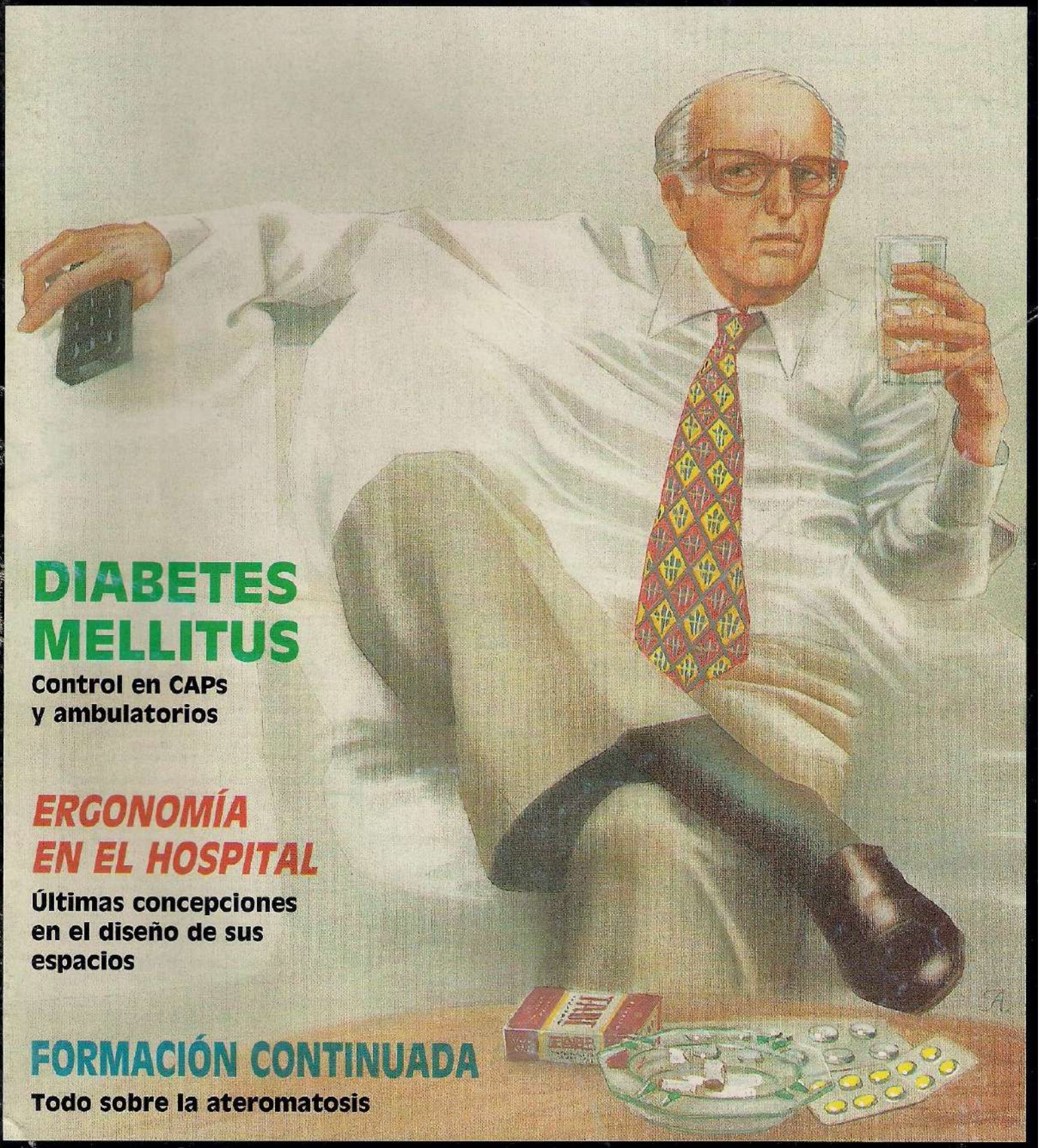
REVISTA DE ENFERMERÍA ROL

AÑO XIX • NOVIEMBRE 1996 • N.º 219



DIABETES MELLITUS

Control en CAPs y ambulatorios

ERGONOMÍA EN EL HOSPITAL

Últimas concepciones en el diseño de sus espacios

FORMACIÓN CONTINUADA

Todo sobre la ateromatosis

buco-dental, aseo personal, etc...
- Prevención de accidentes.
- Educación vial.
- Uso de drogas.
- Habilidad de comunicación y de relación interpersonal.
- Comportamiento sexual y anticoncepción

2) Promover en la comunidad escolar actitudes positivas hacia la salud.

3) Detectar y controlar las posibles actitudes prejuiciosas, rechazos y/o marginaciones-estigmatizaciones hacia los niños discapacitados.

