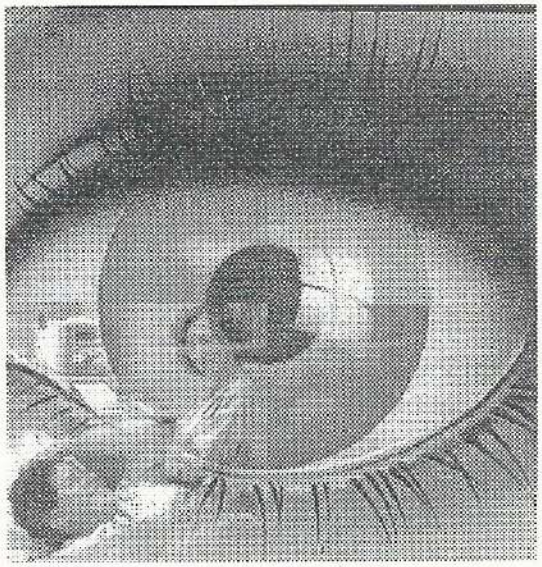
Los resultados obtenidos demuestran la utilidad de un lenguaje común de Enfermería, con el fin de seguir avanzando en el desarrollo profesional.

El pilotaje reflejó una carencia de formación y destreza en la utilización del proceso enfermero que son mejorables a través de la Formación Continuada del Area.

BIBLIOGRAFIA

1. García - Carpenito Susmozas J, Piñón Payá M. ¿ Por qué no siempre funciona el PAE?. Rev. Rol Enf. 1994, 195: 63-66.
2. Phaneuf M. Garantía de Calidad en Dee Ann Gillies. Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas. Barcelona, Ed: Masson Salvat Enfermera, 1994.
3. Serrano Sastre R, Saracibar Razquin MI, Diaz Navarlaz MT, Tina Majuelo P. y Naraiza Solís MJ. ¿ Dónde comienza la calidad científica de los documentos de Enfermería?. Rev Rol Enf. 1994, 191-192: 33-40.
4. Francisco Casado MA, Custey Malé MA, Martinez Marcos M y Ferrer Arnedo C. Evaluación del registro de actividades enfermeras de Atención Primaria. Medifam, 1994: 180-185.

OPINIÓN DEL USUARIO SOBRE EL DESEMPEÑO DEL ROL DE LA ENFERMERA/O EN CAP REFORMADOS



Isabel Casanovas Calvet*
Josefa Mitjans Galitó*
Mercedes Abades Porcel*
Bibiana Escuredo Rodríguez*
Júlia Esteve Reig*
Isabel Fargues Garcia*
Maria Gasull Vilella*

(*) Diplomada en Enfermería, profesora de la EUE
Hospital Sta Creu San Pablo
Barcelona

INTRODUCCIÓN

A raíz del estudio, realizado en Barcelona por parte de nuestro equipo, «Rol de la enfermera desde el punto de vista del usuario», que fue publicado en la revista Enfermería Clínica en 1.995 [1], en el que los usuarios manifestaban gran ambigüedad en cuanto a la percepción del desempeño del rol propio de la enfermera/o y a su vez le demandaban principalmente actividades del rol de colaboración, surgió la idea de investigar si dicha percepción y demandas de rol colaborador, eran compartidas por los usuarios de Áreas Básicas de Salud, ya que en 1.993, J.M. Via afirmó que: «la reforma de la atención primaria de salud, en Catalunya, crea el marco adecuado para el desarrollo de las funciones de los profesionales de enfermería».[2]

Asimismo el DOGC (Documento Oficial de la Generalitat de Catalunya) nº 1.309 art. 71, 6 mayo 1.990 establece que: «las enfermeras entre otras funciones deberán proporcionar atención de enfermería a la población que tienen asignada, tanto en consulta espontanea como programada, así como ejecutar las técnicas de enfermería propias de su ámbito y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos que el equipo determine. También deberán llevar a cabo actividades de educación para la salud integradas en la consulta individual o dirigidas a grupos de pacientes o a grupos de población objeto de programas de salud».

Para llevar a cabo nuestro objetivo nos planteamos la posibilidad de realizar un diseño observacional que nos permitiera recoger un listado de todas las actividades que llevan a cabo las enfermeras en los centros de atención primaria, y posteriormente clasificarlas como de rol propio o de rol de colaboración. Después de planteada esta posibilidad la descartamos, ya que este enfoque no garantizaba la obtención de información sobre la percepción del usuario. C. Rogers en su teoría defiende que: «en la relación terapeu-

ta/cliente para que se produzca realmente un cambio son precisas una serie de condiciones y actitudes por parte del terapeuta, pero ninguna de ellas es útil si éstas no son percibidas y comprendidas por el cliente».[3]

Pensamos que esta teoría puede ser aplicada a los cuidados de enfermería en relación a los usuarios, ya que de nada sirve que *la enfermera, posea los conocimientos y actitudes necesarios, para ejercer el rol propio, considere que lo ejerce e incluso que lo lleve a cabo, si este no es identificado por el cliente como algo significativo, y por tanto no percibe la necesidad de demandarlo.*

Por consiguiente partiendo de esta teoría planteamos un estudio basado en la identificación de la percepción del cliente/usuario sobre el desempeño del rol propio de la enfermera/o con el que esperamos obtener información sobre si, estos, han percibido que las enfermeras/os prestan cuidados autónomos que pueden reportarles numerosos beneficios para su salud, a los que ellos tienen derecho y que por lo tanto pueden solicitar ser atendidos en las consultas de enfermería siempre que lo necesiten.

Partimos del supuesto que los profesionales de enfermería de las Áreas Básicas de Salud conocen, precisamente por las funciones que se les exige, tanto el rol propio como el de colaboración. Nuestro propósito en el presente estudio es averiguar si el hecho de disponer de una organización que favorezca el desempeño del rol propio, es condición suficiente para que las enfermeras realmente lo lleven a cabo y la población lo perciba. Una vez dispongamos de los resultados pretendemos también identificar si existen diferencias significativas en relación a los resultados de nuestro primer estudio, dado que la muestra, en aquel caso, estaba constituida por personas de la circunscripción de Barcelona, donde no se había llevado a término la reforma.

Los OBJETIVOS de este estudio son:

- Identificar si el usuario percibe el desempeño del rol propio de la enfermera/o.
- Conocer en que situaciones el usuario estaría dispuesto a consultar o pedir ayuda a la enfermera/o.
- Identificar si existen diferencias significativas en la opinión de los usuarios que acuden a dichos centros por una visita puntual, o por el contrario están incluidos en algún programa de salud

- Identificar que características valora más el usuario de la enfermera/o.
- Identificar si existen diferencias significativas entre la opinión de los usuarios de las Áreas Básicas de Salud con los de nuestro primer estudio.

SUJETOS Y MÉTODOS

La población susceptible de entrar en el estudio era la totalidad de usuarios que demandaban atención de enfermería de las Áreas Básicas de Salud de la División de Atención Primaria de Sabadell y Cerdanyola-Ripollet.

El muestreo se hizo por etapas sucesivas. Primero se llevo a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se determinó escoger como unidades de análisis 10 Centros de Atención Primaria reformados, debido a que los alumnos de nuestra Escuela de 2º y 3er curso de DUE, realizaban allí las prácticas de Salud Comunitaria y se ofrecieron a colaborar como entrevistadores en nuestro estudio; después se procedió a un muestreo probabilístico aleatorio simple para determinar los sujetos de la muestra.

La técnica de estudio utilizada, fue recoger la opinión del usuario que acudía a dichos Centros de Atención Primaria y que requería atención de enfermería, a través de una entrevista. Se escogió esta técnica ya que facilita una mayor comprensión por parte del usuario de las preguntas del cuestionario y a la vez puede favorecer la identificación de datos cualitativos.

Como instrumento se utilizó el mismo cuestionario del estudio «Papel de la enfermera desde el punto de vista del usuario» adaptado a la nueva realidad. Se sustituyó la última variable del apartado de datos personales (hospitalizaciones previas o no) por «Visita puntual vs. inclusión en un programa de salud», ya que consideramos que la opinión que tuviera el usuario respecto al rol de la enfermera/o podía variar por dichos motivos. Las variables de edad y nivel cultural se clasificaron igual que en el primer estudio; edad: joven de 18 a 30, adulto de 31 a 65 y anciano más de 65 años. El nivel cultural se determinó en base a estudios realizados; básico: saber leer y escribir, medio: estudios elementales (EGB o similares) y oficios y superior: estudios universitarios de primer y segundo ciclo indistintamente.

La validación del cuestionario se llevó a cabo en el primer estudio.

Se Repartieron 640 cuestionarios entre 32 alumnos, lo que representaba que cada uno debía entrevistar a 20 usuarios en total, que repartidos durante los veinte días que acudían a prácticas suponía una entrevista por día. Fueron devueltos 599 cuestionarios debidamente cumplimentados, lo que supone un 93.5% del total; los 41 restantes no fueron contestados por diversos motivos entre los cuales destacan: la negación del paciente a ser entrevistado, ausencia del alumno en su lugar asignado de prácticas y festivo local.

El tratamiento estadístico se llevó a cabo mediante el programa informático SPSS/WIN.

RESULTADOS

El número total de cuestionarios estudiados fue de 599.

En referencia a los datos personales, la muestra NO resultó homogénea respecto a cada una de las variables. Se observan diferencias significativas respecto a: sexo, el 36.5% eran hombres y el 63.5% eran mujeres; edad, donde predominan los adultos con un 51.5%; nivel cultural donde cabe destacar que el n.c. alto sólo esta representado en un 7.5%; y visita puntual vs. programa de salud donde observamos que estos últimos están representados en un 65%.

En relación al apartado B y B´ del cuestionario que valora el concepto que tiene el usuario respecto a la actuación autónoma de la enfermera, de un total de respuestas de 599 el 77.42% manifiestan que la enfermera y el médico son dos profesionales que tienen un rol bien diferenciado. El 68.95% de los encuestados opina que dentro del equipo de salud la enfermera es ayudante del médico. Finalmente el 60.77% piensa que la enfermera y el médico son colaboradores y que tanto el uno como el otro tienen un campo de actuación propio e independiente.

Al relacionar estos resultados con cada una de las variables de datos personales hallamos significación estadística en la edad siendo los jóvenes (79.6%) y adultos (80.5%) los que más creen que SI tenemos un papel diferenciado ($p<0.0060$) y en el nivel cultural donde son los de n.c. medio (85.7%) y alto (86.4%) los que más lo piensan ($p<0.0001$).

En relación a la pregunta B' la edad ($p<0.0001$) y el nivel cultural ($p<0.000$) marcan diferencias significativas, siendo los ancianos (83.7%)

y el nivel cultural básico (83.2%) los que más piensan que la enfermera es ayudante del médico.

Referente a la pregunta b) del apartado B', la edad (p<0.0000) y el nivel cultural (p<o.ooo1) continúan marcando diferencias significativas siendo los jóvenes (72.7%), los adultos (69.3%) y el n. c. alto (86.0%) los que más opinan que la enfermera y el médico son colaboradores; También aparece significación estadística (p<0.0397) respecto a la variable v. puntual vs. inclusión en programa de salud, donde son los primeros los que más lo piensan (66.9%).

Por lo concerniente al apartado C del cuestionario que plantea la pregunta ¿Delante de las siguientes situaciones iría a consultar a una enfermera/o?, del total de respuestas obtenidas que fue de 599, el 92.49% responde que iría para «curar una herida»; el 65.61% para «seguir un régimen alimenticio»; el 64.61% para «adoptar hábitos de higiene» y un 60.27% para saber «el ejercicio físico que deben hacer». En el resto de opciones contestaron claramente que no acudirían a consultar a las enfermeras/os con excepción de «tener problemas con la P.A.» donde las respuestas fueron igualadas.

Siguiendo en el mismo apartado C y en relación a la pregunta ¿En qué otras ocasiones pediría ayuda a la enfermera? las opciones más contestadas, que han superado el 5% del total de respuestas, siendo n=738, son: un 34.5% responde que acudirían para «administrar una inyección», seguida de «para pedir recetas» con un 31.3%, «prevención y promoción de la salud» con un 14% y para «realizar una cura» con un 6.6%.

En este mismo apartado, al relacionar los resultados con cada una de las variables de datos personales, hallamos significación estadística en cuanto a: «administrar inyecciones» respecto v. puntual vs. programa de salud, siendo los primeros con un 34.7% los que más lo solicitan (p<0.05); «pedir recetas» con la edad (p<0.0001) y nivel cultural (p<0.0003) siendo los ancianos con un 37.3% y los de n. c. básico con un 31.7% los que más lo solicitan y «prevención y promoción de la salud» con la edad (p<0.04) siendo los jóvenes con un 14.6% los que más lo piden.

En relación al apartado D el 79.30% del total de las 599 respuestas opina que enfermería es una profesión con prestigio social. Al relacionar este dato con cada una de las variables de datos personales, encontramos

significación estadística con la edad (p<0.019) y con el nivel cultural (p<0.015), siendo los adultos con 82.7% y los de nivel cultural alto con un 83.7% los que más lo piensan.

Finalmente, a la pregunta del apartado E analizando las respuestas que han superado el 10% del total de las 1.463 obtenidas observamos que la «amabilidad» en un 62.6% es la cualidad prioritaria que el usuario demanda de la enfermera/o; el 31.5% pide «profesionalidad» y el 28.7% prefiere «simpatía».

En este mismo apartado, al relacionar los resultados obtenidos con las variables de datos personales observamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a «profesionalidad» siendo la cualidad más solicitada por los adultos con un 35.1% (p<0.0001) y por los de n. c. alto con un 43.2% (p<0.0004). La «simpatía» es más demandada por los ancianos con un 34% (p<0.0170), los de n. c. básico con un 32.4% (p<0.0115) y los que acuden por v. puntual con un 32% (p<0.04).

COMPARACIÓN DE RESULTADOS E1 vs. E2

En este apartado sólo mencionamos aquellas diferencias estadísticamente significativas y que por tanto pueden contribuir a una mejor comprensión del problema en estudio. Las diferencias que hemos encontrado son:

En relación al apartado A del cuestionario observamos que existen diferencias en cuanto al tamaño de la muestra siendo en el presente estudio de 599 y en el anterior de 1.316; también podemos observar que mientras en el E1 la muestra fue homogénea, no ocurre lo mismo en el actual ya que las mujeres (E2 63.5% vs. E1 52.1% p<0.0000) y los adultos (E2 51.5% vs. E1 36% p<0.0000) están más representados; y por el contrario los de n.c. alto (E2 7.5% vs. E1 32.4% p<0.0000) están menos representados siendo los de n.c. básico (E2 48.1% vs. E1 30.7% p<0.0000) los que más lo están.

