Universidad de Alcalá

Departamento de Psicopedagogía y Educación Física

De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional

J. Cristina Francisco del Rey

Director de la Tesis

Prof. Dr. Ángel Lázaro

Tesis doctoral

Alcalá de Henares, 2008

A los míos, mi familia.

A quienes están

y a quienes han formado parte de mi vida.

Agradecimientos

Al terminar esta tesis doctoral quiero manifestar mi reconocimiento a todas las personas que a lo largo de su elaboración han colaborado de manera concreta con diferentes aportaciones, o me han mostrado su interés y apoyo moral.

En primer lugar al profesor doctor Ángel Lázaro, mi director, por su inestimable ayuda, consejos, orientaciones y sabias opiniones. Le agradezco de una forma muy especial su dirección, comprensión y disponibilidad a lo largo de todo el proceso que se inicio con el Trabajo de la Suficiencia Investigadora. Sus reflexiones me han ayudado a crecer en la tarea de investigar. Y al profesor doctor Elías Rodríguez por su apoyo para hacer realidad esta tesis, en su fase final.

A las enfermeras y enfermeros que generosamente me han dado su tiempo, participando en las diferentes fases del proceso de investigación. A los expertos, que han puesto a disposición del estudio sus conocimientos y experiencias. A las personas de las direcciones enfermeras que me han facilitado el acceso a los centros y al personal. Y a quienes han respondiendo al cuestionario, por haber compartido su idea enfermera. Las aportaciones de todos ellos han sido imprescindibles para la realización de esta tesis.

A Francisca Casas, mi amiga Pacucha, con la que he vivido el último tramo de mi formación, ella me ha ayudado a la reflexión permanente durante este periodo. Sus sabias opiniones, su manera de hacer y su apoyo han significado, para mi, un estimulo muy positivo.

A Yolanda Vidal una estudiante excelente que, para cumplir con los requisitos para ser reconocida como tal, me eligió como tutora. Sus preguntas y opiniones, siempre fundamentadas, me han ayudado a relacionar las cuestiones más abstractas con los aspectos concretos.

A los colegas y secretaria administrativa del Departamento de Enfermería, de la Universidad de Alcalá, por su apoyo, interés, los ánimos recibidos y la confianza que me han infundido en momentos decisivos.

A mis amigas y amigos de siempre, de la vida y la profesión, Araceli, Pilar, Lucia, Concha, Consuelo, Cari, Manolo, Juan y Paco, por su compañía y aportaciones vitales e intelectuales.

Índice

Índice

Pág.

Introducción……..……..... 17

Capitulo I. Marco teórico……..……..…….. 29

La profesión enfermera……..……..... 33

El cuidado de salud como razón de ser de la enfermería……..…..……... 34

Evolución de la profesión enfermera……..…. 38

La profesión desde los diferentes ámbitos de ejercicio…….…...…..…. 41

La formación y el ejercicio profesional……..……. 45

La imagen de la enfermería……...…….……. 55

La mirada interna……..……..……..…… 57

– Lo femenino……..…..……..……. 62

– Lo religioso……..…..……..……... 66

– Lo militar……..…..…….. 68

– Lo médico……...……....……. 69

– Imagen actual…….…..…… 71

La mirada de los usuarios reales y posibles……..…....……... 80

La mirada de los medios de comunicación……..…….…… 86

La mirada desde las publicaciones profesionales……...……..….. 92

Pág.

La mirada institucional……...……..... 99
La imagen deseada como ideal…….……...……..…… 102

La formación enfermera……..……..…….. 109
El aprendizaje en las prácticas clínicas…….……..…….……..… 113

La enfermería como disciplina……..……..…… 127
Los modelos de cuidados……..…..……..……... 134
La metodología enfermera……..……..…….. 143
– Clasificaciones de diagnósticos, resultados e intervenciones….....…..……. 146
Teorías y métodos……..…...…….. 152

Capitulo II. Marco Metodológico……...…… 157

Diseño de la investigación……..…….…..…… 161
Determinación de las concepciones que fundamentan la práctica enfermera…..... 163

La construcción del cuestionario…….…….…...….. 167
Definición de los conceptos paradigmáticos…….……...…… 170
Las concepciones validadas por los expertos……...…...….. 172
Determinación de las concepciones. Cuidado humano……...…….. 175
– Interpretación de las concepciones sobre el cuidado humano……..……...…. 176
Determinación de las concepciones. Cuidado enfermero…..... 179
– Interpretación de las concepciones sobre el cuidado enfermero…...…..……. 180

Pág.

Determinación de las concepciones. Persona……..…...…… 183
– Interpretación de las concepciones sobre la persona…….……... 183
Determinación de las concepciones. Salud…….…..….. 187
– Interpretación de las concepciones sobre la salud……..…….... 188
Determinación de las concepciones. Entorno……...…….....……. 191
– Interpretación de las concepciones sobre el entorno…….....….. 191
Conclusiones…….....…….. 194

Diseño del cuestionario……..…....….…… 199
Operativización de las variables de estudio……..……..…...…… 199
– Caracterización de la población de estudio…….….. 200
– Datos relacionados con la formación……..…….....…… 201
– Datos relacionados con las concepciones presentes en la práctica profesional…….…… 203
– Datos relacionados con la valoración del ejercicio profesional….....…...… 206
Posibles limitaciones del estudio…….……..…...….. 207
Prueba piloto……...…….…… 211

Encuesta de opinión…….……...….. 217
Distribución y selección de la muestra…….…….……. 217
Recogida de datos…….……218
Tratamiento de los datos……...…….…….219

Pág.

Capitulo III. Resultados…….....……. 221

Resultados……...…..…….. 225

Características de la población estudiada……..……...……...…….. 225

Datos de caracterización…….…..…….…… 226

Datos relacionados con la formación profesional…….…...…..…….. 230

Datos relacionados con la valoración del ejercicio profesional…….……...…. 274

Análisis de los resultados en relación a cada uno de los conceptos paradigmáticos…….…….…..……. 285

Dimensiones más valoradas. Cuidado humano……..…….……..…..… 289

– Interpretación…….…….……..…...…. 292

Dimensiones más valoradas. Persona…….…..…….…… 295

– Interpretación…….…….…….…….. 299

Dimensiones más valoradas. Salud…….……...…...……. 305

– Interpretación…….……..…….…… 310

Dimensiones más valoradas. Entorno……...…….…… 315

– Interpretación…….…….…...…. 319

Dimensiones más valoradas. Cuidado enfermero…….…..…….…. 322

– Interpretación…….……..……..….. 326

Conclusiones generales...…….…….…..…..……. 333

Resumen.……..……...…..……. 351

Summary…….……...…… 357

Pág.