4) Incentivar una concepción ecológica y participativa de la salud. Todo ello se complementa con las siguientes actuaciones [15] concretas para el S.D:

a) Controles anuales de:
- Visión (estrabismo, refracción, cataratas, etc...).
- Audición (cerumen, otitis, audiometría).
- Crecimiento y desarrollo (con especial atención a la posible obesidad).
- Función tiroidea.
- Evolución intelectual (EM y CI).

b) Aparato locomotor:
- Anomalías en la deambulación.
- Control radiológico cada 3 o 4 años de la articulación atlanto-axoidea.

c) Nutrición y función endocrina:
- Atención a los posibles problemas de malabsorción intestinal.
- Si no ha habido descenso testicular, corregirlo.

d) Odontoestomatología:
- Profilaxis dentarias (limpieza y fluorterapia).
- Corrección de posibles anomalías.

e) Sistema nervioso:
- Valoración neurológica del desarrollo

BIBLIOGRAFÍA

[1] Selikowitz M. Síndrome de Down. Los hechos. Madrid: Publicaciones del INSERSO, 1992.

[2] Wolfensberger W. The definition of normalization: Update, problems, disagreements and misunderstanding. En RJ Flynn y DE Nisch (eds.) Normalization, social integration and community services. Texas: Pro-Ed. Austin, 1980: 71-115.

[3] Flórez J. Cuidados médicos de las personas con Síndrome de Down: En J Flórez, M Troncoso (eds). Síndrome de Down: Avances en acción familiar. 2.ª Ed. Santander: Fundación S.D. Cantabria, 1991:33-63.

[4] Rogers PT, Coleman M. Medical Care in Down Syndrome. New York: Ed. M.Dekker, 1992.

[5] Cooley WC, Graham, JM. El Síndrome de Down: Actualización y revisión para el pediatra extrahospitalario. MTA Pediatría. 1991; Vol XII (10): 517-563.

[6] Lott y McCoy ET (eds.) Down Syndrome: Advances in Medical Care. N. York: Wiley-Liss, 1992.

[7] Cheesemang, Selekman J. Manual de Educación Sanitaria del paciente. Tomo 2. Barcelona: Doyma, 1989.

[8] Peitchinis J. La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. Madrid: Ed. Alhambra, 1982.

[9] Pueschel SM. Síndrome de Down: Hacia un futuro mejor (Guía para padres). Barcelona: Ed. Masson-Salvat, 1991.

[10] Fundación Catalana Síndrome de Down. Síndrome de Down: Para llegar a ser una persona autónoma. Barcelona, 1992.

[11] Ministerio de Asuntos Sociales: Sexualidad en personas con minusvalía psíquica: Madrid: INSERSO (documentos técnicos), 1993.

[12] Salleras SanMartí L. Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones, Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1985.

[13] Flórez J, Troncoso MJ. Síndrome de Down y Educación. Barcelona: Ed. Salvat, 1991.

[14] Candel I, Turpin A (eds.). Síndrome de Down: Integración escolar y laboral. Murcia, ASSIDO, 1992.

[15] Federación Española de Instituciones para el Síndrome de Down. Programa español de Salud para las personas con Síndrome de Down. Palma de Mallorca: Ministerio de Salud y Consumo. (AMADIP), 1993.

Lupiani Giménez, Mercedes
Profesora Asociada. Enfermería Médica. E. U. de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

Gala León, Fco. Javier
Profesor Titular. Ciencias de la Conducta. E. U. de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

Gallegos Sánchez, Clemente
Profesor Asociado. Enfermería Médica. E.U. de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS

Un estudio en el Área 10 del INSALUD de Madrid

Se presenta un trabajo de investigación con metodología cualitativa en el que se relacionan la satisfacción profesional de las enfermeras con las características sociales de los usuarios. Se compara la satisfacción profesional de las enfermeras que trabajan en un medio rural y las que trabajan en un medio periurbano en el Área 10 del Insalud de Madrid.

INTRODUCCIÓN

El panorama de la enfermería ha evolucionado mucho a lo largo del presente siglo. Tradicionalmente la profesión de enfermera ha estado unida a la de religiosa, con todo lo que de «vocación», abnegación y sacrificio lleva aparejado. Además, hasta hace bien poco ha sido una profesión dependiente, siempre dirigida por otros profesionales.

Con el cambio de denominación a A.T.S. (Ayudante Técnico Sanitario), enfermería siguió siendo la profesión ayudante del médico, aunque se intentó sistematizar los conocimientos. Poco a poco empezó a haber profesionales insatisfechos, deseosos de mayor independencia profesional que comenzaron a reivindicar no ser «ayudantes» sino profesionales responsables de sus actuaciones.

En el curso 77-78 comienza a formarse la primera promoción de Diplomados en Enfermería. Enfermería se hará universitaria y empiezan a vislumbrarse atisbos de independencia profesional.