En relación al apartado B y B' encontramos que en el presente estudio hay más personas que opinan que la enfermera y el médico NO tienen un rol bien diferenciado (E2 17.06% vs. E1 13.8% p<0.0425). En cuanto a si la enfermera es la ayudante del médico no encontramos diferencias estadísticamente significativas ya que en ambos estudios los usuarios opinan mayoritariamente que la enfermera es la ayudante del médico (E2 68.95% vs. E1 69%) Finalmente en el estudio actual existen menos

personas que piensan que la enfermera y el médico son colaboradores (E2 60.77% vs. E1 72.3%) y más personas que dicen no saberlo (E2 17.70% vs. E1 7.4%) $p<0.0001$.

Al comparar los resultados de la relación de los datos personales con estos apartados observamos que existe significación estadística con la edad en los dos estudios, siendo en ambos casos los jóvenes quienes parecen tener más claro que la enfermera y el médico tienen un campo de actuación propio e independiente (E2 72.7% vs. E1 36.5%). Sin embargo en el actual, al contrario del anterior, el nivel cultural aparece como dato significativo. (ver resultados estudio 2).

En relación al apartado C y ante la pregunta ¿Delante de las siguientes situaciones iría a consultar a una enfermera? y comparando las opciones que en ambos estudios han superado el 10% del total de respuestas, observamos que, los usuarios opinan mayoritariamente que acudirían a consultar a la enfermera para: «curar una herida» (E2 92.49% vs. E1 90.0%), «saber que ejercicio físico han de realizar» (E2 60.27% vs. E1 44.4%) y para «adoptar hábitos de higiene» (E2 64.61% vs. E1 65.6%). Respecto a la cuarta opción más contestada existen diferencias de opinión; mientras que en el E2 acudirían para saber que «régimen alimenticio deberían llevar a cabo» (65.61%). en el E1 lo harían para «tener problemas con la P.A.» (46.5%).

Siguiendo en el mismo apartado C y en relación a la pregunta ¿en que otras ocasiones pediría ayuda a la enfermera? al comparar las cuatro opciones que han superado el 10% del total de respuestas se observa que los usuarios coinciden en «administrar inyecciones» (E2 34.5% vs. E1 37.4%). En cuanto al resto de opciones no existen coincidencias.

Por lo concerniente al apartado D y ante la pregunta ¿Cree que la enfermería es una profesión con prestigio social? en ambos estudios la respuesta es claramente afirmativa, aunque en el E2 lo consideran un porcentaje más elevado de personas (E2 79.30% vs. E1 55.02%).

Respecto al apartado E y ante la pregunta ¿que cualidades cree que debe tener una buena enfermera? al comparar las opciones que han superado el 15% del total de respuestas, encontramos coincidencias en tres de las demandadas por ambos estudios: «amabilidad» (E2 62.6% vs. E1 38.6%

p<0.0000), «profesionalidad» (E2 31.5% vs. E1 16.0% p<0.0000), y «paciencia (E2 16.8% vs. E1 21.6% p<0.0072). En relación a la cuarta opción más contestada existen diferencias de opinión; mientras que en el E2 aparece la «simpatía « con un 28.7% en el E1 era en un 16.7% la «eficacia».

DISCUSIÓN

Al analizar los datos obtenidos observamos que en el estudio que nos ocupa predomina el sexo femenino (63.5%) y los adultos (51.5%) mientras que las personas con n.c. alto están muy poco representadas (7.5%). Creemos que la mayor frecuentación de personas de sexo femenino podría justificarse, entre otras razones, por una mayor percepción de síntomas por parte de las mujeres, según muestran algunos estudios sobre el tema. Respecto a que los adultos sean el grupo de edad que más predomina, pensamos que puede ser debido a que el período predeterminado para dicha edad es muy amplio (de 31 a 65 años) y también quizás porque es en esta etapa donde más frecuentemente se inician muchos de los problemas de salud. La baja representación de personas con nivel cultural alto, estaría en concordancia con las características socioculturales de la población en estudio.

En este estudio igual que en el anterior, los usuarios distinguen perfectamente que tanto el médico como la enfermera tienen papeles bien diferenciados; pero nuevamente encontramos contradicción en los resultados obtenidos respecto a si la enfermera es ayudante del médico (68.95%) o si ambos son colaboradores (60.77%). Por tanto no podemos clarificar si el papel diferenciado, que identifican los usuarios, tiene relación con el hecho de que consideren a la enfermera ayudante del médico o que ambos sean colaboradores. Al igual también que en el estudio anterior los jóvenes son los que además de no ser contradictorios en dichas respuestas, son los que parecen tener más claro que la enfermera y el médico son colaboradores. Ello podría ser indicativo del mayor grado de información que estos poseen. En este mismo sentido cabe destacar que las personas con n.c. básico y los ancianos son los que más opinan que la enfermera es la ayudante del médico. Quizás podríamos atribuir este hecho a que hubieran confundido los términos ayudante/colaborador interpretándolos en un mismo sentido.

El hecho de que ante la pregunta ¿en que situaciones iría a consul-

tar a una enfermera? haya tenido al igual que en el anterior estudio, como respuesta mayoritaria, la de «curar una herida» y cuando se le formula la pregunta abierta ¿en que otras ocasiones pediría ayuda a la enfermera?, contestan también «para administrar una inyección», nos hace pensar que dichas actividades son las que más frecuentemente realiza la enfermera. La siguiente opción más demandada es la de «pedir recetas» lo cual pone de manifiesto, que las enfermeras aunque trabajen en centros de atención primaria reformados, llevan a cabo este tipo de actividad; pensamos que seria importante reflexionar sobre el porque este tipo de actividades se continúan llevando a cabo. También nos parece importante destacar, en este mismo apartado, que después de «pedir recetas» la siguiente opción demandada es la de «prevención y promoción de la salud», donde son los jóvenes los que más la solicitan. De nuevo es este grupo de edad quien parece tener más claro que la enfermera puede ofrecer desde su rol propio actividades que el usuario tiene derecho a demandar.

En relación al prestigio social de nuestra profesión nos parece coherente que los usuarios de n.c. alto sean los que han contestado más afirmativamente a esta pregunta, ya que estas mismas personas son los que más han opinado que la enfermera y el médico son colaboradores y tienen roles bien diferenciados.

Respecto a las cualidades que debe reunir una «buena enfermera» es la «amabilidad» la que aparece como prioritaria en ambos estudios, aunque es en el actual, donde la demandan más usuarios. Nos parece importante resaltar que es la «profesionalidad» y no la «paciencia» (como ocurría en el estudio anterior) la que ocupa el segundo lugar en el presente estudio, lo cual podría ser un posible indicador de que el usuario empieza a adquirir una imagen de la enfermera diferente a la de la idea tradicional de «madre amorosa que conforta y cuida» (4) y por el contrario le valora más sus conocimientos, actitudes y habilidades.

CONCLUSIONES

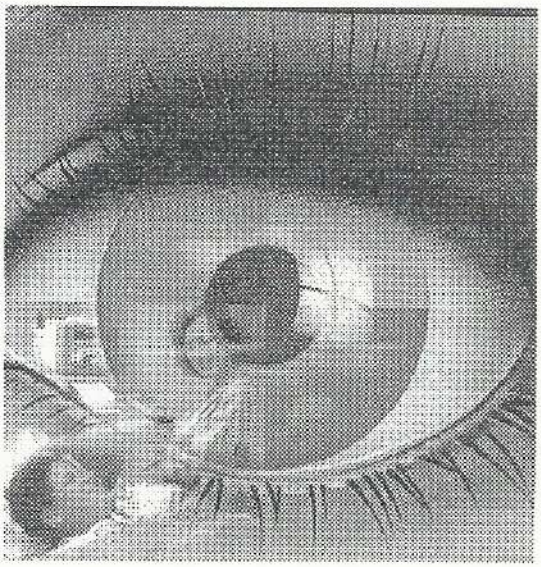
- En general existe ambigüedad referente a la percepción del desempeño del rol propio de la enfermera lo cual sugiere la necesidad de continuar aumentando las actividades que ofrecemos al usuario desde nuestro rol autónomo, de tal forma que el usuario lo pueda percibir.

- No existen diferencias estadísticamente significativas con la variable v. puntual vs. inclusión en programa de salud, respecto a las preguntas del cuestionario. A pesar pues, de que el usuario tenga una relación continuada con la enfermera, es posible que ésta no le transmita con suficiente claridad su aportación específica como profesional, ya que éste no demanda, en general, actividades de rol propio.
- Parece que nuestra profesión tiene un prestigio social considerable y que la imagen de la enfermera adquiere más profesionalidad.
- El hecho de tener una organización que favorezca el desempeño del rol propio parece que no es condición suficiente para ejercerlo, o por lo menos para ejercerlo de tal forma que el usuario lo perciba. Quizás sería conveniente abrir un espacio de reflexión sobre la dedicación y forma en que llevamos a cabo tanto el rol propio como el de colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casanovas, I.; Lázaro, P.; Mitjans, J.; Reixach, M.: «Papel de la enfermera desde el punto de vista del usuario». Barcelona 1.995. Revista Enfermería Clínica v.5 nº2 61-68. Ed. Doyma
2. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d´estudis de la salut. Grup de treball: «La infermeria a l'atenció primària de Salut». Monografia 3. Barcelona 1993. Bigsa
3. Rogers, C.: «El proceso de convertirse en persona». 8ª edición. 1.993. Ed. Paidos
4. Donahue, M.P.: «Historia de la enfermería». Barcelona 1.985. Ed. Doyma.
5. Bunge, M.: «La investigación científica». Barcelona 1.983 Ed. Ariel
6. Fernández Sánchez, P.: «La investigación y la enseñanza en enfermería». Cáceres 1.990. Undecimas sesiones de trabajo AEED.
7. Marriner, A.: «Modelos y teorias de enfermería». Barcelona 1.989. Ed. Rol S.A.
8. Polit, D.; Hunger, B.: «Investigación científica en ciencias de la salud». México 1.994. 4a. edición. Ed. Interamericana.

RECONOCIMIENTO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: UNA REFLEXIÓN PARA LA AUTOIMAGEN



Juan C. Vacas Pérez
Carlos Pérez Raya
José Mª Urraco Ruda
Francisco Javier Gil Campos
Feliciano Santos Blanco
Rodolfo Crespo Montero
Estrella Cañones Castelló
Pilar Martínez Navio-Osorio
Encarnación Díaz Sillero
Francisco Javier Chofles Ramos
Eduardo Almeda Llamas

E.U.E. Hospital Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento social para una profesión, es el resultado del tipo de servicio que ofrece a la comunidad y de la forma en que éste se presta. Su significado sugiere, de una parte conocer los niveles de agradecimiento indicados por los ciudadanos y por otra, examinar la consideración de los propios profesionales. Si la mayor parte de las miradas proceden del cliente externo, esta investigación propone una mirada desde dentro, una reflexión para la autoimagen.

OBJETIVOS

- Analizar la importancia que Enfermería le otorga al reconocimiento profesional.
- Valorar el reconocimiento profesional en opinión de los propios *enfermeros-as.*
- Conocer la percepción que, desde la misma Enfermería, tenemos de cómo somos evaluados por los grupos con los que convivimos durante nuestro período laboral: *Jefes, médicos y usuarios.*

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal. La población sujeta a estudio ha sido los profesionales de Enfermería de Andalucía. Tras un muestreo accidental no probabilístico, obtenemos 2.744 casos, lo que supone una tasa de respuesta del 10,16% de la población. El material empleado ha sido un cuestionario de diseño propio validado mediante ensayo previo. El análisis estadístico tras la codificación y depuración de los datos, se ha realizado mediante el paquete informático EPI.INFO.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Descubrimos el interés que despierta el reconocimiento profesional cuando es comparado con otros atributos laborales, como son: Autonomía profesional, trabajo en sí mismo, estabilidad en el empleo, salario, formación, prestigio, logro de objetivos, directivos y normas, relaciones humanas, promoción-ascenso y condiciones ambientales. Los porcentajes de respuesta, obtenidos en cada uno de los doce posibles puestos de preferencia sobre reconocimiento, nos indican que los niveles más votados se sitúan en el tercio final de la escala de valores (Fig 1). Cuando se procede a la cuantificación de los datos jerarquizados en todos los factores laborales enunciados, estudio este que se está elaborando en estos momentos por el equipo investigador de Córdoba, el reconocimiento profesional se coloca en octavo lugar de deseo de entre los doce atributos.

El segundo objetivo planteado en el estudio, enuncia cómo se valora a Enfermería desde la opinión de los mismos enfermeros-as, acto que exige a los encuestados de una breve reflexión y un mirar hacia dentro, se trata básicamente de un ejercicio para la autoimagen.

Para analizar éste sentimiento se han ofertado cinco niveles o categorías, que van desde «muchísimo» que obtiene el 10,2% hasta un reducido 0,5% que manifiestan «nada». La mayor frecuencia se observa en el intervalo «mucho» (62,8%), opinan que «regular» un 22,7% y «poco» el 2,8%. (Fig 2)

Al investigar el perfil general de los 281 casos correspondientes a la categoría «muchísimo», resulta que esta mayor consideración procede, preferentemente, de trabajadores con edades comprendidas entre 20-29 años. (Fig 3). La distribución de porcentajes por áreas de trabajo, pone de manifiesto que son los centros ambulatorios de Atención Primaria de Salud (en siglas A.P.S.), los servicios especiales y la hospitalización entre la Asistencia Especializada (A.E) quienes logran los mejores resultados, junto a éstos, aparecen también incremento en puestos de trabajo no identificados en «Otras» áreas. (Fig 4,5 Y 6)

Esta selección aporta unos datos que afirman que los profesionales disfrutan de unas *Relaciones Laborales* «muy satisfactorias», el valor que de esta categoría estaba en 39,8% se eleva de manera considerable hasta el 71,2% (Fig 7). Además, crece el interés por la «*Labor de Gru-*

po», si del total de la muestra, el 51,2% dice trabajar «siempre» en equipo, en la selección hecha aumenta al 67,6%. (Fig 8)

Pertenecemos profesionalmente a un sistema interdisciplinario donde conviven distintos grupos humanos y profesionales. El construir nuestra propia imagen respecto a cómo creemos que somos evaluados por *jefes, médicos y usuarios,* ayudará al concepto global de reconocimiento profesional, último objetivo de nuestro estudio.

El sistema para la valoración, responde al mismo diseño que se ha empleado para el colectivo *enfermero.* La aproximación de resultados entre la percepción recibida por *jefes y médicos* al comparar los distintos niveles de reconocimiento, han permitido el estudio simultáneo de los dos grupos.