Bibliografía……..……..…….…… 365

Anexo 1. Cuestionario elaborado por el grupo de expertas……..…… 421

Anexo 2. Cuestionario…….……..……. 427

Índice de cuadros……..……. 441

Índice de tablas…….….…… 445

Introducción

Introducción

La razón fundamental que ha motivado la realización de este estudio radica en la ausencia, en nuestro medio, de trabajos que aborden la relación entre la teoría enfermera y su aplicación en la práctica, lo que es un motivo de preocupación entre una buena parte de los profesionales enfermeros que frecuentemente se preguntan sobre los porqués del alejamiento explícito entre el discurso teórico de la enfermería, que está presente en la formación básica y continuada, y la práctica cuidadora. Es por ello por lo que esta tesis se centra en explorar las causas que influyen en una práctica enfermera sustentada en un método científico e identificar las concepciones teóricas que están implícitas en la misma, en relación a los conceptos que actualmente se aceptan como paradigmáticos: 1) el cuidado, 2) la persona, 3) la salud y 4) el entorno.

El proceso de profesionalización de la enfermería no ha sido fácil, la atención a los cuidados de las personas ha estado tradicionalmente circunscrita al ámbito de lo cotidiano y lo doméstico. Esto mismo ha ocurrido con otras prácticas como el funcionamiento de las estructuras humanas, la enseñanza, el apoyo emocional o la solución de conflictos, etc. La diferencia entre la evolución de estas prácticas y la enfermería es que las mencionadas se han ido estructurando e institucionalizando como áreas específicas de saber desde la Grecia Clásica, mientras que la enfermería ha permanecido en ese área de invisibilidad que caracteriza a lo doméstico (Alberdi, 1998-1999, Germán, 2006 y Mazarrasa, 2000), o como formulan Rodríguez et ál. (2007) relacionado con lo maternal, y

que analizaremos más adelante.

Los esfuerzos por identificar y fundamentar la singularidad de la enfermería y su aportación a la sociedad, han transcurrido de una manera desigual a lo largo del tiempo. Aunque es evidente que el verdadero desarrollo y consolidación como profesión en nuestro entorno, tiene lugar a mediados del pasado siglo. Desde un punto de vista general es a partir de los inicios de la década de los años 1950 cuando las enfermeras desarrollan y publican los primeros fundamentos teóricos y metodológicos de la enfermería que nos permite contar hoy con una importante producción científica.

A lo largo de mi trayectoria profesional, primero en la clínica y posteriormente en la docencia de la enfermería, me he preguntado frecuentemente sobre las razones que dificultan la aplicación de los modelos de cuidados, desarrollados como estructuras teóricas, en la práctica enfermera.

Durante mi ejercicio en la clínica, con diferentes niveles de responsabilidad, hemos participado en diversas iniciativas, propuestas desde diferentes grupos profesionales, para la adopción en la práctica de un modelo de cuidados. Los distintos proyectos han experimentado procesos de aceptación y aplicación muy desiguales por parte de los profesionales, aunque una constante de todos ellos ha sido la relación entre la implicación de los equipos de dirección y el éxito del proyecto. Las iniciativas que han partido de las direcciones enfermeras y han contado con apoyos organizativos suficientes han llegado a experimentar unos buenos niveles de aplicabilidad.

Como docente he tenido la oportunidad de impartir las materias relacionadas con

"la historia y la filosofía del pensamiento enfermero", lo que me ha permitido, además de desarrollar a nivel teórico los contenidos disciplinares, trabajar con los estudiantes sobre la aplicación sistemática de los modelos en casos reales de las prácticas clínicas y comprobar los beneficios que aporta para el estudiante y la persona atendida.

En mi interés por acercar la teoría a la práctica he profundizado en el estudio del modelo de Orem (1993 y 2001) y en su aplicación en la práctica con los estudiantes. Como resultado de este trabajo he desarrollado, junto a otras colegas, diversos trabajos y publicaciones. (Francisco, Gómez y Hernández, 2001 y Gómez, Francisco y Sanz, 2004).

A pesar de que los estudiantes alcanzan unas capacidades que les permiten, como lo demuestran con los planes de cuidados que realizan, explicarse las situaciones que se encuentran en sus prácticas clínicas desde los modelos de cuidados y del proceso de atención de enfermería, de manera singular, en nuestra experiencia, desde el modelo de Dorothea E. Orem, sin embargo, no siempre mantienen, a lo lago de su trayectoria profesional posterior, ni el modelo como referente explicativo, ni el proceso de cuidados como guía de su práctica.

Al indagar sobre las causas que pudieran explicar esta pérdida de referente, la justificación más común es que no es necesario adoptar un modelo de manera explícita ya que cada enfermera tiene su propio modelo que ha ido desarrollando con la experiencia, entendido en la línea que plantea Benner (1987) cuando diferencia entre *saber teórico* y *conocimiento práctico,* según esta autora, "*en el marco de la ciencia aplicada, el proceso del saber consiste en aplicar los conocimientos prácticos (know-how) mediante investigaciones científicas*

basadas en postulados teóricos y en el análisis de los conocimientos técnicos existentes perfeccionados con la experiencia clínica en el ejercicio o aplicación activa de la ciencia aplicada", porque los conocimientos adquieren significado en las actuaciones reales.

Con este estudio pretendemos encontrar las concepciones que tienen las enfermeras sobre los cuatro conceptos que hoy se reconocen como los paradigmáticos de la enfermería y encontrar el significado que le dan a la enfermería al interrelacionar estos conceptos desde la perspectiva descrita por Kérouac et ál. (1996) que entienden la práctica enfermera como *"la relación particular entre los conceptos "cuidado", "persona", "salud" y "entorno" constituye el núcleo de la disciplina enfermera"*.