Paralelamente, en el año 83 se crean los Centros de Atención Primaria en el marco de la reforma de la asistencia sanitaria; en ellos la enfermera, al menos sobre el papel, tiene cabida como profesional independiente con responsabilidades propias.

Pero aunque resulte paradójico a primera vista sigue creciendo la insatisfacción entre los profesionales. Anualmente, según cifras del Consejo General de la Enfermería, 10.000 enfermeras dejan la profesión en el Estado Español, y si bien no existen cifras ciertas al respecto, se sospecha que una parte importante del absentismo laboral, es debido a la sensación de no encontrar el hueco profesional deseado.

Como enfermeros que trabajamos en el Área 10 del INSALUD de Madrid diariamente escuchamos a compañeros quejarse de lo que «quema» esta profesión, y la queja suele provenir con mayor énfasis de aquellos profesionales que a la vez dicen que su profesión les gusta y que se sienten comprometidos con ella. Durante el año 92 desde la Dirección de esta misma Área se realizó un estudio sobre la «Satisfacción profesional» [1] entre los distintos profesionales. Las enfermeras son las menos satisfechas respecto a otros profesionales en dos aspectos: reconocimiento profesional y posibilidad de promoción profesional. En el estudio no se indagaba sobre las razones de esta insatisfacción.

Ante este fenómeno se han hecho varios estudios [2-4] teniendo en cuenta a las enfermeras como ser aislado y destacando algún aspecto concreto: baja remuneración, su condición femenina, etc.

La presente investigación se propone estudiar la satisfacción profesional de las enfermeras ampliando el objetivo de mira. La enfermera no es un ser aisla-

do, trabaja con otros y para otros. Se trata de estudiar a la enfermera en su interconexión con aquellos para los que trabaja y ver si esta relación es relevante en la explicación de la satisfacción profesional.

Para ello analizamos el Área 10 del Insalud tratando de demostrar que en esta relación enfermera-usuario, se fragua la satisfacción o insatisfacción profesional.

OBJETIVO

Conocer el nivel de satisfacción profesional de las enfermeras que trabajan en Atención Primaria en el Área 10 del Insalud de Madrid.

Observar si existen diferencias significativas entre el nivel de satisfacción profesional de las enfermeras que dentro del Área 10 trabajan en el medio periurbano y aquellas otras que desempeñan su trabajo en el medio rural.

HIPÓTESIS

Existe correlación positiva entre la cohesión de las redes de apoyo sociales naturales y negativa con las necesidades sentidas de la población, y el grado de satisfacción profesional de las enfermeras de atención primaria que los atienden.

La hipótesis se basa en que en el medio rural se dan mayores redes naturales de apoyo social así como menores necesidades sentidas por la población. En el medio periurbano dichas redes de apoyo social están muy deterioradas y dirigidas hacia servicios institucionalizados tales como sanidad, servicios sociales, etc.; además las necesidades sentidas por la población periurbana son mucho mayores y difícilmente canalizables a través de las redes de apoyo natural por encontrarse éstas más deterioradas.

El sistema sanitario es un lugar donde legítimamente se puede pedir, canalizándose a través de él demandas que poco o nada tienen que ver con lo sanitario. Además en dicho sistema sanitario la enfermera ocupa un lugar intermedio en la jerarquía profesional y a la vez cercano al usuario, por lo que se ve desbordada por demandas sobre las que no se puede actuar, produciéndose la insatisfacción profesional.

Si la hipótesis se ve confirmada encontraremos mayores niveles de insatisfacción profesional en la zona periurbana (Centros de Salud de Getafe).

UNIVERSO

Enfermeras que trabajan en los dispositivos de Atención Primaria del Área Sanitaria 10 de Madrid. El Área sanitaria 10 del Insalud se sitúa geográficamente en el sur de la Comunidad Autónoma de Madrid. Comprende los municipios de Getafe, Parla, Pinto y la zona rural constituida por Griñón, Torrejón de la Calzada, Torrejón de Velasco, Serranillos del Valle, Batres, Casarubuelos y Cubas.

El Plan General del Área Metropolitana de Madrid de 1963 [5] proyectó que los municipios próximos a la capital, entre los que se encontraban Getafe, Parla y Pinto, fueran zonas de descongestión industrial y poblacional. En este tiempo hace su aparición en esta Área el obrero industrial, nuevo elemento de la composición de su sociedad.

Con el Plan General 1967, al área 10 le toca jugar el rol de ser un espacio residencial para trabajadores, junto con un asentamiento de empresas, produciéndose un fenómeno inmigratorio constante. Las poblaciones de Getafe, y posteriormente Parla, aumentan rápidamente en estos años. Pinto, durante esta década, establece su propio Plan Urbanístico que impide el crecimiento masivo de población sufrido por Getafe y Parla. Este crecimiento alcanza su cénit en 1979.