Los bajos porcentajes registrados en los intervalos «muchísimo» (2,4% en *jefes* y 3,3% para *médicos*) aconsejan para ésta ocasión incluir en la selección a estudio el nivel «mucho» que obtiene el 29,4% en jefes y 28,5% para médicos. La suma de cifras para ambos colectivos coincide en un 31,8% o también a 870 consultados. (Fig 9)

Si el mayor reconocimiento, desde el grupo *enfermero*, procedía de los trabajadores más jóvenes, en la nueva selección predominan las categorías de mayor edad, de manera que si el total de la muestra con 40 o más años conseguía el 20,2%, en *jefes* asciende al 25,2% y para *médicos* al 27,6%. (Fig 10)

Este mayor contacto laboral derivado de los años de ejercicio profesional, afecta positivamente a las «*Relaciones de Trabajo*». Las mantenidas con *jefes* que en los valores generales de la muestra el 29% las califica de «satisfactorias» o «muy satisfactorias» en la selección realizada se alcanza el 57%. (Fig 11). Respecto a los vínculos con los *médicos*, éstas mismas categorías pasan del 40,7% al 71,2%. (Fig 12)

La misma situación se produce al analizar la variable «Trabajo en Equipo». Entre los 870 casos seleccionados, dicen hacerlo «siempre» y «casi siempre» el 47% con los *jefes* o supervisores, cuando el dato de muestra sólo obtenía el 36%. (Fig 13). Mejores resultados encontramos entre los que dicen actuar «siempre» en colaboración con los *médicos*, pues si el dato general registraba el 19,9%, ahora se sitúa en el 33,9%. (Fig 14).

Toda ésta valoración, cuando buscamos las áreas de trabajo, nos conducen a los puestos de A.P.S. y Docencia. (Fig 15 y 16)

El estudio de percepción sobre reconocimiento, concluye, centrándonos en el grupo receptor de los cuidados de salud, *el usuario*. De la población total encuestada, uno de cada cuatro casos perciben bien la gratitud de la sociedad al optar por las categorías «muchísimo» y «mucho» que obtienen el 5% y 21,8% respectivamente. El nivel de reconocimiento «regular» cuenta con el 32,8% y casi un 40% no recibe la consideración social deseada, cifra esta que resulta de la suma de los intervalos «poco» (30,6%) y «nada» (8,7%). (Fig 17)

La media de los datos obtenidos, indica un bajo índice de percepción procedente del reconocimiento del *ciudadano*, aunque contraria a ésta postura tenemos la opinión de 700 encuestados, que han marcado los niveles «muchísimo» y «mucho».

Indagando en el perfil profesional de éste 26,8%, descubrimos un incremento de trabajadores que acumulan experiencia profesional y situados en las categorías de mayor edad. (Fig 18). La Enfermería Docente y de Empresa, manifiestan un mayor reconocimiento de la ciudadanía y comparando los subsistemas de salud de A.P.S. y A.E. aparece una percepción más positiva a favor de la primera. (Fig 19)

Una pregunta hecha a la totalidad de la muestra, plantea si el prestigio social de la profesión se sustenta, fundamentalmente, en la dedicación al servicio de cuidar. Este parecer les ha parecido correcto al 37,2% e incorrecto al 55,5%; no contestaron el 7,3%. (Fig 20)

Finaliza el informe de resultados sobre autoimagen descubriendo la satisfacción que generan estos reconocimientos. La satisfacción es muy alta cuando hay una evaluación positiva de la propia Enfermería. Por el reconocimiento profesional de jefes y médicos, las enfermeras manifestamos una menor satisfacción. (Fig 21). Lo más destacado se observa en la percepción que tenemos de los usuarios, pues la baja consideración recibida consigue importantes cotas de satisfacción. (Fig 22)

CONCLUSIONES

1. El reconocimiento profesional no es un elemento laboral pre-

2. La enfermería consultada, siente que el mayor reconocimiento procede de su propio grupo, a continuación le sigue el colectivo médico, ligeramente más bajo están los jefes y se sitúan finalmente los usuarios.
3. Docencia y atención primaria, en este orden, son las áreas de trabajo mejor reconocidas por los usuarios, según percepción del propio colectivo.
4. Comprobamos que los empleados que piensan que su trabajo está muy reconocido, es porque disfrutan de las relaciones laborales y desarrollan en mayor medida el trabajo en equipo.
5. Los profesionales opinan mayoritariamente que Enfermería no es una labor socialmente reconocida, aunque descubrimos que ésta consideración social genera una enorme satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

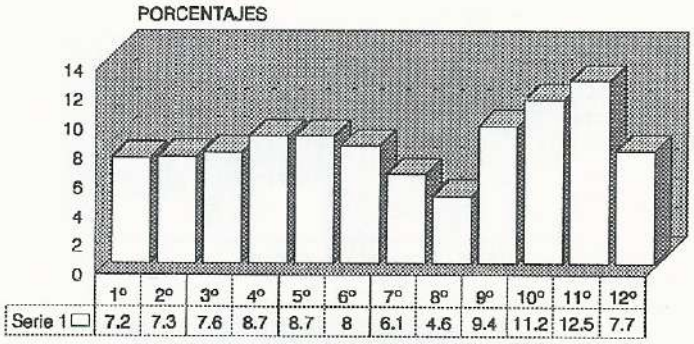
1. Chuterbuck, D. Cómo aumentar el prestigio. Marketing de la función de los recursos humanos. Ed. Gestión 2.000. Barcelona 1.995.
2. Herzberg, F. The motivation to work. Ed Transaction. New Brunswick and London. 1.993
3. Dominguez Alcón, C. Estudio de los recursos humanos: La Enfermería en Catalunya. Ed. Unió Catalana d'hospitals. Barcelona, mayo de 1.990.
4. Alberdi, RM. Calidad de vida, calidad de atención. Rev. Rol de Enfermería. Nº 145, pp 67-71. 1.990

ANEXO

GRÁFICO 1

RECONOCIMIENTO PROFESIONAL

(ENFERMERÍA ANDALUZA)



	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Serie 1	7.2	7.3	7.6	8.7	8.7	8	6.1	4.6	9.4	11.2	12.5	7.7

GRÁFICO 2

EL RECONOCIMIENTO POR ENFERMERÍA
(ENFERMERÍA ANDALUZA)

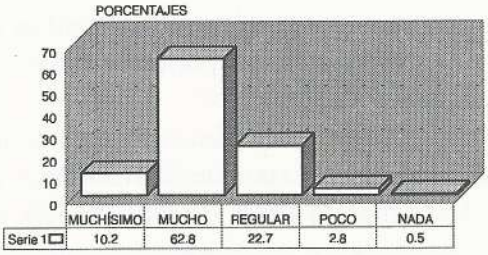


GRÁFICO 3

PERFIL DE LOS QUE PERCIBEN UN ALTÍSIMO RECONOCIMIENTO DE LA PROPIA ENFERMERÍA
EDAD EN AÑOS

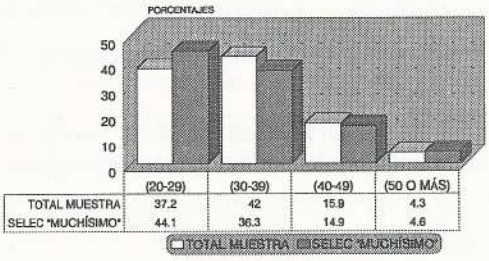


GRÁFICO 4

PERFIL DE LOS QUE PERCIBEN UN ALTÍSIMO RECONOCIMIENTO DE LA PROPIA ENFERMERÍA
ZONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

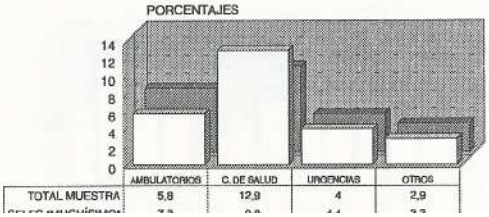


GRÁFICO 5

PERFIL DE LOS QUE PERCIBEN UN ALTÍSIMO RECONOCIMIENTO DE LA PROPIA ENFERMERÍA
ZONAS DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA

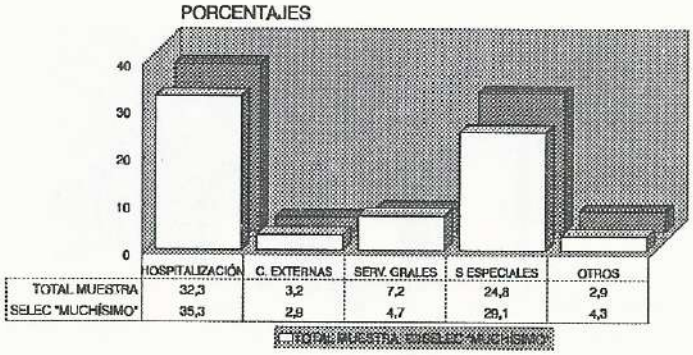


GRÁFICO 6

PERFIL DE LOS QUE PERCIBEN UN ALTÍSIMO RECONOCIMIENTO DE LA PROPIA ENFERMERÍA
OTRAS ÁREAS

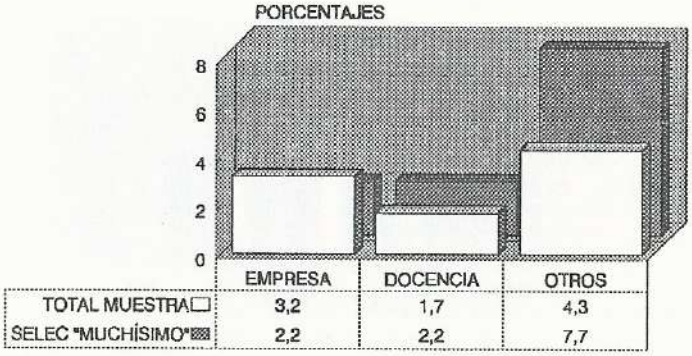
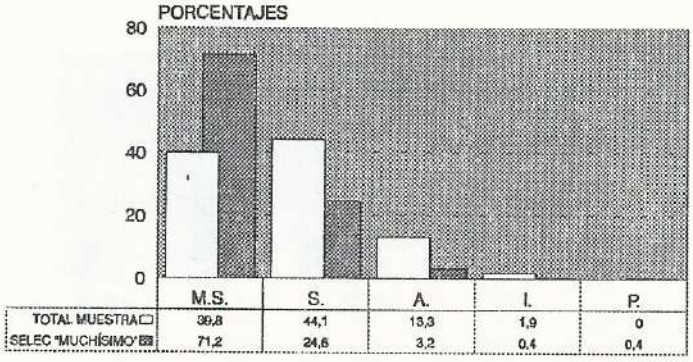


GRÁFICO 7

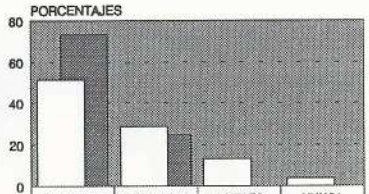
PERFIL DE LOS QUE PERCIBEN UN ALTÍSIMO RECONOCIMIENTO DE LA PROPIA ENFERMERÍA
RELACIONES LABORALES



MS=MUY SATISFACTORIAS S=SATISFACTORIAS A=ACEPTABLES I=INSATISFACTORIAS P=PÉSIMAS

GRÁFICO 8

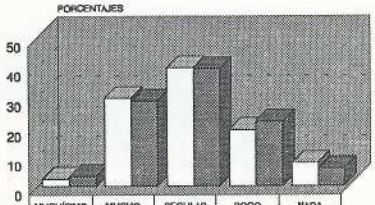
PERFIL DE LOS QUE PERCIBEN UN ALTÍSIMO RECONOCIMIENTO DE LA PROPIA ENFERMERÍA
TRABAJO EN EQUIPO



	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
TOTAL MUESTRA	51.2	28.8	13.2	3.9
SELEC "MUCHÍSIMO"	73.3	24.6	0	0

GRÁFICO 9

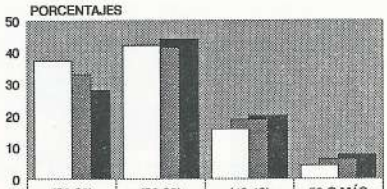
¿COMO CREES QUE ES RECONOCIDO TU TRABAJO?
(ENFERMERÍA ANDALUZA)



	MUCHÍSIMO	MUCHO	REGULAR	POCO	NADA
POR LOS JEFES	2.4	29.4	39.7	19	7.7
POR LOS MÉDICOS	3.3	28.5	39.4	21.8	5.8

GRÁFICO 10

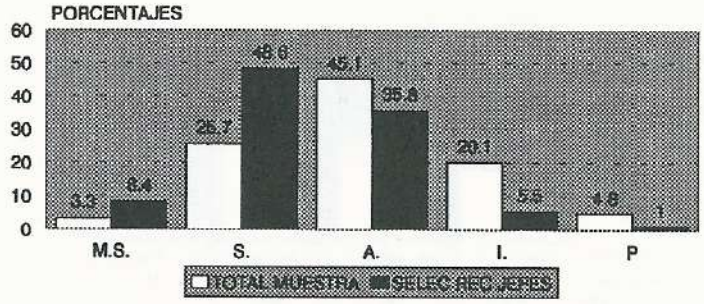
PERFIL DE QUIENES SE SIENTEN BIEN RECONOCIDOS POR JEFES Y MÉDICOS
EDAD EN AÑOS



	(20-29)	(30-39)	(40-49)	50 O MÁS
TOTAL MUESTRA	37,2	42	15,9	4,3

GRÁFICO 11

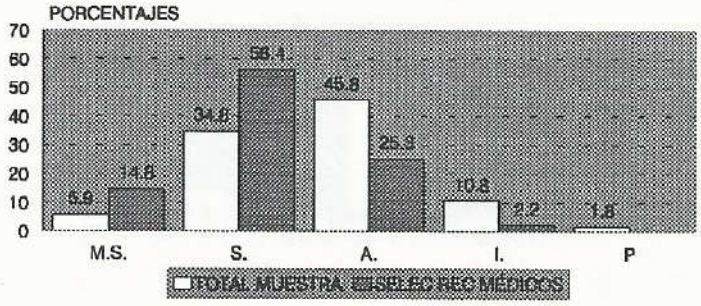
PERFIL DE QUIENES SE SIENTEN BIEN RECONOCIDOS POR JEFES
RELACIONES LABORALES



MS=MUY SATISFACTORIA S=SATISFACTORIA A=ACEPTABLE I=INSATISFACTORIA P=PÉSIMA

GRÁFICO 12

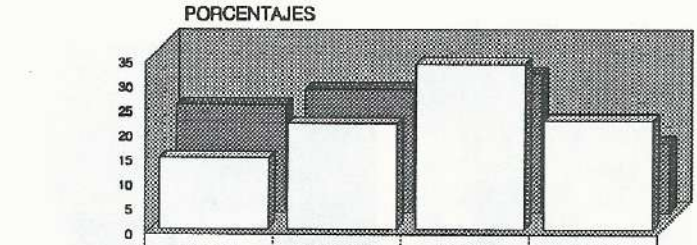
PERFIL DE QUIENES SE SIENTEN BIEN RECONOCIDOS POR MÉDICOS
RELACIONES LABORALES



MS=MUY SATISFACTORIA S=SATISFACTORIA A=ACEPTABLE I=INSATISFACTORIA P=PÉSIMA

GRÁFICO 13

PERFIL DE QUIENES SE SIENTEN BIEN RECONOCIDOS POR LOS JEFES
TRABAJO EN EQUIPO



	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
TOTAL MUESTRA	14.5	21.5	33.8	22.2
SELEC REC JEFES	21.9	25.1	28.3	14.2