En una línea que pudiera tener alguna coincidencia con el tema de estudio propuesto en este trabajo está el estudio desarrollado por Pavan, Ferreira y Ferrera (2007) con el que llevan a cabo una investigación dirigida a conocer la percepción del cuidado y las relaciones y diferencias que existen entre las concepciones de los estudiantes y los profesionales de enfermería. Este grupo estudió la percepción que los dos grupos estudiados tienen sobre el cuidado, tomando como referencia las categorías descritas por Morse (1990) que otorga al cuidado cinco dimensiones: 1) cuidar como característica humana, 2) cuidar como imperativo moral o ideal, 3) cuidar como afecto, 4) cuidar como relación interpersonal y 5) cuidar como acción terapéutica de enfermería.

En la aplicación de la teoría en la práctica influye de manera muy especial la idea de que las actividades de cuidados son prácticas sencillas inherentes a las

personas, en especial a las mujeres[1]. Sin embargo, la realidad es muy distinta. El ejercicio clínico o asistencial de la enfermería se produce en unas circunstancias que están determinadas por las necesidades particulares de cuidados de la persona que requiere esa atención, y que generalmente se encuentra en una situación de dificultad que la influye en su totalidad, la competencia de la enfermera que se la proporciona y la relación terapéutica y personal que se establece entre ambas. López (2003-04) describe que los resultados clínicos vienen determinados, al menos, por las características del paciente, el sistema, el profesional y el propio cuidado. Es, por lo tanto, una práctica singular y compleja que, sin embargo, ha sido concebida, al igual que otras prácticas asistenciales, como una serie de actividades que requieren de destrezas que se aprenden y dominan con la práctica.

Otro aspecto que hace más compleja la atención a las necesidades de cuidados de salud es el reconocimiento de la persona como protagonista de su proceso, porque conlleva la individualización de los procesos e intervenciones. Actualmente no solo sirve "hacer bien las cosas y repetirlas tantas veces como se repita una misma situación", hoy cada acción de cuidados requiere reflexión, identificar el problema, elegir la mejor intervención de entre las posibles, llevar a cabo las actividades más pertinentes, reflexionar sobre todo el proceso realizado y buscar mejoras para explicar e intervenir en las nuevas situaciones que puedan producirse.

Un hecho que se viene poniendo de manifiesto en diferentes foros y publicaciones es que las relaciones entre los profesionales sanitarios y los

[1] Florence Nightingale (1990) llegó a afirmar que cualquier mujer podía llegar a ser una buena enfermera, porque cualquiera por el hecho de serlo puede cuidar.

usuarios de los servicios de salud están cambiando. Arroyo (2007) (2) apunta a que estos cambios se deben a que las necesidades de los ciudadanos han pasado de ser poco consideradas a convertirse en el eje de la atención. Desde esta orientación, la participación de la persona en su proceso, basada en el concepto de autonomía de las decisiones individuales en materia de salud, es hoy fundamental. Getino y Martínez (1992) y Martínez (1992), plantean que en los procesos asistenciales la mirada de los profesionales se centra en los aspectos relacionados con la enfermedad, sus síntomas y tratamiento, y que generalmente no coincide con la del usuario y su familia, lo que dificulta el entendimiento y la comunicación. Esto tiene como consecuencia una menor eficacia de las propuestas de resolución. Peya (2007) analiza los cambios que se vienen produciendo y la necesidad de tenerlos en cuenta para formar profesionales capacitados que den las repuestas adecuadas a las nuevas demandas. Entre los cambios que identifica esta autora señala *"una mayor concienciación de los ciudadanos en temas relacionados con la salud y el incremento de la diversidad cultural"*.

La consideración de la persona desde la perspectiva de su autonomía en la toma de decisiones es una constante en los diferentes modelos de cuidados, concepción que se refleja en los conceptos paradigmáticos. Aunque como reconocen autoras como Cachón (2007), los procesos asistenciales, fundamentalmente en el medio hospitalario, también están influenciados por la cultura sanitaria. Ello quiere decir que características tradicionales de ésta como son el modelo biomédico y la asimetría en las relaciones siguen estando vigentes, lo que mediatiza la consideración de la persona y la práctica enfermera.

En nuestro medio, la práctica enfermera ha experimentado en las cuatro últimas

décadas una evolución muy significativa que se puso de manifiesto, como se reconoce en múltiples publicaciones (Arroyo y Mompart, 1998, y Ortego, 2002) (1) con la integración de los estudios en la Universidad, con la titulación de diplomatura y unos planes de formación orientados al aprendizaje centrado en las respuestas humanas a las necesidades de cuidados de salud, en los que adquieren un fuerte significado las bases teóricas y metodológicas de la disciplina (Ramió y Domínguez, 2003). A todas luces, estos cambios deberían haber facilitado el desarrollo de las competencias propias y como consecuencia la delimitación del dominio disciplinar y la autonomía profesional. Sin embargo se ha seguido manteniendo la idea de que es importante contar con un sentimiento de vocación[2] que dé sentido y significado a la formación para poder llegar a ser una buena enfermera o un buen enfermero y guíe el ejercicio profesional. Este pensamiento expresado por Nightingale[3] (1990) en plena época victoriana, sigue vigente entre la población en general y en una buena parte del colectivo enfermero. Según Fernández et ál. (1986) Florence Nightingale se refería a su vocación con expresiones como *"los pensamientos y sentimientos que ahora tengo, los recuerdo desde que tenía seis años. Necesitaba una profesión, algo que llenase mi vida. El primer pensamiento que puedo recordar es el de dedicarme a la*

[2] La vocación se entiende aquí como un sentimiento íntimo que inclina a quien lo experimenta a elegir dedicarse a una actividad. Este sentimiento se interpreta como garante de la existencia de una aptitud apropiada para las exigencias de la actividad para la que se ha sentido llamada la persona.
En el Libro Blanco de la enfermería española (1998) se afirma que *la "vocación de servicio", que siempre ha caracterizado a esta profesión, sigue siendo la principal motivación que guía a la gran mayoría de los individuos a cursar los estudios de enfermería.*

[3] Aunque en esta tesis se hacen referencias a Nightingale, y por lo tanto la visión que defendemos respecto a su papel en la evolución de la enfermería, queremos hacer una reflexión respecto a esta reconocida enfermera. Alrededor de su figura y obra se han creado dos corrientes de opinión. Por un lado, quienes la consideran "la descubridora, la salvadora de la enfermería..."; en el lado opuesto se encuentran quienes la denuestan porque planteó el desarrollo profesional a la sombra de la medicina y con ello perpetuó la dependencia de la enfermería a la medicina. Pensamos que Florencia Nightingale hizo aquello que fue posible en las circunstancias de referencia que le tocaron vivir y sobre todo que no se puede hacer responsable de lo que hoy no nos satisface a una persona que vivió hace más de cien años.

labor de enfermería". Para Martínez y Napione (1996) la vocación de servicio significa *"darlo todo por el paciente"*, afirmando que esta orientación está presente tanto en la concepción como en el ejercicio de la práctica ya desde la formación enfermera. Falcó (2005) considera que el compromiso profesional de la enfermería trasciende de lo personal y profesional hacia valores y principios en relación con la sociedad y los derechos humanos.