Con el Plan General de 1984 el cinturón de crecimiento se expande y comienza a afectar a la zona rural del área.

El área sanitaria 10 se divide en once Zonas Básicas de Salud, distribuidas en los siguientes municipios:

Getafe. Con una población de 138.702 habitantes cuenta con seis Centros de Salud en los que trabajan 84 enfermeras.

Parla. Con una población de 69.907 habitantes, dispone de tres Centros de Salud, con los que trabajan 32 enfermeras.

Pinto: Cuenta con una población de 22.250 habitantes y un Centro de Salud en el que trabajan 13 enfermeras.

Zona básica de Griñón, que incluye Torrejón de la Calzada, Torrejón de Velasco, Griñón, Serranillos del Valle, Batres, Casarubuelos y Cubas. Cuenta con un Centro de Salud ubicado en Griñón, en el que trabajan cinco enfermeras que se desplazan diariamente a los cinco consultorios, situados uno en cada uno de los pueblos. Cuenta con una población de 7.412 habitantes.

MUESTRA

Se eligió Getafe para uno de los grupos de discusión por ser, dentro del área, la zona más representativa periurbana. También podría haberse elegido Parla, pero el estudio hubiera estado sesgado, ya que la coordinadora del grupo de discusión es la enfermera de la Unidad de Salud Mental de Parla y el observador ha trabajado como enfermero en uno de sus Centros de Salud. Contactamos telefónicamente con los responsables de enfermería de cada uno de los Centros de Salud, pidiendo que acudiese al grupo una enfermera de cada uno.

El segundo grupo de discusión no tiene elección posible, ya que el único Centro de Salud del área que atiende a la población rural es el de Griñón. También se contactó telefónicamente con la responsable de enfermería y en cuanto a los participantes, al ser cinco y atender cada uno de ellos a cada uno de los pueblos incluidos en el área, se solicitó que acudieran todos.

METODOLOGÍA

Se configuraron dos grupos de discusión:

Uno de ellos compuesto por enfermeras de atención primaria de los Centros de Salud de Getafe; otro por enfermeras de atención primaria del Centro de Salud de Griñón, ya que éste atiende a toda la población más estrictamente rural del área 10. Con los componentes de los grupos de discusión se contactó a través de los responsables de enfermería de cada Centro de Salud. Finalmente se compararon los resultados de ambos grupos de discusión. Moderó Ana García Laborda, realizando labores de observador Carlos Bermejo.

Previamente a los grupos de discusión y con vistas a elaborar un guión para el grupo de discusión, se entrevistó a dos informantes, enfermeras del área 10. En cuanto a la forma de contactar, fueron telefoneados directamente.

Los resultados se interpretaron mediante el método de análisis de contenido del discurso.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

ENTREVISTA CON LOS INFORMANTES

Previamente a los grupos de discusión, se entrevistó durante una hora por separado a cada uno de los dos informantes. Dichas entrevistas fueron realizadas por las personas que actuaron como coordinador y observador en los grupos de discusión. A ambos se les informó que el objetivo de nuestra investigación era la «satisfacción profesional».

La primera de nuestras informantes es una mujer de algo más de cuarenta años, viuda y con dos hijos. Trabaja como enfermera desde los 21 años y tiene un gran compromiso con la profesión. Realiza un trabajo en el Área 10 desde hace varios años y tras tres de estar en turno de tarde en el C.S. (Centro de Salud) «Los Ángeles», lleva un año en turno de mañana en el C.S. «Las Margaritas» (Getafe). Esto le ha permitido normalizar su vida familiar.

La segunda informante también cuenta con alrededor de cuarenta años, es soltera, trabaja como enfermera desde los 21 años. Ha pertenecido a la direc-

ción de enfermería del Área 10, durante un año ha trabajado en el C.S. «Las Margaritas» y en el momento de ser entrevistada se acababa de incorporar a la dirección de enfermería de otra área sanitaria. Los principales temas aparecidos en ambas entrevistas fueron los siguientes:

- Remuneración de los profesionales.
- Espacio propio:
  - — Real.
  - — Imaginario.
  - — Simbólico.
- Características personales del profesional.
- Formación de los profesionales.
- Responsabilidad sobre los usuarios.
- Calidad versus cantidad de la asistencia.
- Técnica versus aspectos personales del usuario.
- Demandas no sanitarias del usuario, vehiculadas a través de lo sanitario.
- Usuarios: Mentalidad «rural» y modos de vida urbanos.
- Expectativas de la población.
- Discordancia entre la visión de los usuarios y los profesionales sanitarios de la salud y la enfermedad.
- Consecuencias de la insatisfacción en los profesionales.
- Rutina en los profesionales.
- Rol de lo afectivo en los profesionales.
- Rol de los otros profesionales.
- Reconocimiento social de la enfermería.
- Demandas contradictorias al profesional.
- Rol de la institución.