GRÁFICO 14

PERFIL DE QUIENES SE SIENTEN BIEN RECONOCIDOS POR LOS MÉDICOS
TRABAJO EN EQUIPO

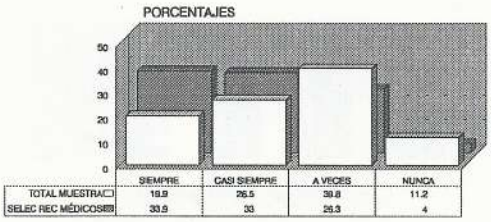


GRÁFICO 15

PERFIL DE QUIENES SE SIENTEN BIEN RECONOCIDOS POR LOS JEFES
ÁREAS DE TRABAJO

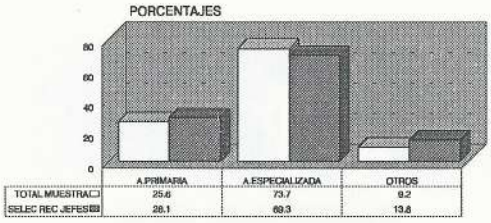


GRÁFICO 16

PERFIL DE QUIENES SE SIENTEN BIEN RECONOCIDOS POR LOS MÉDICOS
ÁREAS DE TRABAJO

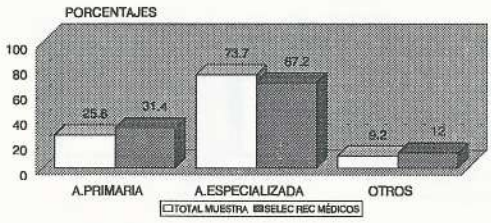


GRÁFICO 17

RECONOCIMIENTO SOCIAL
(ENFERMERÍA ANDALUZA)

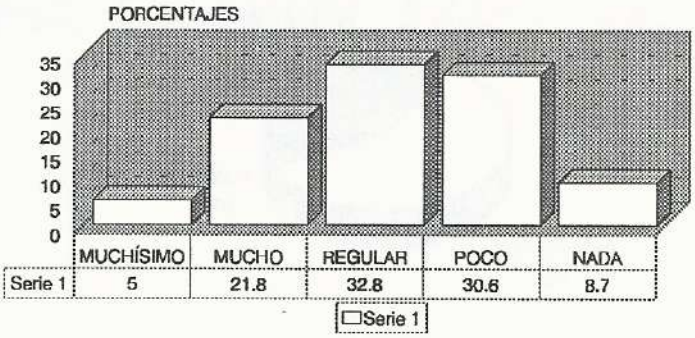


GRÁFICO 18

PERFIL DE LOS QUE OPINAN ESTAR BIEN CONSIDERADOS POR LA SOCIEDAD
EDAD EN AÑOS

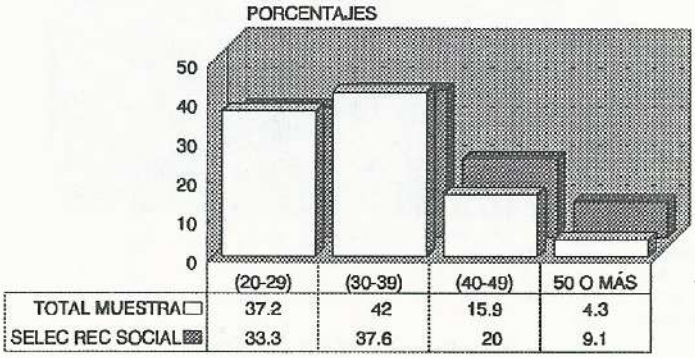


GRÁFICO 19

PERFIL DE LOS QUE OPINAN ESTAR BIEN CONSIDERADOS POR LA SOCIEDAD
ÁREAS DE TRABAJO

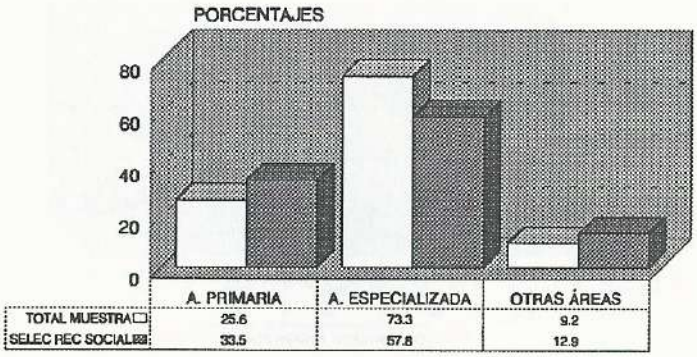


GRÁFICO 20

EL RECONOCIMIENTO SOCIAL, SOLO SE ALCANZA DESARROLLANDO LOS CUIDADOS
(ENFERMERÍA ANDALUZA)

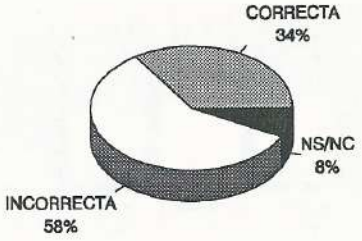
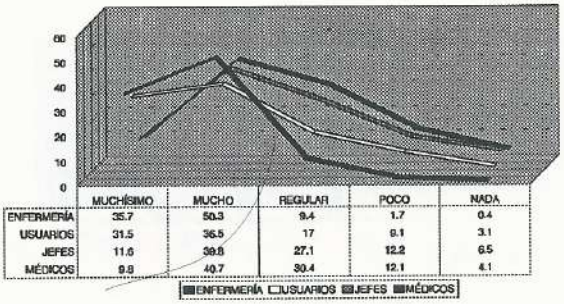


GRÁFICO 21

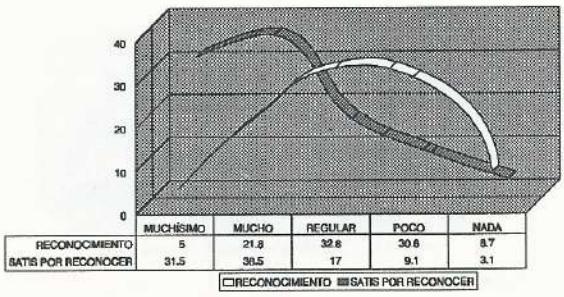
¿QUE SATISFACCIÓN TE PRODUCE EL RECONOCIMIENTO DE LOS GRUPOS?
(ENFERMERÍA ANDALUZA)



	MUCHÍSIMO	MUCHO	REGULAR	POCO	NADA
ENFERMERÍA	35.7	50.3	9.4	1.7	0.4
USUARIOS	31.5	36.5	17	9.1	3.1
JEFES	11.6	39.8	27.1	12.2	6.5
MÉDICOS	9.8	40.7	30.4	12.1	4.1

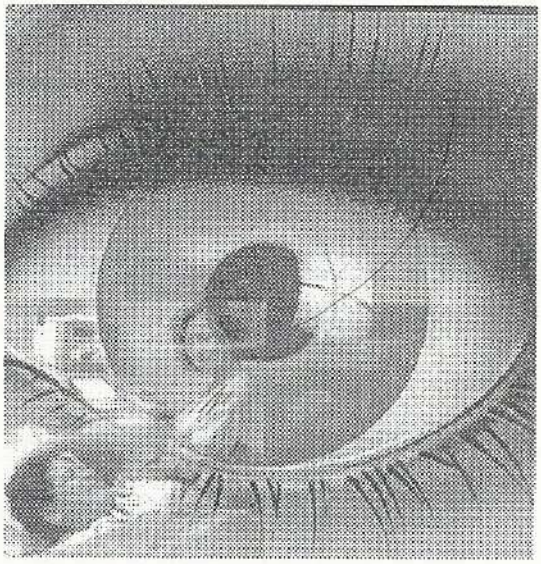
GRÁFICO 22

RECONOCIMIENTO SOCIAL Y SATISFACCIÓN QUE ESTE ORIGINA
(ENFERMERÍA ANDALUZA)



	MUCHÍSIMO	MUCHO	REGULAR	POCO	NADA
RECONOCIMIENTO	5	21.8	32.8	30.6	8.7
SATIS POR RECONOCER	31.5	36.5	17	9.1	3.1

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO



Rodrigo Chacón Ferrera
José E. Hernández Rodríguez
M. Díaz Hernández
Judit Sánchez García
Juan F. Jiménez Díaz
María. L. Estévez García

Departamento de Enfermería. Hospital Insular

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

El título de la presente comunicación, quizás pueda resultar pretensioso para quién se dedique a evaluar la calidad de los cuidados o la satisfacción percibida por el usuario de servicios sanitarios, pero en mi caso, el dar este titulo a la comunicación, lo fue por una serie de hechos, que comentaré a continuación:

a) En primer lugar, por mi trabajo como enfermero de Docencia, formación continuada y calidad, me interesó desarrollar y poner en práctica, sistemas que pudieran evaluar y tener en cuenta la opinión del usuario respecto de los servicios que se le brindan.

b) En segundo lugar, debido a la comprobación de que en las encuestas post-hospitalización de los hospitales, se pregunta a los usuarios, en referencia al personal de Enfermería, acerca de cuestiones de trato, información y confort, pero no aparecen preguntas (como sí se hacen de otros estamentos), acerca de su profesionalidad.

c) Y en tercer lugar a la constatación, de este mismo hecho, a través de un dossier, del Ministerio de Sanidad y Consumo, con los resultados de una encuesta de Calidad Percibida por el Usuario, encargada a la empresa CUANTER (Estudios sociológicos y de mercado). En este estudio Nacional, se recaba información sobre la calidad percibida por el usuario en Ambulatorios y Consultas Externas Hospitalarias, utilizando un número de variables más numerosa que en las encuestas post-hospitalización, pero agrupadas en:

a) Variables genéricas (edad, sexo, estatus socio-económico, número de veces que acude a consultas, etc...).
b) Variables de calidad percibida respecto al centro. (limpieza, acceso, comodidad, etc...)
c) Variables referidas a las consultas, de estas, 8 referidas al médico. 1 al personal de enfermería y 1 al resto de trabajadores, (las 2 preguntas referidas al personal de enfermería y al resto de trabajadores lo son sobre el trato humano recibido).

Por lo expuesto, se deduce que es una encuesta en la que se repite el mismo enfoque de las encuestas consultadas, o sea, se pide opinión sobre la profesionalidad de del médico y sobre el resto de profesionales, se cuestiona solo sobre su trato, información, etc.

Esta situación, da pié para que ponga en marcha un proyecto de calidad percibida por el usuario en dos Centros de Asistencia Especializada de la isla de Gran Canaria, (Telde y Vecindario), a través de una encuesta, que sirva para establecer un parámetro referencial de la satisfacción del usuario con un Centro, servicio, estamento y período de tiempo concreto, de manera tal, que permita, incidir sobre los menos valorados en orden a su adecuación respecto a los demás y se puedan medir las desviaciones futuras. Introduciendo como novedad, un parámetro concreto de grado de satisfacción, respecto de la profesionalidad del personal de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se elaboró un modelo de encuesta diseñado específicamente para los Centros elegidos y se implanta en los mismos, de tal manera que el usuario esté enterado (cartel anunciador), le resulte de fácil acceso (modelos de encuesta en sitios visibles), de cómodo relleno (preguntas sencillas, y respuestas cerradas, a contestar con una equis) y remisión (un buzón donde introducirlas).

Las encuestas se recogen semanalmente, se remiten para su proceso, se introducen codificadas en una base de datos (D-Base 4) y se realiza su tratamiento estadístico con el programa (SPSS-PC), empleando una formula para hallar el grado de satisfacción por porcentaje.

El número de encuestas procesadas fue de 723 en el período de un año, en los Centros objeto del estudio.

La encuesta, lógicamente es anónima, por lo que el usuario no tiene que identificarse.

En cuanto al contenido, consta de:

a) Un apartado genérico con preguntas como: (¿A que consulta asistió?, edad, sexo, profesión, etc.).

b) Preguntas referidas a la calidad que perciben los usuarios sobre los diferentes servicios que les oferta el Centro, diferenciando aspectos tales como: (limpieza, comodidad, acceso, tiempo que transcurre entre cita y consulta, etc.).

c) Y otro grupo en las que se les pide su opinión, referida a los trabajadores, en este caso, diferenciando la calidad de la información y el trato personal (para todos los estamentos) y el trato profesional (para médicos y personal de enfermería)

La hipótesis de trabajo es, que el grado de satisfacción a cada pregunta de la encuesta, en ambos Centros, para ambos sexos y de cualquier procedencia (A.P. y A.E), es la misma.

RESULTADOS

El resultado de las comparaciones entre Centros, no es motivo de esta comunicación y por tanto no se reflejan en este trabajo, aunque para el estudio de las variaciones entre Centros, son de primordial interés, por tanto mencionaré las cifras globales de los dos Centros, y destacaré las relativas a la calidad percibida por el usuario respecto al personal, en referencia a trato, información y profesionalidad, pormenorizadas por preguntas o grupos de preguntas según resultados.

El grado de satisfacción general del usuario (media ponderada), es 53.54.

En cuanto al funcionamiento de la cita programada y el tiempo que transcurre desde que se pide cita hasta que se acude a consulta, es 32.61.

Referente a aspectos de hostelería, comodidad, limpieza, el resultado es 61.61.

El resultado de las preguntas referidas al personal médico, reflejan las siguientes cifras:

- La asistencia profesional recibida (58.63)
- La información (68.12)
- El trato personal (72.62)

El resultado de las mismas preguntas referidas al personal de enfermería, refleja lo siguiente:

- La asistencia profesional recibida (69.39)
- La información (73.29)
- El trato personal (75.29)

En cuanto al resto de trabajadores del Centro (Celadores, Administrativos), resulta lo siguiente:

- La información (80.53)
- El trato personal (77.92)

DISCUSIÓN

El grado de satisfacción general del usuario, refleja un nivel aceptable y en concordancia con otras encuestas.

Referido el grado de satisfacción al funcionamiento de la cita programada y el tiempo que transcurre desde que se pide cita hasta que se realiza, denota un grado de satisfacción bajo, lo cual corresponde a resultados obtenidos en otros estudios.

En cuanto a aspectos de hostelería, comodidad, limpieza, el resultado es bueno

La valoración del trato personal, es similar para los tres grupos representados, valorando de mayor a menor grado, o sea de «mejor a peor» primero a otro personal (celadores, administrativos), después al personal de Enfermería y por último al personal médico, aunque sin dife-

La misma valoración, referida a la información, refleja resultados similares, dándose nuevamente el caso de valorar de mayor a menor grado, primero a otro personal (celadores, administrativos), después al personal de Enfermería y por último al personal médico, otra vez sin diferencias significativas.

Esta mejor valoración por el usuario de los aspectos de trato e información, se repite en todos los estamentos valorados, por lo que creemos que el profesional de enfermería debería tenerlo en cuenta, en la medida que incide directamente en la calidad percibida por el usuario.