Las causas que hacen que las personas decidan dedicarse a la enfermería tienen múltiples orígenes, aunque parece existir casi como una razón universal, una relación unívoca entre la práctica de la enfermería y la ayuda a los demás. En la investigación llevada a cabo por Cohen (1988) se concluye que tradicionalmente las estudiantes de enfermería eligen esta opción por razones de generosidad *(nurturance)*. En su estudio con 800 enfermeras de Estados Unidos observa que dos tercios de éstas habían elegido la carrera porque consideraban que les facilitaba la posibilidad de ayudar a los demás. Al enunciado: "La enfermería ofrece más oportunidades de prestar valiosos servicios a la humanidad que ninguna otra ocupación para mujeres", el 80% de las enfermeras que participaron en el estudio manifestaron esta de acuerdo.

Actualmente es frecuente encontrar reflexiones como las de Arroyo (2001) y Quero (2004) con las que pretenden evidenciar que además de los aspectos científicos y técnicos las enfermeras necesitan "algo más", destacando ambas autoras el humanismo como valor necesario.

Otras autoras se formulan preguntas alrededor de las cualidades especiales que serían necesarias para ser una buena profesional o incluso, si son éstas necesarias

para optar a la formación[4], poniendo de manifiesto la existencia de creencias en este sentido. Así, Ojeda, et ál. (1990) llevan a cabo un estudio con estudiantes de enfermería en el que parten de la hipótesis de que éstos eligen la profesión por vocación, y obtienen resultados tan significativos como que el 100% de la población estudiada tiene la *"convicción de estar en posesión de cualidades para el ejercicio de la enfermería"*. Por su parte, Pades, Amorós y Homar (2004) concluyen que para un 85,29% de los estudiantes encuestados la cualidad más significativa para el ejercicio de la enfermería es la empatía, considerada muy por delante de la competencia profesional, elegida por un 55,85%. No obstante, cuando se trata de identificar la existencia de cualidades singulares en los estudiantes de enfermería, los resultados no permiten establecer diferencias entre éstos y los estudiantes en general, como se evidencia en el estudio de Martín y Capellas (2000).

Con esta introducción se ha tratado de esbozar las ideas principales que justifican este estudio. Se parte de la necesidad de fundamentar la práctica de la enfermería en la teoría de la enfermera, y se reflexiona alrededor de la idea que, a nuestro criterio, puede estar dificultando una práctica disciplinar de la enfermería, al haber sido considerada ésta como una actitud, *basada en el hacer,* más que en aptitudes, *basadas en el saber.* Partiendo de estas ideas como marco, se plantea este estudio con los **objetivos** siguientes:

1. Identificar las concepciones que tienen las enfermeras acerca de los elementos nucleares de la práctica profesional; el cuidado, la salud, la persona y el entorno.

[4] Hasta finales de los años sesenta y principios de los setenta para ingresar en algunas escuelas de Enfermería, que gozaban de más prestigio, la candidata debía permanecer interna durante el verano anterior, periodo en el que las responsables de la escuela comprobaban si la aspirante contaba con las cualidades suficientes que garantizaban que iba a ser una buena enfermera.

2. Analizar los elementos que influyen en las concepciones existentes, tales como el tiempo de ejercicio profesional, el sexo, la formación recibida y la unidad o servicio en el que se lleva a cabo la práctica.
3. Valorar si existen relaciones entre la formación recibida y adquirida y la satisfacción con el ejercicio profesional, respecto a las concepciones expresadas.
4. Identificar la aplicación del conocimiento teórico en la práctica clínica.
5. Identificar las concepciones personales que han ido desarrollando las enfermeras con el ejercicio de la práctica y comprobar si estas concepciones son compartidas por el grupo que ejerce en un mismo contexto profesional.

En la primera parte de esta tesis se contextualiza la relación que existe entre la teoría enfermera y la práctica de los cuidados enfermeros, para lo cual se analizan los aspectos que influyen agrupados en cuatro apartados:

- En el primero, se profundiza sobre el significado de la profesión enfermera, identificando los cuidados de salud de las personas y de los grupos como centro de estudio de la disciplina y de interés de la profesión. Se estudia la evolución de la profesión en el contexto social en la que se produce y se finaliza con el análisis del desarrollo y adopción en la práctica de las construcciones teóricas y metodológicas propias.
- En el segundo apartado, se analizan diferentes visiones de la imagen de la enfermería y de las enfermeras, desde la perspectiva de las propias enfermeras. Se toma en cuenta la visión que éstas tienen sobre los diferentes aspectos que configuran la práctica.

  Para completar el análisis sobre la imagen de la profesión y de los profesionales, también se trata la perspectiva de la población en general, los medios de comunicación y las instituciones, según diferentes

manifestaciones.

- En el tercer apartado, se hace un repaso a la formación enfermera analizando la importancia que adquiere el aprendizaje de competencias contextualizadas tanto en los contenidos teóricos como prácticos del currículum, para el posterior ejercicio de la profesión.
- Se concluye con un análisis epistemológico de la enfermería.

En la segunda parte se presenta el estudio propiamente dicho, siguiendo la secuencia de su realización:

- La metodología utilizada para la realización del estudio parte de un diseño cualitativo. En el primer apartado se explica la metodología utilizada para la construcción del cuestionario que se utiliza como soporte para recoger la información. Ha sido construido por un grupo de expertas, moderado por la investigadora, que siguiendo una metodología de análisis de contenido y grupos de discusión, han formulado las dimensiones más relevantes referidas a las concepciones de cada uno de los conceptos paradigmáticos de la enfermería (cuidado, persona, salud y entorno).
- A partir de las dimensiones definidas para cada concepto, se construye un primer documento que es validado con un segundo grupo de expertos. Con la información recogida se ha elaborado el cuestionario definitivo.
- En el apartado siguiente, se describe el cuestionario elaborado así como los métodos de validación utilizados buscando su consistencia, a través de un grupo de expertos y una prueba piloto. Además de las dimensiones relacionadas con cada uno de los conceptos paradigmáticos, resultado del trabajo con las expertas, en el cuestionario se incluyen otros apartados para recoger la información que se ha considerado relevante y de interés, y que pudiera influir en las concepciones manifestadas por la población de estudio.