Desarrollo de los grupos de discusión

Encuadre. En ambos grupos, tras presentarnos la coordinadora y el observador, les explicamos que el fin del grupo era realizar un trabajo para la Universidad cuyo tema consistía en las expectativas profesionales de enfermería. Se confeccionó un grupo de discusión con las enfermeras de Getafe y otro con las de Griñón. Tras señalar que disponíamos de una hora, dimos por comenzado el grupo.

En ambos grupos se comenzó a hablar inmediatamente y prácticamente no hubo silencios.

Grupo de Getafe. Asistieron todas las personas convocadas, en un total de siete: dos hombres y cinco mujeres. Comenzó con quince minutos de retraso. Hubo una participación bastante homogénea, a excepción de una persona que no habló en toda la sesión. Dos de los componentes habían terminado sus estudios de enfermería el curso anterior, teniendo el resto varios años de experiencia y, en general, habían trabajado en hospitales con anterioridad.

Las intervenciones fueron bastante ordenadas, salvo en momentos puntuales, y parecían tener gran carga afectiva.

La duración de la discusión del grupo fue de 70 minutos y al final se sugirió que sería bueno hablar así de la enfermería en otras ocasiones.

La reunión tuvo lugar el 23 de abril de 1993 en la sala de actos del Centro de Salud «Getafe Centro». Hubo dos interrupciones desde fuera, una para sacar un proyector y otra para hablar con uno de los componentes del grupo.

Grupo de Griñón. Asistieron todas las personas convocadas: dos hombres y tres mujeres. Comenzó con treinta minutos de retraso estando presentes tres de los componentes; otro se incorporó a los diez minutos y a los treinta y cinco minutos de comenzar lo hizo la persona que estuvo de guardia ese día.

La participación fue homogénea, a excepción de uno de los componentes que sólo intervino brevemente a petición del resto del grupo.

Todas las personas entrevistadas llevan bastantes años ejerciendo la enfermería, y a excepción de uno, han trabajado antes en hospitales.

Las intervenciones fueron ordenadas y el clima distendido.

Estaba prevista la realización para el 30 de marzo de 1993, pero no fue posible presumiblemente por fallos en la trasmisión de la información de quien realizaba el estudio. Se realizó el 19 de abril de 1993 en la biblioteca del Centro de Salud de Griñón. Su duración fue de 60 minutos y fuimos interrumpidos en tres ocasiones.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Grupo de Getafe

Identidad profesional. El modelo deseable de identidad profesional es el científico, pero no se acaba de conseguir: «estuvimos a punto de conseguir que la enfermería fuera Ciencia», «la enfermería no es una profesión vocacional, sino científica». El rol fundamental está centrado en los «cuidados», porque las «técnicas puras y duras pueden hacerlas cualquier persona ducha». En este sentido existe una contradicción en el grupo, ya que constantemente se reivindica la técnica en forma de «planes de cuidados», «derivaciones», «modificar conducta», etcétera.

Un aspecto fundamental es la incidencia de otros profesionales en la constitución de la propia identidad profesional de enfermería; el grupo considera importantes a los médicos y a los técnicos sanitarios (procedentes de Formación Profesional). Los que juegan un rol más importante son los médicos: «esos sí que lo tienen claro», y la pregunta es: «no somos médicos, claro, pero ¿hasta dónde podemos llegar?» En cuanto a los técnicos sanitarios, son vistos como una amenaza y a la vez como la posibilidad de desprenderse de las tareas más prácticas: «los técnicos esos que vienen a usurparnos», «posiblemente, muchas cosas que hemos hecho antes vamos a tener que dejar que las haga otra gente... hay cantidad de campos sin hacer».

La Atención Primaria aparece como el lugar paradigmático para ejercer la enfermería: «quizá nuestro campo de actuación esté más en la atención primaria, sobre todo, quizá porque es más independiente del médico» y la «independencia» es el valor más codiciado. En este sentido, haber trabajado en el hospital aparece como un hecho negativo, hasta el punto de que al señalar uno de los componentes que no ha trabajado en hospital, se le responde «qué suerte».

Reconocimiento. A lo largo del desarrollo del grupo se habla con frecuencia de la necesidad de «reconocimiento social», pero en ningún momento se clasifica qué quiere decir esto si se desarrolla el tema. Más importante parece ser el reconocimiento por parte de los médicos: «hay médicos que no te dejan hacer», tema que es abordado en varias ocasiones.

Causas de insatisfacción. El grupo se define como «frustrado», apareciendo reiteradamente el término: «un malestar horroroso, estamos frustrados», «llego aquí, Atención Primaria, y una frustración, como para dejar la profesión».