En cuanto a ¿porqué se valora mejor a otros trabajadores?, pensamos que quizás es porque tienen un contacto más puntual y menos comprometido con los usuarios y resuelven temas concretos, ej. (la sala 7 está al final del pasillo).

En el análisis de la pregunta referida a la asistencia profesional recibida, se constata una mejor valoración del personal de enfermería, en relación al personal médico.

CONCLUSIONES

En los tres parámetros evaluados (trato, información y profesionalidad), observamos una mejor valoración del personal Enfermero respecto del personal Médico, por tanto no entendemos que no se aproveche esta mejor valoración y no se tenga en cuenta como profesional, al personal de enfermería en las encuestas «normatizadas».

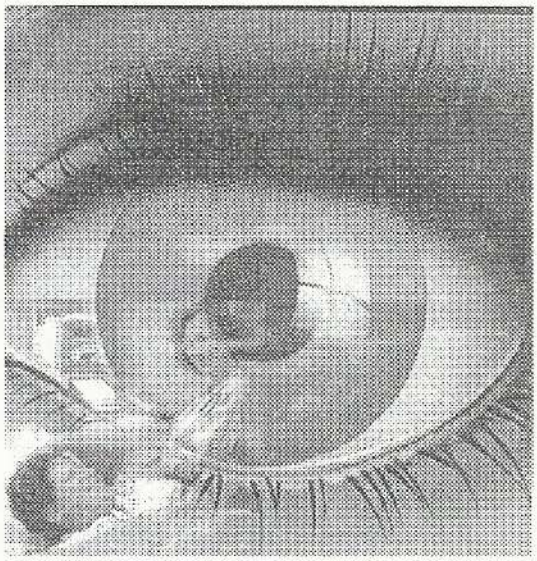
La encuesta de satisfacción en los Centros de Telde y Vecindario, ya contemplan al personal de enfermería en su vertiente profesional, con resultados muy positivos, sería deseable que éste parámetro se fuera añadiendo en otros Centros.

Pensamos que es necesario profundizar, en estudio posterior, en la mejor valoración que hace el usuario, de otros trabajadores y del personal de enfermería con respecto al personal médico, la pregunta sería: ¿Cuales son las causas que originan esa mejor valoración?, con lo que tendríamos unos elementos de actuación como profesión, en línea con la mejor valoración por parte de los usuarios, de los servicios sanitarios que se les presta, lo que nos pondría sin lugar a dudas en situación de ventaja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mª Paz Mompart García «CALIDAD EN ENFERMERÍA: ESTABLECIMIENTO Y CONTROL». Libro de las IV Sesiones de la AEED.1983.Pag.5-11
2. Rosamaría Alberdi Castell. «CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EL MEDIO EXTRA-HOSPITALARIO». Libro de las IV Sesiones de la AEED.1983.Pag.49-61
3. Carmen Blasco Ordoñez. «EL NIVEL DE CALIDAD, UN RETO PARA ENFERMERÍA».. Libro de las IV Sesiones de la AEED.1983.Pag. 175-178
4. María Rosario del Barrio Yesa. «ESTABLECIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA». Libro de las IV Sesiones de la AEED.1983. Pag. 181-187
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. «CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO DEL INSALUD EN AMBULATORIOS Y CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS». Informe de resultados. Diciembre 1992
6. Pérez,M.C; Gutiérrez,J; Jiménez,M.C; Gallego,M; Linares,M.. «ASPECTOS DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA QUE MOTIVAN RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS». Libro de las XV Sesiones de la AEED. 1994. Pag. 515-523

AUTOESTIMA/ AUTOCONCEPTO: UN ANÁLISIS DE LA AUTOIMAGEN PROFESIONAL EN ALUMNOS/AS DE ENFERMERÍA



González Rodríguez, R. (*). Paublete Herrera, Mª.C. (**) Lupiani Giménez, M. (***). Martínez Nieto, J.M. (****) Gala León, Fco. J. (*****). Guillén Gestoso, C. (******). Díaz Rodríguez, M. (*******). Bas Sarmiento, P. (********)

(*) Profesor Asociado de Enfermería Fundamental.
(**) Profesora Asociada de Microb. y S. Comunit
(***) Profesora Asociada de Enfermería Médica
(****) Profesor Titular de Enfermería Comunitaria
(*****) Profesor Titular de Ciencias de la Conducta
(******) Profesor Asociado de Psicología Social
(*******) Profesora Titular de de Enfermería Psicosocial
(********) Profesora Asociada de Enfermería Psicosocial.
E.U.Ciencias de la Salud
Universidad de Cádiz

INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La Autoimagen o Autoconcepto es para muchos autores un componente básico en la persona, ya que sin él sería imposible el comportamiento humano: Actuar como una persona significa tomar decisiones, comprometerse, responsabilizarse..... y esto exige tener una adecuada opinión sobre uno mismo [1].

Este reconocimiento de la Autoimagen o Autoconcepto (o, incluso, Autoestima) como componente básico de la personalidad se remonta ya a Platón y a S. Agustín [2], pero es Coopermisth [3] quien lo conceptualiza en su forma más aceptada como «la forma en la que el individuo se evalúa a sí mismo», delimitándose posteriormente las distintas dimensiones o subelementos de dicho constructo que se conforma con un carácter Multidimensional.

Multitud de evidencias, tras años de investigaciones, demuestran que el Autoconcepto tiene una gran importancia en el aprendizaje, rendimiento académico, relaciones interpersonales, necesidades sociales y en el rendimiento profesional, dado que ***«realiza una función reguladora central que gobierna todo el procesamiento de la información y controla el imput sensorial»*** [4].

También se ha demostrado la correlación existente entre la Autoestima y otras muchas variables, tales como el lugar de control («locus of control») interno [5] y la adaptación en general [6]; evidenciándose también correlaciones negativas con la ansiedad, la depresión y la indefensión [7].

Sea como sea, nadie duda hoy que el rendimiento académico y el profesional se explican por una variedad de factores entre los que se

encuentra el autoconcepto (aunque no se sepa exactamente que parte del rendimiento es la atribuible a esa autoestima).

En 1989, Oñate - siguiendo a Rogers - [8] le atribuye las siguientes características al autoconcepto:

a) El organismo es un todo y tiene tendencia a la autorrealización.
b) La conducta es producto de las percepciones propias.
c) El autoconcepto regula la conducta al organizar las percepciones del entorno admisibles a la consciencia.
d) Este autoconcepto es relativamente consistente en el tiempo.
e) Cuando nuestro yo ideal es poco congruente con nuestro autoconcepto se producen alteraciones en la personalidad del individuo.

(Recordemos que desde las posturas cognitivistas la conducta no es lo más importante, sino lo que esa conducta significa para el propio sujeto: Así la autoestima o autoimagen sería el conjunto de representaciones o esquemas cognitivos acerca de uno mismo).

Por todo ello nos ha parecido de especial relevancia el analizar el autoconcepto de nuestros/as alumnos/as de Enfermería; máxime si admitimos con I. King [9] la especial importancia del autoconcepto para el desempeño de la Enfermería, importancia que no es menor en el caso de la enseñanza de la Enfermería [10].

OBJETIVOS

Evaluar y analizar la Autoestima Profesional de nuestros/as alumnos/as de Enfermería, atendiendo a los siguientes elementos componentes del constructo - que ya vimos en la introducción que presenta un carácter multidimensional -.

- Nivel de Activación Motivacional (Act).
- Nivel de Expectativa (Exp).
- Nivel de Ejecución (Ejec).
- Valoración de los Incentivos (Inc).
- Nivel de Satisfacción (Sat).

Y contrastando todo ello atendiendo a las variables **«Curso»** (1º, 2º y 3º), **«Sexo»** y **«Campus»** (Algeciras Vs. Cádiz).

2.1. Definiciones Operativas:

El constructo **«Autoestima/Autoconcepto»** (Ac) del que se han recogido hasta 10.000 citas conceptualizándolo [11] es definido operativamente a efectos de esta investigación y siguiendo a Fernández Seara [12] como la «Necesidad de poner a prueba la valía personal/profesional, realizar proyectos y alcanzar metas» y está constituido por los siguientes subelementos o componentes:

- **ACT.-** **Nivel de Activación Motivacional:** Alude al estado de alerta - «arousal» - que determina el comportamiento en orden a la consecución de unas metas.
- **EXP.-** **Nivel de Expectativa:** Anticipación cognitiva del sujeto acerca de la posibilidad de alcanzar un éxito o fracaso en una determinada tarea mediante un determinado esfuerzo.
- **EJEC.-** **Nivel de Ejecución:** Cantidad de esfuerzo que un individuo pone en práctica en la consecución de unas metas.
- **INC.-** **Valor de los Incentivos:** Valoración del sujeto a los Factores extrínsecos del trabajo (condiciones ambientales, horarios, salario, reconocimiento social, etc.).
- **SAT.-** **Nivel de Satisfacción:** Grado según el cual los incentivos corresponden o superan el nivel de aspiración del sujeto y que el individuo juzga como justo o inadecuado.

MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Muestra:

Se ha manejado un N. de 208 sujetos (muestra significativa al n.c. del 99%, con un error muestral máximo del 0.01%) (13), tomados mediante un muestreo estratificado (según el sexo, el curso y el campus) al azar, de una población diana conformada por los 465 alumnos y alumnas

que conforman la Diplomatura de Enfermería de la E. U. de Ciencias de la Salud de la U. C. A., en sus Campus de Cádiz y Algeciras (siendo 275 de Cádiz y 190 de Algeciras; y 328 mujeres frente a 137 varones).

De este modo, el reparto muestral por estratos ha sido:

- Según el Sexo:
  * 149 Mujeres (71,6%).
  * 59 Varones (28,4%).
- Según el Curso:
  * 80 - Curso 1º (38,46%).
  * 61 - Curso 2º (29,32%).
  * 67 - Curso 3º (32,21%).
- Según el Campus:
  * 95 - Algeciras (45,6%).
  * 113 - Cádiz (54,4%).

3.2. Material:

El instrumento utilizado para la recogida de datos ha sido la Escala de Motivaciones Psicosociales (MPS) -una de las escalas con estructura psicométrica más avalada, dentro de los cerca de 100 tipos de evaluación distintos que Wilie [14] ha detectado para el autoconcepto- . Esta Escala MPS, con una fiabilidad - test - retest - del 0.83 y una validez convergente media - según los subfactores - del 0.64 se debe a Fernández Seara y la comercializa la casa TEA desde 1987. Dentro de los factores que mide la escala se ha atendido al Factor «Ac» (Autoestima/Autoconcepto Profesional) ya definido en el detalle de las «Definiciones Operativas» -punto «2.1»-

La prueba se trata de un cuestionario de «papel y lápiz» de 173 ítems que se ha aplicado por personal experto, de forma anónima en cuanto a las respuestas de los sujetos que tan sólo indicaban - como datos de cabecera - el sexo, el curso y el campus.

3.3. Recogida y tratamiento de los datos:

La toma de datos se efectuó del 1/10/96 al 18/10/96. Se ha utilizado un tratamiento estadístico, con el «EPI- INFO», [15] basado en las

95% ($p < 0.05$) y, a veces, del 99% ($p < 0.01$) subelemento a subelemento y en cada subgrupo, tanto a nivel intragrupo como intergrupo (16).

RESULTADOS

De este modo, pues, los resultados obtenidos han sido:

(Expresamos la media - x - en cada subelemento y en el total - Ac - de toda la muestra - «tónica general» -, con el percentil que alcanza cada media).

Todo ello puede ilustrarse más detalladamente si atendemos a los gráficos I y II.

Resultados(I)

Todos (Tónica General)

	$\bar{x}$	Percentil
ACT	11,59	60
EXP	9,80	70
EJEC	7,32	30
INC	30,26	95
SAT	28,93	95
Total (Ac)	17,58	74,5

Resultados(II)

Según el Campus

ACT	$p > 0.05$ N.S.
EXP	$p > 0.05$ N.S.
EJEC	$p > 0.05$ N.S.
INC	$p > 0.05$ N.S.
SAT	$p > 0.05$ N.S.
Total (Ac)	$p > 0.05$ N.S.

Resultados(III)

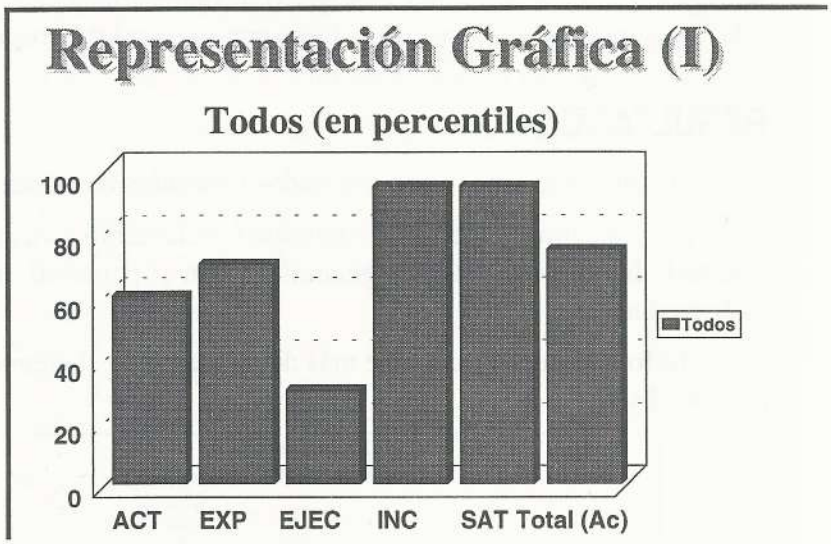
Según el Sexo

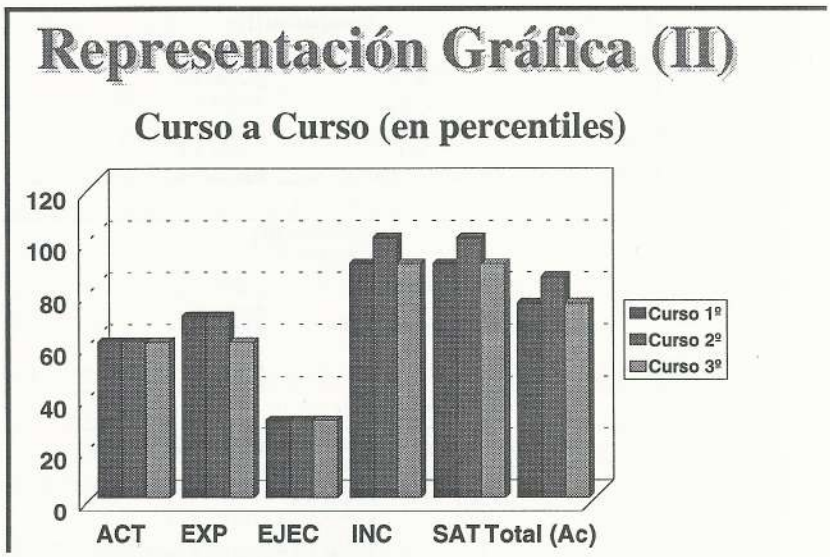
ACT	$p > 0.05$ N.S.
EXP	$p > 0.05$ N.S.
EJEC	$p > 0.05$ N.S.
INC	$p > 0.05$ N.S.
SAT	$p > 0.05$ N.S.
Total (Ac)	$p > 0.05$ N.S.