- Posteriormente, se desarrolla el método seguido en la elección de la población de estudio. Se ha buscado que sea representativa de la Comunidad de Madrid y, por sus características intrínsecas, de todo el territorio nacional. Se desarrolla el sistema utilizado para la recogida e interpretación de la información.
- El trabajo se concluye con la discusión e interpretación de la información y las conclusiones que se han considerando relevantes y de interés para explicar el pensamiento actual de la población estudiada, mejorar el ejercicio profesional de las enfermeras y, en consecuencia, la satisfacción de las personas que son atendidas por éstas.

Como eje de todo el razonamiento de la investigación se sitúa el valor que adquieren los fundamentos teóricos y metodológicos de la enfermería en el ejercicio profesional, fundamentalmente en la clínica por ser el campo de la práctica en el que verdaderamente adquiere significado la profesión como respuesta a las necesidades sociales de cuidados de salud de las personas y los grupos.

Capitulo I. Marco Teórico

Podemos amar lo que somos sin odiar lo que no somos.
Podemos prosperar en nuestras propias tradiciones, incluso mientras
aprendemos de otros y respetamos sus enseñanzas.

Kofi Annan. Naciones Unidas. (Ghana).
Las verdaderas fronteras no están entre los países.
Discurso Premio Novel 2001.

Cooperación Andina de Fomento y Cooperación Latinoamericana Misión Rural. (2002).

La profesión enfermera

El cuidado de salud como razón de ser de la enfermería

Evolución de la profesión enfermera

La profesión desde los diferentes ámbitos de ejercicio

La formación y el ejercicio profesional

La profesión enfermera

Frecuentemente aparecen, en la literatura profesional, afirmaciones que tratan de argumentar que la enfermería es *"una práctica tan antigua como la propia humanidad"* (Francisco, Ferrer y Benavent, 2001[5]), *"un acto de vida"* (Collière, 1993), idea sobre la que profundiza Moraga (2005), o como afirma Torralba i Roselló (1998), *"la tarea de cuidar a otros es una tarea fundamental de la condición humana"*. Al mismo tiempo que se afirma que desde siempre se ha caracterizado por requerir conocimientos y habilidades específicas y por ello han sido reconocidas las personas que la practicaban, (Donahue, 1985, Hernández-Conesa, 1995, Siles, 1999 y García y Martínez, 2001). Sin embargo, no adquiere el rango de profesión, en el sentido de requerir una formación reglada, recibir una retribución por su práctica (Germán, 2006) y garantizar su ejercicio con un código ético (Arroyo et ál., 1998) hasta el siglo XIX, mientras que otras profesiones, con orígenes similares, adquirieron estatus académico en la Edad Media. Y es que, desde antiguo y, hasta no hace mucho tiempo, a la práctica de la enfermería se le han atribuido características altruistas por encima de las profesionales. El presidente del Consejo General de ATS se dirigía, durante el acto de entrega de títulos a los estudiantes que concluían sus estudios en el curso 1965-66 en Madrid, recomendándoles: *"actuando con amor, con abnegación, con humildad, con intenso sentimiento, os sentiréis siempre satisfechas, sin esperar por ello recompensa alguna, porque la mayor recompensa de una buena*

[5]Arsuaga (1999), que afirma la existencia de evidencias que demuestran que, desde siempre, ha habido personas que se ocupaban de los cuidados de quienes tenían algún tipo de discapacidad para cuidar de sí mismas, a lo largo de todas las etapas del ciclo vital, y que no hubiesen podido sobrevivir sin ayuda.

acción es la íntima satisfacción de haberla realizado" (Ayudante Técnico Sanitario, 1966).

Es este apartado vamos a profundizar en el significado de la enfermería como profesión, haciendo especial hincapié en el cuidado de salud de las personas y los grupos como su objeto de interés y en la evolución que ha experimentado su práctica.

El cuidado de salud como razón de ser de la enfermería

Como cualquier otra profesión, la enfermería encuentra su razón de ser en un conjunto de necesidades de la sociedad. Concretamente, en las necesidades de cuidados de salud de las personas y los grupos. A medida que las sociedades se estructuran y organizan las acciones personales, como son los cuidados de salud, se van convirtiendo en procesos sociales y, con el fin de garantizar su cobertura, cuando la persona no puede hacerlo por sí misma o se requiere una especialización y son necesarios conocimientos o tecnologías especiales, se asumen como una responsabilidad colectiva, y adquieren así significado los cuidados enfermeros y las enfermeras. Los cuidados de salud de las personas y los grupos son, por lo tanto, la razón de ser de la enfermería, su objeto de estudio e interés. Esto que bien pudiera parecer una obviedad, no está tan claro ni a nivel general ni, lo que es más preocupante, entre las propias enfermeras, como se irá viendo a lo largo de este estudio.

La vida social se va configurando con un sistema de organización, en

complejidad creciente, como afirman Domínguez (1986, 1990 y 2001), Domínguez, Rodríguez y Miguel (1983) y Ramió y Domínguez (2003). Las actividades cotidianas de las personas en sus formas más primarias son prácticas personales (como el autoaprendizaje, la resolución de conflictos interpersonales o los autocuidados). En un segundo nivel, pasa a ser una cuestión del grupo de referencia (como la educación del hijo o de la hija, la mediación de una persona del grupo en la resolución de un conflicto interpersonal o los cuidados en la familia. En un tercer nivel, cuando por diversas causas no pueden ser abordados en los niveles anteriores, pasan a ser el servicio y, por lo tanto, la responsabilidad, de un grupo especializado (como la enseñanza reglada en la escuela, la resolución de un conflicto interpersonal a través del sistema jurídico o los cuidados enfermeros que se dispensan en el sistema de salud o en el domicilio de la persona (Francisco y Mazarrasa, 2000). De los Santos (1996-97), describe la transformación del proceso de los cuidados *"de actividad innata a otra profesionalizada y altamente especializada"*.