El tema de las causas de frustración surge al reflexionar por qué otros compañeros la han abandonado: «voy a dejar la profesión, y mira que me gusta». Las causas de frustración señaladas son:

- dificultades para la vida familiar,
- «las pelas»,
- «falta de motivación» al elegir la profesión,
- Reconocimiento. «También, evidentemente, darle más reconocimiento», «encima no estas reconocido».

Señalan que los profesionales cubren su frustración estudiando otras carreras, sobre todo psicología.

El *«usuario»*, *«paciente»* o *«enfermo»*. La denominación predominante es la de «usuario». Si bien a lo largo del discurso se le nombra diciendo que es «el objetivo de la acción», aparece como un ser no conceptualizado y difícil de conceptualizar. En las tres ocasiones en que se habla de él se hace de manera colateral, como un ser colectivo y ambiguo, y rápidamente se cambia de tema; además aparece como sujeto pasivo del cuidado de los enfermeros: «mis

pacientes», «que tengo un paciente».

La imagen que creen que los usuarios tienen de enfermería es «un técnico, una técnica, no un cuidador».

Grupo de Griñón.

Identidad profesional. El modelo con el que se identifican es un modelo práctico, sin descuidar la técnica y la formación teórica: «te dicen en la Universidad, o para lo que estudias en la Universidad, con lo que te encuentras en la vida laboral es totalmente distinto». Se identifican a sí mismos como «gente», o «enfermería», o «enfermero». En cuanto a cuál creen que es su objetivo profesional señalan: «el enfermero es el profesional del cuidado».

Se consideran a sí mismos «un profesional perfectamente capacitado» aunque «veo que estamos en un continuo subir y bajar, tiramos para adelante y retrocedemos un poquito, nos estancamos y no terminamos nunca de buscar nuestra identidad...»

En la búsqueda de la identidad profesional se miran a si mismos, indagan en la propia enfermería: «yo creo que, parte de lo que es una profesión, se debe a los profesionales», «la enfermería se constituye, es una profesión, evidentemente, pero se constituye de hecho y con un reconocimiento social». En la conceptualización de la enfermería no aparecen como referencia otros profesionales, salvo de manera muy tangencial el médico, al que se considera un igual con otras funciones, los auxiliares de clínica, y los técnicos sanitarios, de los que casi nada se dice.

El otro gran componente de la identidad profesional es la «gente» para la que se trabaja: «parte de la culpa de lo que es la profesión, de lo que se espera, la dan los profesionales, o sea, la sociedad demanda algo, ¿no?, demanda que la cuiden, en nuestro caso, y tiene que haber unos profesionales encargados de cuidarla, teniéndoles que decir, en parte, con nuestra manera de actuar, con nuestra cotidianeidad, que somos nosotros los encargados de cuidarla, de su salud, tanto cuando están enfermos, como cuando la tienen, que la conserven». Ésta podría ser la definición de enfermería de Atención Primaria para este grupo.

La Atención Primaria supone el mejor lugar para ejercer la enfermería especialmente en el medio rural, porque «aquí hay un mayor reconocimiento social», además «lo de la Primaria ha sido un alivio», porque permite mejorar la vida familiar y tener más tiempo libre. Haber trabajado antes en el medio hospitalario o en otros campos que no sean la Atención Primaria, es visto como muy positivo, porque da experiencia, que no se adquiere sólo con la formación.

Reconocimiento. Los enfermeros rurales se sienten reconocidos: «que aquí hay un mayor reconocimiento social» y ese reconocimiento depende de ellos mismos: «es una cuestión de tiempo y de nosotros mismos». Este reconocimiento social viene determinado por la propia población para la que trabajan: «el reconocimiento social no es que te tengan en un pedestal, sino que la gente sabe lo que quiere y desea que se lo hagan y te buscan».

No se sienten reconocidos por la «jefatura» de la institución.

Causas de insatisfacción. El grupo se muestra satisfecho profesionalmente, pero «desgastado», como si la práctica profesional les hubiera hecho dejarse jirones de sí mismos en el trabajo. Este desgaste está íntimamente relacionado con la implicación profesional: «he tenido que militar casi para hacerme enfermero y considerarme enfermero», y al fuerte componente afectivo que tiene trabajar con personas.

La mayor satisfacción profesional parece deberse a que el profesional está inserto en la comunidad en la que trabaja, lo que le permite ver a la «gente» como una persona integral y no sólo en su aspecto de salud/enfermedad. Pero, a la vez, lo afectivo es lo que más satisfacción profesional da.

Causas de desgaste son:

- Lo afectivo.
- Falta de reconocimiento de las jefaturas de enfermería.
- Polivalencia de funciones.
- Menor nivel de responsabilidades de las que se podrían ejercer. En este sentido creen que la aparición de técnicos sanitarios podría aumentar su nivel de responsabilidad.