Resultados (IV)

Según el Curso

ACT	$p > 0.05$ N.S.
EXP	**$p < 0.05$ 1º = 2º / 1º > 2º / 2º > 3º**
EJEC	$p > 0.05$ N.S.
INC	**$p < 0.05$ 1º < 2º / 1º = 3º / 2º > 3º**
SAT	**$p < 0.05$ 1º < 2º / 1º = 3º / 2º > 3º**
Total /Ac)	**$p < 0.05$ 1º < 2º / 1º = 3º / 2º > 3º**


Representación Gráfica (I)
Todos (en percentiles)
100
80
60
40
20
0
ACT
EXP
EJEC
INC
SAT Total (Ac)
Todos


Representación Gráfica (II)
Curso a Curso (en percentiles)
120
100
80
60
40
20
0
ACT
EXP
EJEC
INC
SAT Total (Ac)
Curso 1º
Curso 2º
Curso 3º

CONCLUSIONES

Como corolario de estos resultados, y no entrando en la discusión de los mismos por no pasar de las seis páginas concedidas, podemos concluir que:

a) El nivel medio general de **«Autoestima/Autoconcepto»** (Ac) Profesional de nuestros/as Alumnos/as de Enfermería puede catalogarse como **moderadamente elevado** (percentil 74,5).

b) Destacan sobre todo los niveles alcanzados en **Valor de los Incentivos** (INC) y **Nivel de Satisfacción** (SAT) (percentil 95 en ambos).

c) En el **Nivel de Activación Motivacional** (ACT) y en el **Nivel de Expectativa** (EXP) se alcanzan valores moderados (percentiles 60 y 70 respectivamente).

d) Sin embargo, y por desgracia, el **Nivel de Ejecución** puede considerarse como bastante pobre (percentil 30) , reconociendo, pues, nuestros alumnos que se **esfuerzan poco** y se esforzarían poco - profesionalmente hablando - para alcanzar las metas propuestas... El dato es importante y nos hace dudar de la autoestima a medio plazo de estos alumnos - si no cambian en este subelemento - puesto que «todo individuo con alto autoconcepto atribuye el éxito al propio esfuerzo y a las propias capacidades» [17].

e) No se encuentran diferencias significativas, respecto a esta tónica general, atendiendo al Campus donde cursan los estudios.

f) Tampoco aparecen diferencias significativas según el sexo.

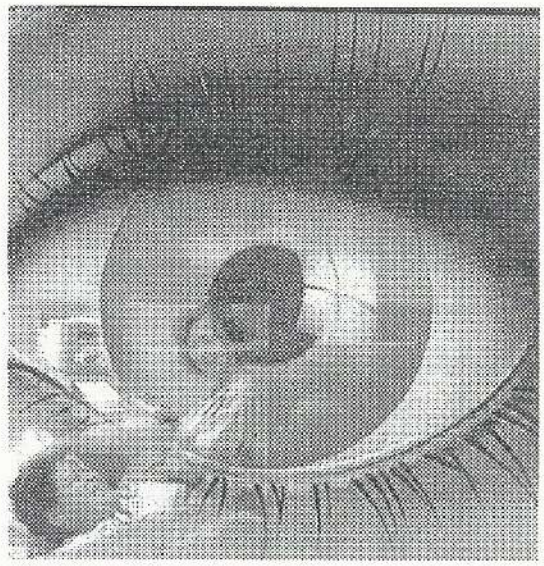
g) Respecto al Curso, 1º y 3º aparecen - curiosamente - como similares. Sin embargo el nivel medio de **«Autoestima/ Autoconcepto»** (Ac) de los de **2º** si es significativamente superior, destacando sobre todo éstos en **Nivel de Expectativa, Valor de los Incentivos** y **Nivel de Satisfacción.**

h) Por desgracia, el **Nivel de Ejecución** es similar también en todos los Cursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BILBAO,Mª.C. Y GARCÍA,Mª.I.: «Relación entre autoconcepto y rendimiento académico» en M. Marín y F. Medina. «Psicología del desarrollo y de la educación: La intervención psicoeducativa». Ed. Eudema. Madrid 1996.
2. MUSITU, G.: «Autoconcepto. Forma A.». Ed. TEA. Madrid 1992.
3. COOPERMISTH, S.: «The antecedents of self-esteem», en R. Freeman, «Personal causation: The internal affective determinants of behavior». Ed. Academic Press.Nueva York 1976.
4. LACASA Y VILLUENDAS - 1988 - citados por González, M. y Touron, J.:«Autoconcepto y rendimiento escolar». Ed. EUNSA. Navarra 1992.
5. GORDON, D.:«Children´s beliefs in internal/external control self-esteem as related to academic achievemenet». Journal of personality asessment. 41: 383-386.1977.
6. GONDRA, J.: «La relación del índice de congruencia self-ideal con el cambio terapéutico y con el ajuste dela personalidad». Revista de Psicología General y Aplicada. 30: 585-607. 1995.
7. MOYAL, B.: «Locus of control, self-esteem, stimulus appraisal and depresive syntoms in children». Journal of consulting and clinical Psychology. 45: 951-952. 1987.
8. OÑATE, M.: «El autoconcepto, formación, medidas e implicaciones en la personalidad». Ed. Oikos-Tau. Barcelona 1989.
9. KING, I.: «Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos». Ed. Limusa. México 1984.
10. DE TORNAY, R. Y THOMPSON, M.: «Enseñanza de la Enfermería: Métodos,resultados y habilidades requeridas». Ed. Limusa. México 1983.
11. GARANTO, J.: «Las actitudes hacia sí mismo y su medición». Ed. Ediciones Universitarias (Temas de Psicología). Barcelona 1989.
12. FERNÁNDEZ - SEARA, J.L.: «Escala de Motivaciones Psicosociales - MPS -». Ed. TEA (publicaciones de Ps. aplicada). Madrid 1987.
13. AYCAQUES, S.: «Muestreo para la investigación en Ciencias de la Salud». Ed. Díaz de Santos. Madrid 1994.
14. WILIE, E. - recogido por Beltran, J. en «El autoconcepto» (Manual de Psicología Educacional). Ed. UNED. Madrid 1987.
15. DEAN, J., DEAN, A. Y BURTON, A. (CDC y OMS): «Public domains off Ware for epidemiology and disease surveillance (EPI-INFO 5.00)». CDC. Atlanta 1990.
16. ARMITAGE, P. Y BERRY, G.: «Estadística para la investigación biomédica». Ed. Doyma. Barcelona 1992.
17. VACAS, Mª.C. Y MORENO, M.: «Variables de personalidad y autoconcepto» en M. Marín y Fco. Medina, «Psicología del desarrollo y de la educación: La intervención psicoeducativa». Ed. Eudema. Madrid 1996.

LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DEL QUEHACER PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA



Manuel Márquez Garrido (*)
María del Carmen Carrasco Acosta (*)
Ana Barquero González (*)
Francisco José Mena Navarro (*)
Dolores Benítez Ordoñez (**)

(*) Profesores/as de la E. de Enfermería de la Universidad de Huelva
(**) Enfermera de Atención Primaria del Distrito Sanitario de Huelva

INTRODUCCIÓN

Aproximarnos a los orígenes y evolución de los cuidados desde la Enfermería, requiere: por una parte hacer un recorrido del papel que las enfermeras han desarrollado en ella y por otra, contemplar el contexto histórico geográfico y sociocultural donde se desarrolla la acción de cuidar.

El análisis histórico de la actividad de cuidar debe considerar no sólo a las personas y organizaciones que ejercieron una notable influencia sino que además deberemos tener en cuenta las condiciones sociales, culturales, religiosas, y los conocimientos relacionados con la salud en las distintas etapas y a su vez como la población ha percibido la acción de cuidar.

Historiadores y sociólogos han descrito a lo largo de los tiempos como la imagen y la función de las enfermeras han sido objeto de diversas transformaciones. Ninguna profesión permanece estática, todas evolucionan y se transforman conscientes de los importantes cambios ocurridos en los últimos años referido tanto a la formación de los profesionales como a la práctica diaria y de los retos que se nos plantea desde la sociedad, entendida esta tanto por los gestores como por la población.

Debido a que en la actualidad nuestra profesión no se corresponde con lo que es o con lo que muchos enfermeros y enfermeras queremos que sea es por lo que puede que una parte no hayamos sabido dar a conocer lo que realmente somos, aunque a veces pueden existir personas que están interesadas en que no se conozca nuestra identidad profesional. Una profesión se caracteriza por lo que da, por lo que hace y por lo que "vende".

Un grupo de profesionales de enfermería nos planteamos la necesidad de averiguar la opinión que tienen sobre la profesión enfermera y su quehacer la población de Huelva capital, con el propósito de modificar actitudes e ir creando estrategias sobre la percepción que de nosotros mismos nos interese transformar.

Con la presente comunicación pretendemos dar a conocer los resultados que hemos obtenido mediante nuestro estudio sobre la imagen social que de la enfermería tienen los usuarios de los servicios sanitarios públicos de la capital de Huelva, en una primera etapa.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio es conocer la percepción que tiene la población de Huelva sobre el papel de la enfermería y de los cuidados que presta con la finalidad de ir creando actividades y estrategias encaminadas a modificar actitudes y creencias sobre el verdadero quehacer de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en la ciudad de Huelva. Hemos de decir que se encuentra situada al sur de la península siendo la provincia más occidental de Andalucía, limitando con Portugal. La población aproximada es de unos 120.000 habitantes cuya actividades principales son la Industria, la pesca y la agricultura.

Sanitariamente, la población es atendida por dos Hospitales Generales y uno de Crónicos, disponiendo de un distrito sanitario de cuatro Centros de Salud, y un consultorio local.

La población de estudio son los usuarios de Huelva de la que hemos extraído una muestra de forma aleatoria, estratificada por nivel de atención, que supone un total de 400 encuestas para un nivel de confianza del 95%.

El tratamiento de los datos obtenidos, se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS-PC+.

Las variables tratadas son: Perfil sociodemográfico, utilización de los servicios sanitarios, conocimientos sobre la profesión enfermera, actividades realizadas por los profesionales y ámbito de actuación, grado de satisfacción de los usuarios, habilidad y destreza percibida y por último, la percepción sobre la profesión enfermera.

Para ello, hemos realizado un cuestionario validado, que consta de 16 preguntas de las cuales cinco son abiertas. El cuestionario ha sido autoadministrado y anónimo. Se ha realizado en centros de Atención Primaria y Atención Especializada.

RESULTADOS:

Datos demográficos:

La población de estudio la hemos dividido en cuatro categorías de edades cuyos porcentajes reflejan un 30% de 20 a 35 años, un 44% cuyas edades se comprenden entre 36 y 50 años, entre 51 y 65 años un 20% y un 6% mayores de 66 años.

La distribución en cuanto a género es de un 42,88% que son hombres y un 57,12% que son mujeres.

De la población estudiada destacamos un 2,04% que no saben leer, dicen saber leer y escribir sin tener ningún tipo de estudios el 10,24% y el 22,44% solo tienen estudios primarios completos. Con bachiller elemental y superior corresponde el 46,92% y con estudios de nivel universitarios, entre Diplomaturas y Licenciados nos encontramos con un 18,36% de los encuestados.

Utilización de los servicios sanitarios:

Un 79,6% de la población estudiada ha estado hospitalizada alguna vez en su vida y un 20,4% dice que nunca han sido hospitalizados.

Preguntados sobre el lugar donde acuden cuando tienen algún problema de salud observamos que solo el 6,12% dice acudir primero a un profesional de enfermería frente al 79,6% que refiere consultar sobre todo a los médicos. No obstante un 6,12% dicen consultar a su farmacéutico habitual y en la misma proporción dicen no acudir a ninguno de

los servicios anteriores destacándose en un 2,04% cuyo comentario reflejado es el de la automedicación.

Esto últimos datos se pueden relacionar con los resultados obtenidos en cuanto a la creencia de que existen pocos profesionales de enfermería, ya que el 81,6% dicen que no hay suficientes enfermeros/as en los centros tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada a los que acuden; esta opinión, sobre todo la tienen los mayores de 51 años ya que el 100% de los mismos piensan así. Un 16,36% dicen que si hay un número adecuado de profesionales, opinión generalizada entre los encuestados menores de 50 años. Un 2,04 no sabe o no contesta.

Una inmensa mayoría de la población, un 98%, confiarían los cuidados de enfermería en su domicilio, frente a un 2% que no. Es el grupo de menor edad, los menores de 35 años, los que difieren algo de esta idea, aunque no sea del todo significativo.

Conocimientos sobre la profesión enfermera: denominación de la enfermería la diferenciación de géneros y la formación de los profesionales.

Preguntados en el sentido de si los profesionales de enfermería deben ser mujeres, hombres o ambos sexos, nadie contesta en el sentido de que deben ser solo mujeres, un 2,08 refieren que deben ser exclusivamente hombres y la gran mayoría opinan que la profesión de enfermería debe ser ejercida por ambos sexos, esto es un 97,92%.

Sin embargo existe aún una gran dificultad de diferenciar entre las distintas denominaciones que conviven en nuestra profesión, en base a la idea de la formación recibida, ya que existe una escasa diferencia en cuanto al conocimiento sobre si la formación de Practicantes, Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería es la misma o no. El 51% dicen que todos tienen la misma formación académica, y el 46,92% dicen que reciben formaciones diferentes. Un 2,08 no sabe/no contesta.

Es curioso, sin embargo, que la inmensa mayoría de los encuestados piensen que todos los profesionales de enfermería reciben formación universitaria, un 85,68% frente a un 10,24% que dicen que los estudios para obtener la formación enfermera no son universitarios. Un 4,08% dicen no saber nada al respecto.

Actividades realizadas por los profesionales de Enfermería y ámbitos de actuación:

Preguntados sobre si las actividades de los profesionales de Enfermería se deberían desarrollar además de en los Centros de Salud o los Centros Hospitalarios y consultas privadas en otros ámbitos sociales, los datos reflejan el siguiente cómputo:

Un 95,88% piensan que sí deberían realizar actividades sobre todo en los siguientes ámbitos:

Escuelas: ..... el 48,96%

Fábricas: ..... el 12,24%

Guarderías: ..... el 12,24%

Barrios y/o Asociaciones de Vecinos: ..... el 14,28%

Todas las anteriores: ..... el 8,16%

No saben o no contestan un 4,12%.