Los cuidados humanos, como necesidades de las personas y los grupos, y su repercusión en la salud, como beneficio individual y colectivo, conforman el campo de estudio y de la práctica enfermera. Su origen se encuentra en las acciones de cuidado que cada persona lleva a cabo por sí misma y de manera cotidiana para mantener su bienestar, según describen teóricas como Collière (1993), Orem (1993 y 2001) y Henderson (1979 y 1994). El objetivo último de la enfermera es satisfacer las necesidades de cuidados de salud de las personas y, por tanto, que las acciones se realicen con la máxima garantía para quienes los reciben, con independencia de quién sea la persona que lleva a cabo la acción concreta (la enfermera, alguien del ámbito cercano o la propia persona interesada), al tiempo que ofrece nuevos y mejores servicios. Para Teixidor

(2006) *"el rol profesional viene determinado por la comunidad científica y la realidad sociolaboral que establece aquello que se espera de un profesional"*.

Fernández (2001) afirma que *"las profesiones son ocupaciones que requieren de un conocimiento especializado"*. Este autor enuncia como elementos que hacen de una ocupación una profesión: 1) la formación educativa de alto nivel, 2) la estructura organizativa, 3) la vinculación con las estructuras de poder, 4) el estatus, 5) la actualización continua y 6) la búsqueda de autonomía. Simas (1976) apunta como elementos distintivos de las profesiones: 1) la autonomía, 2) la pericia profesional, 3) el control de la práctica y de la profesión. Características que coinciden en lo sustancial con las propuestas de organismos de prestigio como el Coles Nursing Británico y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Es decir, que la enfermería como profesión hay que analizarla desde dos perspectivas; la primera, los cuidados de salud de las personas, como centro de interés y dominio disciplinar y, la segunda, desde el estudio de su práctica, y los aspectos que han influido en ella. Marco, et ál. (2003) reflexionan sobre la integración del rol en la práctica y afirman que *"ninguna profesión logra su auténtico desarrollo si no documenta su actividad y profundiza en el conocimiento científico"*.

El reconocimiento de la asunción de los cuidados de salud como función social de la enfermería, (Alberdi, 1988), es puesto de manifiesto por diferentes autoras que hacen referencia explícita a ello. Por ejemplo, Hall (1979) siendo responsable de Enfermería de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, apuntaba que *"la disciplina que conocemos como enfermería es el resultado de la evolución dentro de la sociedad de una actividad humana fundamental: la actividad de cuidar"*. En esta misma línea,

Henderson (1994) describe la enfermería como *"una actividad social mundial"*, y dice: *"la sociedad quiere y espera de nosotros un servicio propio de Enfermería"*, y es el cuidado enfermero el servicio propio que las enfermeras aportan a la sociedad. Para King (1984), *"las enfermeras proporcionan un servicio esencial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos, y les proporcionan cuidados cuando están enfermos"*. Adam (1982), afirma que *"la enfermería es un servicio valioso y generalmente considerado importante por la mayoría de las sociedades"*, aunque a renglón seguido reflexiona sobre la *"función independiente"* de la enfermería, que debe entenderse como su aportación específica, que no está clara para el público en general ni para las propias enfermeras.

Diferentes autoras plantean la función enfermera desde la dimensión ética de su práctica (Torralba i Roselló, 1999). Lydia Feito (2005) (1) afirma que *"la Enfermería, como la Medicina, es una práctica moral"*, por estar íntimamente relacionados con la esencia[6] de la persona. En la misma línea se sitúa Gândara (2008) cuando afirma que *"el cuidado de enfermería es una actividad humana que comporta en una dimensión ética que se revela en la intención del cuidado"*.

A pesar de estas identificaciones en las que tan claramente se relacionan los cuidados y la enfermería, coincidimos con las visiones de Collière (1981) y Adam (1982) que ponen de manifiesto la existencia de dificultades para describir con claridad y de manera homogénea el significado y la naturaleza de los cuidados enfermeros.

[6] A esta esencia se refería Fernando Savater, en una conferencia con motivo del Día Internacional de la enfermera en el año 2005, como *"entrar en la biografía de la persona"*.

Evolución de la profesión enfermera

Un análisis de la enfermería como profesión requiere una perspectiva disciplinar, lo que significa situar como eje el conocimiento sobre los cuidados de salud de las personas y los métodos para abordar los problemas relacionados con ellas, ya que es este el campo de conocimiento y de prestación de servicio a la sociedad en el que la enfermería encuentra su razón de ser (Daza, Torres y Prieto, 2005 (1), Francisco, 2005, Meleis, 1997, Kérouac et ál., 1996).

Actualmente, las enfermeras cuentan con diferentes marcos conceptuales, o modelos de cuidados, para fundamentar la práctica profesional. Estas estructuras teóricas, elaboradas a partir del año 1950, se desarrollan sobre la base de teorías provenientes de diversas disciplinas, como la Psicología, la Antropología, la Didáctica, la Sociología, etc., en las que las teóricas enfermeras, fundamentalmente del área anglosajona, han profundizado en el estudio de estas ciencias en postgrados y doctorados lo que les ha llevado a maneras diferentes de ver la enfermería (Monti y Tingel, 1999). Sin embargo la relación entre disciplina y profesión es bastante distante. Así se pone de manifiesto en diferentes publicaciones (López-Parra, et ál., 2006) al afirmar que la profesión no ha evolucionado al mismo ritmo que la disciplina.

En el contexto español, los modelos de cuidados vienen siendo parte de la formación enfermera desde los años 1970. Sin embargo, no está claro cómo los estudiantes, ya profesionales, han elaborado y asimilado el conocimiento que ofrecen los modelos teóricos, y lo que está menos claro todavía es en qué medida

se aplican los conceptos desarrollados en estas estructuras en el ejercicio de la práctica enfermera, como analizan Hernandez-Conesa, Moral y Esteban-Albert (2002). En nuestro entorno parece existir una distancia entre el conocimiento adquirido en el periodo de formación y su posterior aplicación en el ejercicio profesional. Entre las causas de esta ausencia de relación pueden estar la diversidad de modelos de cuidados existente (Fernández, 1997) y el hecho de ser estructuras teóricas construidas empíricamente en realidades diferentes a la nuestra, lo que pudiera conferirles perspectivas ideológicas o de racionalidad sobre el cuidado que no sean explicativos de nuestra realidad cultural, sanitaria y social.