La «gente» para la que el enfermero trabaja. La población atendida aparece como «gente», lo que supone una visión cercana y humana. Además hay que tener en cuenta que, con frecuencia, los profesionales rurales se refieren a si mismos como «gente», lo que presupone que la población atendida está situada al mismo nivel que ellos: «yo soy uno más, uno más en el trato... social».

Se dedica un espacio muy amplio en el discurso al hablar de la población para la que se trabaja. Ésta es conceptualizada como una persona cercana, con más componentes que los meramentes sanitarios, con la que es necesario comunicarse, una persona única e irrepetible: «trabajas un poco a la cultura de ellos, al nivel de ellos», «es más humano, resulta que es como si fuera tu familia», «es un contacto que ya tienes aunque no sea enfermo», «atiendes problemas sociales, personales, te vienen a contar sus problemas», «un contacto mas íntimo el que tienes con ellos», «yo nunca he visto a un enfermo como número».

Es de reseñar que en referencia a la población atendida, la palabra que más aparece es «contacto», lo que enlaza con la importancia del componente afectivo en el trato a la población.

CONCLUSIONES

Si bien ninguno de los dos grupos de profesionales se encuentra plenamente satisfecho, los enfermeros que trabajan en el medio rural están más satisfechos profesionalmente que aquellos otros que trabajan en la zona periurbana. Los enfermeros del medio rural se encuentran «desgastados», los del medio urbano «frustrados».

Las causas de insatisfacción son comunes en ambos grupos, con algunas especificidades. Resaltamos la falta de reconocimiento, la interferencia de la profesión en la vida familiar, la baja remuneración y la dificultad de encontrar un lugar profesional propio; en el caso rural, además se señala el desgaste emocional que supone enfrentarse a la enfermedad y la muerte de las personas que atienden. En cuanto a la falta de reconocimiento, tiene matices de ambos grupos, cifrándose éste, entre los profesionales periurbanos, en los médicos y usuarios y entre los profesionales rurales, en la institución.

Respecto a la población que atienden, existen entre ambos grupos diferencias notables. Los profesionales periurbanos los perciben como «usuarios», «clientes», esto es, como sujetos pasivos con los que trabaja la «enfermería»; además hablan poco de ellos y resulta difícil conceptuarlos. Los profesionales rurales los ven como «gente», como sujetos iguales a los enfermeros, ya que estos profesionales se refieren a si mismos como «gente», hablando de ellos como personas con problemas, pareja, hijos, etc., y no sólo como sujetos de cuidados. En los profesionales rurales se aprecia un acercamiento afectivo a la población, a la que además, conceptualizan como sujetos integrales.

El abordaje de la profesión en ambos profesionales es distinto. Los enfermeros periurbanos se acercan a la profesión a través de la técnica, mientras que los rurales lo hacen a través de la experiencia y la práctica humanitaria, siendo el contacto estrecho con el usuario lo que les hace implicarse más en el trabajo. El concepto que los propios profesionales tienen de sí mismos también varía en los dos ámbitos. Los enfermeros periurbanos presentan un discurso de

la enfermería fundamentalmente técnico, un discurso aprendido que se centra en lo científico de manera casi exclusiva, se refieren a sí mismos como «enfermería». Los profesionales rurales tienen un discurso más interiorizado, centrado en la «gente» para la que trabajan y su entorno, y se refieren a sí mismos como «gente».

Los enfermeros rurales se encuentran menos insatisfechos por su mayor cercanía emocional a las personas para las que trabajan, por lo que las demandas no sanitarias que reciben se canalizan como tales, en vez de utilizar el lenguaje de la enfermedad. Además, los profesionales rurales tratan de adecuar la respuesta al lenguaje de la persona que atienden, no a su propio lenguaje.

Agradecimientos: A D. Carlos Rodríguez Rodríguez.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Fernández San Martín M, y otros. Estudio de la satisfacción y sus determinantes en los trabajadores de servicios sanitarios de un área sanitaria: Inédito.
[2] Álvarez Gallego, y otros. Síndrome de Burn-out o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1991;39.
[3] Reig Ferrer A. Carvana Vano A. Estrés ocupacional y patrón A de comportamiento como predicitores de insatisfacción laboral y del estado de salud en personal de enfermería de hospital. Revista Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 1989;14.
[4] Renduelos Olmedo G. El usuario gorrón y el terapeuta quemado. Revista Psiquiatría, 1992;3.
[5] Herranz López M, De los Ríos Martín R, Fernández San Martín I. Diagnóstico de salud, Área 10 Madrid:, Editado por Dirección del Área 10 de Atención Primaria. Iltmo. Aytmo. de Getafe e Iltmo. Aytmo. de Parla, Madrid, 1992.
[6] García Ferrando M. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Editorial Alianza Universidad, 1980.