Referente a las actividades que desempeñan los profesionales de enfermería la opinión de la población se refleja en la siguiente distribución:

Pinchar: ..... el 4,08%

Curar: ..... el 18,36%

Tomar la tensión: ..... el 10,2%

Pasar consulta: ..... el 8,16%

Enseñar a cuidarse: ..... el 38,80%

Dar charlas sobre salud: ..... el 6,12%

Ayudar al médico: ..... el 6,12%

Todas las anteriores: ..... el 8,16%

Otras actividades: ..... el 6,16%

Hemos de destacar que el dato más relevante corresponde a "Enseñar a cuidarse" dato que disminuye a medida que avanzan los grupos de edad en los encuestados. Este dato lo confirma el hecho de que el 71% de los que opinan que el profesional de enfermería debe enseñar a

cuidar son menores de 50 años. Además diremos que aquellos encuestados que han sido alguna vez hospitalizados piensan en mayor porcentaje que enfermería está capacitada para enseñar a cuidar que los que nunca han estado ingresados

Grado de satisfacción y habilidad y destreza percibida:

El 81,6% dicen estar **satisfechos** con las atenciones y cuidados recibidos en su visita a los centros sanitarios ya sean estos Centros de Salud o Atención Especializada; destacan expresiones como amabilidad, trato correcto, eficacia, respeto, buena comunicación y un alto grado de profesionalidad, siendo el más relevante el trato correcto por parte de los profesionales de enfermería en la prestación de sus cuidados.

Un 14,28% no están satisfechos con la atención recibida. Lo confirman opiniones referentes a que los tratos han sido no humanos, no comunicativos y manifestándose pocas destrezas por parte de los profesionales. Un 4,12% no sabe o no contesta.

En relación a la percepción de la habilidad y destreza demostrada en la atención dada por los profesionales, podemos decir que en general es buena ya que lo confirman los datos obtenidos: son un 75,48% los que afirman que los profesionales demostraron habilidades, ser buenos comunicadores, humanos y dieron confianza. El haber estado hospitalizado hace que mejore esta percepción. Un 24,52% no están conformes y opinan, sobre todo, que los profesionales no demuestran habilidades de comunicación alguna incluso encontrándonos con expresiones tales como "malos tratos".

Percepción del usuario sobre la profesión enfermera:

Podemos decir que los usuarios nos ven en un 12,24% con indiferencia, en un 2,08% con resentimiento, un 18,36% nos admiran y a un 67,32% le causamos respeto.

Preguntados sobre que lugar ocuparíamos en una escala del cero al diez según la categoría social y profesional y la importancia de los servicios que se prestan a la comunidad, en comparación con otras profesiones, nos colocan en un nivel cuatro superándonos los Médicos, Arquitectos e ingenieros. Otras profesiones, en esta escala, son Psicólogos, Abogados, Trabajadores Sociales, Maestros, Farmacéuticos y Veterinarios.

CONCLUSIONES

* El médico es el principal agente demandado para solucionar problemas de salud. Los profesionales de enfermería aún no son entendidos como tales aunque en general la población demanda mayor cantidad de profesionales en los diversos campos sanitarios.

* La atención domiciliaria es una de las actividades que empieza a ser reconocida mayoritariamente. Podemos decir que ya no se nos ve encasillados en los centros sanitarios, apareciendo la idea de que nuestras actividades pueden ser desarrolladas en Escuelas, Guarderías, Barrios, ...

* El papel del hombre en la enfermería comienza a ser compartido con el de la mujer. Al parecer es un hecho socialmente aceptado.

* En nuestro estudio existe un mayor conocimiento sobre la formación de los profesionales de enfermería. Esta es reconocida como una formación universitaria.

* Aparece el sentido de los autocuidados entre la población, ya que la opinión de enseñar a cuidarse es una realidad detectada, al menos en nuestro ámbito de estudio.

* El usuario está satisfecho del trato recibido por la Enfermería, destacando cualidades como la comunicación, humanidad, amabilidad y eficacia, siendo el indicador mas valorado el RESPETO tanto que los usuarios tienen hacia los profesionales de enfermería como a la inversa.

Bibliografía

1. ALBERDI CASTELL,R.: "Sobre las concepciones de la enfermería" Rev. Rol de Enfermería nº115, págs 25-30, 1.988.

2. ALBERDI CASTELL, R.: "La identidad profesional de la Enfermera", Rev. Rol de Enfermería nº 170, págs 39-44, 1.992.

3. CORRAL SANTOVEÑA, R.: "Los pacientes opinan sobre la visita domiciliaria", Rev Rol de Enfermería nº 214, págs. 19-22, 1.996.

4. DOMINGUEZ ALCÓN, C.: "La imagen de la enfermería en la sociedad", Rev Rol de Enfermería nº83, págs. 66-72, 1.985.

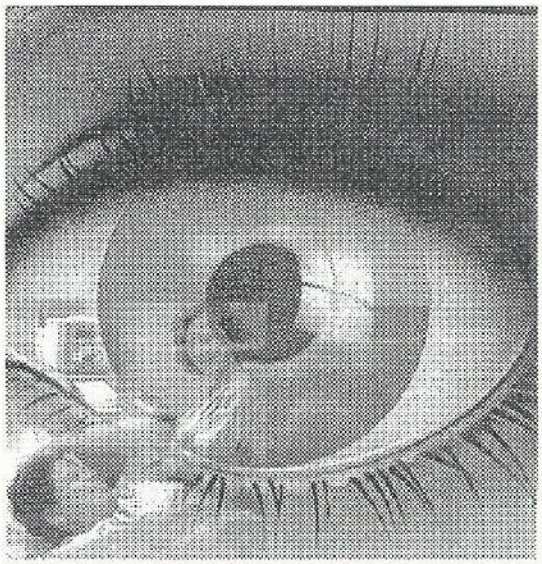
5. GONZALO COLOMO, M.: "¿Identidad profesional?", Rev. Rol de Enfermería nº 84-85, págs. 36-40, 1.985.

6. LÓPEZ F.: Aspectos sociológicos de Enfermería, Ed. Interamericana, México, 1.981.

7. RENEDO GARCIA, P. y col.: "Imagen social de la Enfermería", Rev. Rol de Enfermería nº 130, págs. 31-37, 1.989.

8. VENTOSA, E.: Historia de la Enfermería Española, Ed. Pirámide, 1.985.

LA ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA MIRADA DE LOS NIÑOS



Francisco José Mena Navarro (*)
Ana Barquero González (*)
María del Carmen Carrasco Acosta (*)
Manuel Márquez Garrido (*)
Dolores Benitez Ordóñez (**)

(*) Profesores/as de la E.de Enfermería de la Universidad de Huelva
(**) Enfermera de Atención Primaria del Distrito Sanitario de Huelva

INTRODUCCIÓN

¿Qué significa Practicante y A.T.S.? ¿Es lo mismo que lo que tú haces?

Estas preguntas me las hacía mi sobrina al observar un cartel anunciador de un "Consultorio de A.T.S./Practicante". No sin intención le devolví las mismas preguntas pidiéndole que me dijera cuál era su opinión. Concretamente le pregunté si creía que era lo mismo un Enfermero, un A.T.S. y un Practicante. Su respuesta, aunque no me sorprendió, sí me dio que pensar. Fue la siguiente:

"Tito, yo creo que sí son lo mismo, porque todos pinchan".

Mi sobrina tiene 9 años y le pedí que me hiciera un dibujo sobre el tema.

En una sociedad claramente marcada por la imagen y el consumo, en donde lo que existe es realmente lo que sale por la Televisión o por los medios de comunicación; en una sociedad donde las claves del consumo se dirigen en gran medida hacia los niños, en una sociedad en donde para existir, en definitiva, es imprescindible tener imagen, transmitir imagen, ¿qué imagen tiene la Enfermería?, ¿Qué conocen de la Enfermería esos niños futuro sin duda, de nuestra profesión?

Quizá muchos estemos de acuerdo en afirmar que, en la actualidad, la imagen enfermera pasa por una marea de crisis o, más bien, por una falta de identidad. Tal vez no hayamos sabido vender el producto, o en su caso, no hayamos aprendido a sacar punta al lápiz para dibujar nuestra imagen real o, por otro lado, ¿Qué imagen es la que queremos dar?

Para modificar alguna de las creencias populares que más repercuten negativamente en nuestra imagen, para aclarar ciertas dudas sobre

nuestra identidad y para saber qué hemos de hacer, el conocer lo que piensan los niños sobre nosotros puede ser un punto de partida.

Qué niño o niña no ha jugado alguna vez en su vida a médicos y a enfermeras adoptando el rol correspondiente. En estos juegos y en la forma de interpretar los roles se reproducen imágenes que, sin duda, les han sido transmitida por el mundo de los adultos y, sobre todo, por la televisión; imágenes cargadas con un gran contenido tópico o, en su caso, imágenes en donde el papel de otros profesionales sanitarios sale mejor parada.

Los niños y niñas reciben una percepción de la Enfermería que depende de la edad y del contexto donde se muevan, pero que varía considerablemente según la carga emocional, ideológica y cultural que les llega. Esta percepción de nuestra profesión, la mayoría de las veces, no coincide con la que muchos profesionales quisiéramos dar a la sociedad.

En toda esta realidad, lo que no podemos olvidar bajo ningún concepto, es que a una profesión se la reconoce por lo que es capaz de hacer y de dar a conocer a la sociedad. Pensamos que podríamos comenzar por conocer cómo nos perciben los niños y, por ello, nos planteamos el presente estudio.

OBJETIVO

Conocer qué imagen sobre la Enfermería tienen los niños y las niñas de primero, segundo y tercero de secundaria (E.S.O.) de Huelva capital, tendentes a desarrollar estrategias que nos ayuden a identificar los aspectos negativos que inciden en la profesión enfermera, para mejorar la calidad de los Cuidados que prestamos a la comunidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal.

La población de estudio son todos los niños escolarizados en Primero, Segundo y Tercero de Primer ciclo de ESO de la capital de Huelva (aproximadamente 21.300 niños y niñas) de los que se ha extraído una muestra para un nivel de confianza del 95%.

Los datos han sido tratados estadísticamente en el SPSS/PC y las variables estudiadas son: perfil sociodemográfico, imagen del profesional de enfermería, conocimiento de las distintas denominaciones que se le asigna a la enfermería, ámbito de trabajo, actividades que reconocen en los profesionales, utilización de los servicios sanitarios, percepción de la atención recibida por profesionales y representación de la enfermería a través de sus dibujos.

Para extraer la información realizamos un cuestionario de 15 preguntas, anónimo y autoadministrado. También se pide la representación, mediante un dibujo, de un profesional de Enfermería realizando su trabajo.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

Los niños y niñas de primero, segundo y tercero de secundaria (ESO) están comprendidos entre los 12 y 14 años y se distribuyen según los siguientes porcentajes:

De 12 años: el 31%, de los que el 48,4% son hombres y el 51,6% son mujeres.

De 13 años: el 30%, de los que el 51,9% son hombres y el 48,1% son mujeres.

De 14 años: el 39%, de los que el 51,3 son hombres y el 48,7% son mujeres.

Entre las profesiones de los padres de los niños encuestados se encuentran un 4% que son profesionales de enfermería, un 2% que son médicos un 12% que son maestros.

El 86% de los encuestados dicen conocer a algún enfermero o enfermera y al 32% le gustarían estudiar enfermería.

Imagen del profesional de enfermería

El 97% opina que la enfermería puede ser desarrollada por profesionales de ambos sexos, el 2% dice que solo por hombres y el 1% por

mujeres. De hecho, este dato se corresponde con la idea, prácticamente generalizada, de que tienen la misma función los enfermeros y las enfermeras ya que son el 92% los que lo afirman.

Preguntados por la creencia de que si las enfermeras son lo mismo que las auxiliares de enfermería el 39% dicen que sí, el 54% que no y un 7% no sabe o no contesta. Las razones más aludidas de los que piensan que sí son lo mismo se refieren, por una parte, a la idea de que las auxiliares hacen el mismo trabajo que las enfermeras y, por otro, a que las auxiliares están para sustituir a las enfermeras cuando éstas faltan a su trabajo.

Sólo para el 4% de los niños, los profesionales que tienen mayor importancia en un Hospital y en un Centro de Salud son las enfermeras, siendo el médico la figura que mayor relevancia tienen con un 94%. El 2% restante corresponde a esa misma opinión pero referida a las auxiliares de enfermería.

En lo referente al conocimiento que tienen sobre la formación enfermera el 75% de los encuestados dice que es universitaria, seguida por un 15% que piensa que se realiza en los Hospitales. El 6% piensa que la formación es a través de la Formación Profesional, el 3% que se desarrolla en centros privados y un 1% que se realiza por correspondencia.

Sobre el conocimiento de las distintas denominaciones y el ámbito de trabajo de la enfermería

Hemos de decir que nos interesaba conocer lo que piensan los niños sobre las distintas denominaciones que conviven en nuestra profesión, por lo que les preguntamos si creían que era lo mismo un Practicante, un A.T.S. y un/a Enfermero/a. El 20% contesta que sí son lo mismo, un 77% dice que no y un 3% no sabe o no contestan. De los que piensan que sí somos lo mismo hemos de destacar que básicamente su idea radica en los siguientes conceptos:

«Porque tienen las mismas funciones» 25%

«Porque hacen lo mismo o tienen el mismo trabajo» 20%

«Porque todos curan» 15%

«Porque todos pinchan» 12%

Sobre la opinión de que no somos lo mismo se fundamenta en expresiones tales como:

«Los practicantes pinchan y los enfermeros no» 21%

«Porque hacen cosas distintas» 15%

«Tienen distintas funciones» 13%

«El A.T.S. tiene que estudiar más» 12%

«Los enfermeros son menos especialistas» 10%

«Para ser enfermeros hay que estudiar mas» 10%

«Los A.T.S. curan y los Enfermeros no» 5%

Hemos de mencionar, por lo de anecdótico de la expresión que un 2% de los niños piensan que no somos lo mismo «porque de ser lo mismo nos llamaríamos de la misma forma y no de tres formas distintas».

Los niños y niñas encuestados, además de en los Hospitales y Centros de Salud, nos ven trabajando en distintos ámbitos, sobre todo en el llamado Tercer Mundo, ya que son el 56% los que nos comunican esta idea, seguida por un 35% que piensan que podríamos realizar actividades en las Escuelas, un 9% en las Guarderías, un 5% en los Barrios, un 3% en los domicilios y un 2% en los Asilos.

Actividades que reconocen a la Enfermería

En general, los niños y niñas encuestados nos identifican sobre todo con la actividad de **«tomar la tensión»**, seguida con las de **«curar»** y **«pinchar»**. En cuarto lugar la de **«dar de comer a los enfermos»**, con la misma proporción que **«lavar enfermos»**; a continuación **«hacer la cama»**. La opinión de que **«sólo hacen lo que les dicen los médicos»** ocupa el sexto lugar, a la que le sigue la de **«pasar consulta»**. En octavo lugar **«enseñar a que te cuides»** y en último lugar nos identifican con **«dar charlas sobre salud».** Un escaso número de encuestados no identifican con el hecho de recetar.