Hasta la década de los años setenta del siglo XX, las enfermeras eran valoradas por su destreza en habilidades y competencias técnicas (Andréu, 1990) que podían observarse directamente en su práctica, fundamentalmente dirigidas a contribuir en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En la literatura consultada se observa una importante carencia de análisis sistemáticos sobre el cómo aplica la enfermera en la práctica lo aprendido con la teoría, así como aquello que va elaborando como resultado de la experiencia que se adquiere con el ejercicio diario de las actividades profesionales.

Como consecuencia de los cambios en la manera de concebir y abordar el proceso salud-enfermedad y la ordenación de los Estudios de Enfermería en la Universidad en el año 1977[7], se produce una nueva orientación en los contenidos de la formación enfermera y se comienza a evidenciar la necesidad de una formación, que capacite para un ejercicio profesional con unos mínimos

[7] Real Decreto 2128/1977 de 23 de julio, relativo a la conversión de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) en Escuelas Universitarias de Enfermería y la homologación de los títulos a efectos nominativos, corporativos y profesionales.

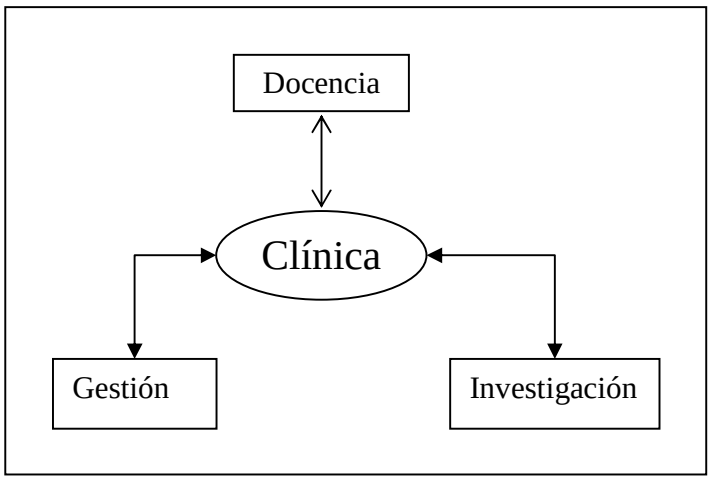
imprescindibles para ejercer una práctica científica, basada en la adopción de un modelo teórico como referente para los cuidados y en el proceso enfermero como guía metodológica para su aplicación en la práctica (Arroyo y Mompart, 1998). Actualmente, se cuenta con diferentes propuestas para hacer operativa la integración de los contenidos específicamente disciplinares en la formación enfermera global, como la desarrollada por Francisco y Durán (1999) en la que se plantea hacer transversales los fundamentos teóricos y metodológicos de la enfermería en todas las materias del curriculum, o la definición de modelos de enseñanza, como la propuesta de Albéniz, et ál. (1995), con la que tratan de facilitar la integración de los contenidos de las diferentes materias en un mismo marco explicativo.

En el proceso de profesionalización de la enfermería se han incorporado al ejercicio profesional, con relativa facilidad, diferentes estructuras metodológicas. En un principio fue el proceso de atención de enfermería y más recientemente diversas clasificaciones, para denominar las situaciones que resuelven las enfermeras, como la clasificación de los diagnósticos enfermeros desarrollada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2005) u otras estructuras con el fin de unificar y sistematizar la práctica como la clasificación de los resultados enfermeros de la Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead, Jonson y Maas, 2004), la clasificación de las intervenciones enfermeras de la Nursing Interventions Classification (NIC) (McCloskey y Bulechek, 2005) o clasificaciones que integran las diferentes propuestas (NANDA, NOC y NIC) (Johnson et ál., 2007). Müller-Staub et ál. (2006) afirman, como conclusión de un meta-análisis, que el uso de los diagnósticos mejora las intervenciones y los resultados. Sin embargo, se observan dificultades para la adopción de un modelo de cuidados en la práctica, por lo que queda

incompleta esta práctica al contemplarla con una perspectiva disciplinar. Por ello, coincidimos con Morilla et ál. (2005-06) cuando afirman que *"los sistemas estandarizados han de armonizarse adecuadamente con el marco conceptual enfermero"*.

La profesión desde los diferentes ámbitos de ejercicio

Las razones que se esgrimen para explicar la disposición más abierta y receptiva con la aplicación de las estructuras metodológicas que con las conceptuales son muy variadas dependiendo del área de ejercicio profesional; es decir, si se trata de enfermeras clínicas, docentes, gestoras o investigadoras. Según autores como Fernández (2005) (1 y 2) y Meleis y Price (1998) las enfermeras que ejercen en la clínica (donde adquiere significado la relación entre la teoría y la práctica) son quienes tienen que aplicar el conocimiento contenido en las estructuras teóricas en las situaciones reales. Pero éstas se encuentran con dificultades por tratarse de un conocimiento que ha sido elaborado empíricamente, con marcos teóricos y teorías de referencia provenientes de otras disciplinas, como se ha apuntado anteriormente, y desde realidades distintas a la nuestra, por lo que las explicaciones teóricas no siempre facilitan la mirada y la comprensión de la propia realidad. Esta idea queda expresada en el cuadro siguiente:



Cuadro 1. La práctica clínica como centro de la profesión enfermera.

Por otra parte, las enfermeras docentes se limitan al estudio teórico de los modelos y a su explicación y aplicación con los estudiantes en situaciones con un alto grado de simulación. Con ello se pretende que éstos aprendan en la clínica durante su aprendizaje práctico, de las enfermeras asistenciales, una práctica científica basada en un modelo de cuidados que raramente está explicitado. Según Benner (1987), las enfermeras docentes pretenden que en el periodo de formación, los estudiantes lleguen a contemplar todas y cada una de las acciones enfermeras como un todo, lo que solo es posible con la experiencia y en situaciones reales.