Ana García Laborda.
Enfermera. Socióloga.
Carlos Bermejo Caja.
Enfermero. Estudiante de Sociología.
Francisco Mejías Lizancos.
Enfermero, especialista en Salud Mental y Comunitaria. Profesor A., E.U.E. Universidad de Alcalá de Henares.

NOTICIAS DESDE GALICIA

XX ANIVERSARIO DEL HOSPITAL «ARQUITECTO MARCIDE». FERROL

El pasado 29 de junio de 1996 se celebró en Ferrol el XX Aniversario del Hospital «Arquitecto Marcide», que contó con la presencia del Excmo. Sr. Ministro de Sanidad, D. José Manuel Romay Beccaria; del Excmo. Sr. Conselleiro, D. José M. Hernández Cochón y del Excmo. Alcalde de Ferrol, D. Juan Blanco, además de otras personalidades de sanidad del Área de Ferrol y de La Coruña.

El acto comenzó con una conferencia a cargo del Dr. Martínez Pérez-Mendaña, Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología que versó sobre la Evolución de la asistencia a la Embarazada y al feto en el Hospital «Arquitecto Marcide» que en algunos momentos fue muy emotiva por las historias presentadas.

A continuación se presentó el Plan Director y el Plan Funcional, según los cuales se rediseñará todo el Complejo Hospitalario, integrando el edificio del hospital y el de consultas externas, marcando unas metas y objetivos a conseguir de ahora hasta el año 2005, tanto estructuralmente como por parte del personal del centro.

Le siguió el discurso del Director Gerente del Complejo Hospitalario, D. Alfredo García Iglesias, que no olvidó elogios y agradecimientos a toda la comunidad hospitalaria del «A. Marcide» desde sus orígenes a la actualidad. Cedió a continuación la palabra al Dr. Mini Leyva que, en nombre del primer equipo directivo del Hospital (Dr. Mini Leyva, Director; Dña. Eva Díaz, Jefa de Enfermeras, y D. Enrique Ferrer, Administrador) recordó los comienzos, a veces con dificultades, del hospital.

Posteriormente se procedió a entregar un obsequio al equipo de profesionales que abrieron el Hospital al mismo tiempo que un número monográfico del Boletín del C.H. También firmaron en el Libro de Oro del Hospital.

Tanto el Sr. Ministro como el Sr. Conselleiro coincidieron en señalar el salto cualitativo y cuantitativo experimentado por el C.H. en materia asistencial, expresando su apoyo en todo momento a los planes de futuro del C.H.

El acto finalizó con la plantación de un árbol en los Jardines del C.H. y una copa de vino español ofrecida a los numerosos asistentes.

Al mismo tiempo se realizó una exposición del pasado, presente y futuro del C.H. acompañada de fotografías, que quedará allí permanente.

Pilar Darriba Rodríguez
Corresponsal ROL.
La Coruña

IV PROMOCIÓN DE D.U.E DE FERROL

El pasado 28 de junio de 1996, sesenta nuevos profesionales de Enfermería finalizaron sus estudios y recibieron los diplomas acompañados de un gran número de personas, en un emotivo acto académico, celebrado en la Escuela Politécnica de Ferrol. Estuvo presidido por el Excmo. Rector de la Universidad de La Coruña, D. José Luis Meilan Gil acompañado por el Director de la E.U.E. de Ferrol, D. Manuel Romero y también por el Vicerrector del Campus de Ferrol, el Director Provincial del SERGAS y el Director de la Escuela Politécnica de Ferrol.

Dentro del acto Dña. Rosamaría Alberdi, Asesora de la Dirección General de Gestión de Recursos del S.A.S., pronunció una conferencia en la que habló de la Enfermería y su relación con la sociedad.

Posteriormente, Fernando Candal, en nombre de su promoción, recordó sus experiencias durante los tres años de estudios, puntualizando que «la vida de estudiante es una de las más bonitas» y, reflejó lo que actualmente piensan tanto él como sus compañeros: «Y ahora, ¿qué será de nosotros?».

El Director Provincial del SERGAS tuvo palabras de felicitación para los nuevos diplomados y D. Manuel Romero (Director de la E.U.E. de Ferrol) calificó el momento de «agradable pero triste» recordándoles que ahora deben asumir la responsabilidad de adquirir y actualizar sus conocimientos.

Una vez recibidos los diplomas por toda la promoción, se procedió a entregar un obsequio a las empresas colaboradoras con la Universidad en relación con este colectivo.

El Rector de la Universidad clausuró el acto recordando los comienzos de la E.U.E. en Ferrol y explicando el futuro del campus universitario de Ferrol. Finalizó el acto con la actuación del Coro Universitario, de la Tuna de Ferrol y con una copa de vino español para todos los asistentes al acto.

Pilar Darriba Rodríguez
Corresponsal ROL. La Coruña