A continuación, reflejamos en la siguiente tabla las actividades con las que nos identifican y su porcentaje:

ACTIVIDAD	PORCENTAJE
Tomar la Tensión	83%
Curar	73%
Pinchar	72%
Dar de comer a los enfermos	63%
Lavar a los enfermos	63%
Hacer la cama de los enfermos	52%
Solo hacen lo que les dicen los médicos.	43%
Pasar consulta	36%
Enseñar a que te cuides	32%
Dar charlas de Salud	19%
Recetar	4%

Utilización de los servicios sanitarios y percepción de la atención recibida

El 42% de los niños han estado ingresado alguna vez en un Hospital y un 58% nunca.

Sobre la visita a un Centro de Salud o su ingreso en un hospital tienen las siguientes percepciones:

El 85% dicen que recibieron una atención adecuada y el 5% que no. Un 10% no contesta.

El 24% recibieron un trato indiferente por parte de los profesionales de enfermería y un 63% dicen que no recibieron ese trato indiferente. Un 13% no sabe o no contesta.

Un 76% de los niños y niñas admiran lo que hacemos los profesionales, un 12% no nos admiran y un 11% no saben/no contesta.

El 74% opina que tenían confianza en los enfermeros o enfermeras porque trasmitían experiencia en lo que hacían. Un 12% no está de acuerdo con la opinión anterior y un 14% no tienen ninguna opinión al respecto.

INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Quisimos conocer qué programas de televisión y qué películas relacionaban con la enfermería y cuales eran las que recordaban los encuestados. A continuación, resumidamente, destacamos aquellas que los alumnos han mencionado:

Series televisivas:

Médico de Familia	83%
Urgencias	35%
La Doctora Quin	11%
En buenas manos	4%
Hospital	5%

Películas:

Philadelphia	6%
Nell	5%
La ciudad de la alegría	5%
La misión	5%
El Doctor	3%
E.T.	3%
Expediente X	2%

ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LOS DIBUJOS

De los dibujos hemos analizado, principalmente, los siguientes indicadores: género que representa, tipo de vestido tal como bata pijama y presencia de cofia, la utilización de símbolos identificativos, otros personajes que aparecen en la escena como enfermo y familiares y los instrumentos a los que se asocia la imagen.

La imagen más representada es la de la mujer enfermera. Tan solo el 12% de los niños representan a hombres.

Solo el 8% de las imágenes en las que se representa a una mujer tienen pijamas como indumentaria, el resto aparecen con bata. Destacaremos que el 91% de las imágenes femeninas poseen cofia y un 1% de las imágenes masculinas vienen representadas con un gorro.

El símbolo por excelencia que más ser repite en los dibujos es la Cruz Roja representada en el 93% de los casos. Esta Cruz se coloca preferentemente sobre la cofia, apareciendo también en la bata sobre los bolsillos o en el centro del tórax.

Son escasos los personajes que aparecen en la escena siendo el más frecuente la imagen del enfermo, un 9% y la de algún familiar en el 2% de los casos.

El instrumento que más se asocia a la Enfermería es la jeringa. Esta aparece en el 57% de los dibujos. También dibujan fonendos en un 8% y esfigmomanómetros en un 3%. Los registros de enfermería o, al menos, es lo que parece, se representa en un 2% de las ocasiones.

Las acciones que más se expresan son las de dar de comer, un 3%, pinchar, un 6%, tomar la tensión, un 4%, trasladar a enfermos, un 2% y participar en acciones de urgencias en un 2%.

Existen un 5% de los dibujos en los que la única imagen que se representa consiste en ambulancias y escenas de accidentes sin ninguna figura que represente al profesional de enfermería.

DISCUSIÓN

En las opiniones que sobre la enfermería tienen los niños no influyen significativamente el nivel socioeconómico de los padres. Incluso en aquellos casos en los que alguno de los padres es enfermero o médico, la opinión coincide con la media.

El papel casi exclusivo que se le concedía a la mujer como representante de la profesión enfermera ha dejado de ser un realidad. El hombre comparte la profesión con la mujer, aunque la imagen mental siga siendo la de la enfermera, a juzgar por los dibujos que hemos analizado.

Es relativamente alto el porcentaje de niños que no saben diferenciar entre el profesional de Enfermería y el colectivo de Auxiliares de Enfermería debido, quizás, a que no saben diferenciar claramente el papel de unos y otros y al identificarlos realizando las mismas funciones en los centros sanitarios.

Es un hecho que la figura sanitaria a la que le dan mayor importancia es el médico, puede que influenciada por las series televisivas que más ven.

En cuanto a las distintas denominaciones que conviven en nuestra profesión, dicen que Enfermeras, A.T.S. y Practicantes no son lo mismo, pero el concepto del que parten para diferenciarlos no es el más adecuado y obedece claramente a los tópicos que existen en la sociedad sobre la profesión de enfermería.

La labor de la enfermería es observada en la mayor parte como humanitaria. De hecho el mayor porcentaje de niños nos ven ejerciendo nuestra profesión, fuera del ámbito sanitario, en el Tercer Mundo.

Es interesante observar que nos comienzan a asignar funciones de Educación Sanitaria, ya que es un dato que ha sido valorado muy positivamente e, incluso, en un número elevado, piensan que podríamos ejercer nuestras actividades en escuelas.

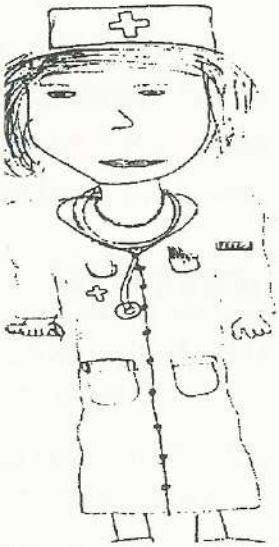
BIBLIOGRAFÍA

1. ALBERDI CASTELL,R.: "La enfermería ¿profesión femenina?", Rev. Rol de Enfermería, 1.983;57:21-26
2. ALBERDI CASTELL,R.:"La identidad profesional de la Enfermera", Rev. Rol de Enfermería, 1.992; 170:39-44.
3. ALBERDI CASTELL,R.:"Sobre las concepciones de la enfermería" Rev. Rol de Enfermería, 1.988; 115: 25-30.
4. AMEZCUA, M.:"La enfermera y los niños (II). Identidad, crítica y moralidad en los juguetes y los libros infantiles", Rev. Rol de Enfermería , 1.995; 208: 19-26.
5. AMEZCUA, M.:"La enfermera y los niños (I). Identidad, crítica y moralidad en los juguetes y los libros infantiles", Rev. Rol de Enfermería, 1995; 207: 23-29.
6. CORRAL SANTOVEÑA, R.:"Los pacientes opinan sobre la visita domiciliaria", Rev Rol de Enfermería, 1.996; 214: 19-22.
7. DOMINGUEZ ALCÓN, C.:"La imagen de la enfermería en la sociedad", Rev Rol de Enfermería, 1.985; 83:66-72, 1.985.
8. LÓPEZ F.: Aspectos sociológicos de Enfermería, Ed. Interamericana, México, 1.981.
9. RENEDO GARCÍA, P. y col.:"Imagen social de la Enfermería", Rev. Rol de Enfermería, 1.989; 130: 31-37.
10. VENTOSA,E.:Historia de la Enfermería Española, Ed. Pirámide, 1.985.

ANEXO

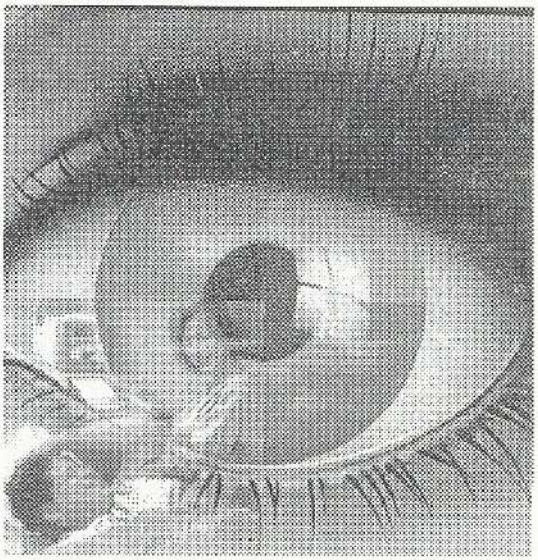
12 años

13 años



13 años

APROXIMACIÓN A LA IMAGEN SOCIAL DE LA ENFERMERÍA



José E. Hernández Rodríguez
M. Díaz Hernández
Rodrigo Chacón Ferrera
J. Hernández
A. Suarez
E. Medina

Departamento de Enfermería. Hospital Insular
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCION

Uno de los motivos por el cual nuestra profesión no termina ,quizás, de definirse es por la manera un tanto ambigua de su aparición en la sociedad.

Esta surge bien como necesidad de alivio y confortación de los enfermos de una manera vocacional y altruista, o bien como necesidad de atención y cuidados en momentos cruciales de la humanidad. Esto unido al matiz femenino y religioso que ha tenido la enfermería universalmente, ha hecho de la misma que siendo una ocupación practicada desde muy antiguo, se encuentre hoy inmersa en la lucha por el reconocimiento de su identidad profesional así como la definición de un marco jurídico de funciones propias.

ANTECEDENTES

La situación de dependencia a la que estaba sometida la actividad de cuidar, viene dado por el marcado carácter que les imprimía las mujeres cuidadoras [1,2,3], primero desde la perspectiva familiar y luego como dispensadoras de cuidados de modo voluntario y altruista, sin que existiera una autonomía propia que regulara el procedimiento.

Esta ausencia de autonomía en la prestación de cuidados determinó un papel en la sociedad que las identificaban como permanente auxiliar . Estos rasgos de cierto servilismo lograron tergiversar la razón de la profesión: **EL CUIDAR**.

Además hay que tener presente que los modos y maneras de realizar estas actividades se transmitían de unos miembros a otros sin una

base científica que los apoyaran, sin unas escrituras que reflejaran el significado de los mismos y que indujeran a la investigación de otras formas de proporcionar cuidados[2,3]. Por tanto hasta el momento en que no se comienza a dejar constancia escrita de los mismos, así como del establecimiento de líneas de actuación, no se produce un desarrollo de la profesión en distintos niveles y etapas.

En nuestro país la Enfermería comenzó a perfilarse a mediados del siglo XIX, con el desarrollo de normativas y directrices que condujeron en un primer momento al establecimiento, por medio de una Real Orden del año 1855, conocida por « Ley de Moyano»[4], de las bases reguladoras de «Las profesiones auxiliares de medicina y cirugía, así como obstetricia, Practicantes y Matronas».

La formación de estos profesionales estaban orientadas hacia la adquisición de conocimientos técnicos y habilidades necesarias para realizar las tareas de auxiliar de la medicina, sin mencionar los aspectos relacionados con los cuidados generales y específicos de un paciente, y mucho menos desde la perspectiva preventiva. Esta actividad de «segundo orden», eran desarrolladas por las enfermeras de órdenes religiosas, siendo incluso consideradas socialmente de rango inferior a los Practicantes y Matronas.

A partir de la reforma sanitaria de la primera década del siglo XX, durante la primera República, hacia el año 1915 y mediante un real decreto del 7 de Mayo, estas enfermeras de órdenes religiosas son reconocidas como Enfermeras profesionales,[4,5] siendo este el punto de partida como tal de la Enfermería española, pues se modifica el papel desempeñado por las mismas y se establece las bases de lo que constituye nuestra profesión, ya que al aspecto puramente técnico desarrollado por los practicantes se le une el elemento esencial de la profesión cual es el arte de **CUIDAR**.

Como consecuencia de esta reforma se llegó a un punto en el que en la misma estructura profesional habían tres niveles y dos categorías profesionales: Practicantes y Matronas con su rango superior; Enfermeras con su nivel de formación inferior o nulo y por tanto de consideración social baja.[4,5]

Esta situación se mantiene durante bastante tiempo hasta que 1955[4,5] se produce una reunificación de los planes de estudios de los tres niveles y se constituyen los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). A pesar de la misma la realidad siguió siendo la misma y las diferencias de estatus profesionales también.

El nivel de estudios exigidos era mucho mayor, pero los contenidos seguían estando orientados hacia el aspecto técnico, siguiendo el modelo biomédico.

La última fase de la evolución de la Enfermería española tuvo su origen en los cambios sociales y políticos que se estaban produciendo a finales de los años 70, concretamente en el año **1977** en donde los estudios de Enfermería pasan a ser **universitarios**, debido a que en su momento se habían propuesto dos alternativas: A) Continuar como estudios técnicos de formación profesional; B) Integrarse en la Universidad. (6,4).

A partir de esta fecha y hasta la actualidad, todos hemos vivido o conocemos los avatares sufridos, que gracias a la no resignación, sino a la constancia, nos ha permitido muchos logros que han transformado, relativamente, esa imagen histórica a la que no podemos renunciar pero si debemos modificar con nuestros actos.

OBJETIVO

Conocer cuál es la imagen que ofrecemos al público desde una determinada figura profesional.

MATERIAL Y METODO

El estudio se realiza en una población de 24.500 Hab, situada al Sureste de la isla de Gran Canaria, realizando la toma de datos en el centro de salud del mismo. Dicha sociedad se encuentra en un momento de transición evolucionando desde una estructura de tipo rural hacia una de tipo urbano. Se seleccionó una muestra de 370 usuarios mayores de 14 años, de manera aleatoria, de dicho centro, a los que se les pasó un cuestionario de opinión de 20 Items.

RESULTADOS Y DISCUSION

A la vista del análisis realizado de los resultados, se confirma la hipótesis inicial: que en función del devenir de nuestra profesión se ha mantenido una imagen de nosotros distorsionada, que además no se acerca a la imagen que actualmente creemos tener nosotros mismos, en este sentido y teniendo en cuenta los datos de la encuesta, se puede observar como la población encuestada tiene grandes dificultades para identificar a la figura del Profesional de Enfermería (enfermero), así el 41.17% no es capaz de identificarlo y el 58.82% aún cuando la reconoce, sólo lo hace en función de las actividades interdependientes.

En este sentido resulta incluso preocupante que nuestra imagen permanezca ligada casi de forma inexorable a la del médico, y si bien se acepta la importancia de nuestro papel en la mejora de la salud, sólo un 21.42% afirma que podemos realizar esta función de forma independiente lo que contrasta contra el 78.57% de los que opinan que no puede hacerlo de forma independiente.

Con los resultados obtenidos es evidente que la imagen que la sociedad tiene de nosotros sigue influenciada por la descrita en el pasado inmediato. De los diversos estudios realizados en este sentido (7,8,9,10) siempre se ha partido del hecho que la sociedad sabe quien es el enfermero actual y creemos que al menos en nuestra realidad no ocurre de ese modo.

CONCLUSIONES

- Persiste esa diferencia entre la imagen que tenemos y la que transmitimos.
- Es necesario que las organizaciones colegiales y las profesionales conjuntamente con las universidades trabajen por fortalecer la imagen de su papel con la sociedad, abriéndonos hacia la misma a través de sus células básicas: AAVV y colectivos sociales.
- Debemos plantearnos un cambio de actitud hacia la sociedad. Es menester dejar el papel victimista y bajarnos del carro de la comodidad y el conformismo.