Las enfermeras dedicadas a la gestión están más preocupadas por las cuestiones relacionadas con una administración eficiente de los recursos y servicios, como las cargas de trabajo desde una perspectiva centrada en el hacer (Subirana y Solá, 2007), que por los aspectos disciplinares del ejercicio de la enfermería. Aunque también existen grupos, en las direcciones de enfermería, preocupados por la formación en los aspectos disciplinares, como expresan en su trabajo Maña, Fernández y Mesas (2004) y Juvé et ál. (2007) (2), sobre aplicaciones

metodológicas; López, Riu y Forner (2005), con propuestas de planes de cuidados; Teixidor (2002) (1) que desarrolla un proyecto integrando en el papel de las áreas clínica, docente y gestora y los trabajos de Campo et ál. (2003) y (2003-04) y Besora et ál. (2008) sobre la unificación de diagnósticos, resultados e intervenciones en atención primaria.

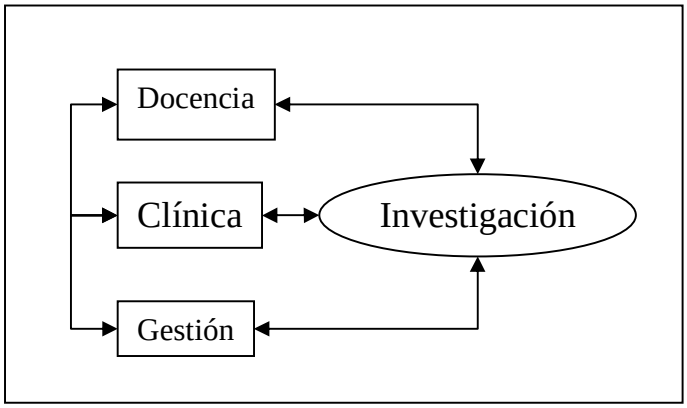
En cuanto a la práctica de la investigación por parte de las enfermeras, ésta adquiere significado cuando se lleva a cabo en sí misma pero, sobre todo, cuando se desarrolla desde los diferentes ámbitos de la práctica, la clínica, la docencia y la gestión (Pulpón e Icart, 1994 y Benavent, 2001) y se aplican las evidencias obtenidas en el servicio enfermero, (Meleis, 1997). Las enfermeras que se dedican exclusivamente a la investigación producen el conocimiento (Bojo y Serrano, 2005), para ser aplicado en la práctica clínica por quienes ejercen en ella, lo que frecuentemente tiene como consecuencia un alejamiento entre lo que se propone como resultado de las investigaciones y lo que se requiere o se lleva a cabo en la clínica (Fernández, 1997).

Para que el avance del conocimiento se pueda aplicar en la práctica es necesario un planteamiento con una doble visión:

1. Contemplar la actividad clínica como la razón de ser de la enfermería y, por tanto, como el eje del desarrollo disciplinar (Kérouac et ál., 1996 y Meleis, 1997), en el sentido de que sea en la práctica clínica donde se busquen y se encuentren los fenómenos de estudio para, posteriormente, aplicar los avances hallados con la investigación. La clínica representa el núcleo en el que adquieren significado las prácticas docente, gestora e investigadora (Meleis, 1997).

2. Considerar la investigación como una práctica que adquiere su verdadero significado cuando se aplica para explicar y mejorar el ejercicio profesional en sus diferentes ámbitos y no como valor en sí misma. En la medida que se comparta el ejercicio y la responsabilidad de la práctica en cualquiera de sus áreas, clínica, docente y gestora, con investigaciones, mayor será el desarrollo disciplinar (Meleis, 1997) y las posibilidades de aplicación en la práctica, al acercar el saber que se produce como consecuencia de la investigación a la práctica cuando éste se aplica y, en definitiva, contribuir con ello a la mejora de la calidad de los cuidados enfermeros.

El significado de la investigación que se ha desarrollado para fundamentar y explicar las acciones de cuidados y predecir sus efectos se puede observar en el cuadro siguiente:



Cuadro 2. La investigación como instrumento de innovación en todos los ámbitos profesionales.

La formación y el ejercicio profesional

Al proyectar la mirada sobre la profesión, hemos considerado de interés profundizar en la relación que existe entre la formación —de grado, postgrado, continuada y autoformación— y el ejercicio profesional. Son dos las razones fundamentales que nos llevan a esta parada. En primer lugar, la importancia que adquieren los conocimientos en la acción. En segundo lugar, porque es el área de la docencia enfermera el campo de ejercicio profesional de la autora de esta tesis.

Para todas las acciones de aprendizaje, desde la más simple o concreta a la más compleja, hay que partir del campo de estudio e interés de la enfermería, que no es otro que, los cuidados de salud de las personas que, en relación con su entorno, viven diferentes experiencias de salud (Kérouac et ál., 1996).

Con esta premisa como base de la formación enfermera[8] se estructura en un proceso de desarrollo del aprendizaje que se puede analizar en tres niveles, diferenciados aunque bien relacionados, (Blasco, 1986 (1) y 1997) y (González, 1992) de la siguiente manera:

– La formación enfermera se inicia con el estudio de las Ciencias Básicas Biológicas, con contenidos sobre las estructuras y funciones humanas; del entorno en el que viven las personas y los grupos; de la Psicología, sobre el comportamiento humano en las distintas etapas de la vida; y de la Ciencia Enfermera con el estudio de la historia y la filosofía del pensamiento enfermero.

[8] Siguiendo las directrices del Decreto 2128/1977 de 23 de julio, sobre la integración en la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería.

- En un segundo nivel se sitúan los contenidos relacionados con el aprendizaje sobre las necesidades y problemas de cuidados que tienen las personas y los grupos en diferentes situaciones de salud y enfermedad para concretar el desarrollo de las competencias necesarias sobre el cuidado enfermero, con el estudio de materias como la Enfermería Comunitaria y la Enfermería Medicoquirúrgica, así como contenidos relacionados con ciencias afines como son la Nutrición y la Farmacología.
- En el tercer nivel del proceso de aprendizaje de la Enfermería se integran los contenidos relativos al estudio de los cuidados que requieren las personas en etapas concretas de la vida como la infancia y la vejez; en situaciones específicas como el embarazo y el puerperio y cuando la persona sufre problemas mentales, abordándose también el estudio de las diferentes formas de intervención enfermera, tanto cuando es necesario realizarlas a la persona de manera individual como en grupos.

En la formación enfermera tiene un significado especial el aprendizaje en las prácticas clínicas, al representar un 50% del currículum. Esta formación se lleva a cabo en centros de salud, hospitales, centros geriátricos, etc., y el aprendizaje se adquiere con la guía y tutela de enfermeras clínicas y docentes. El objetivo es que los estudiantes aprendan significativamente de la realidad, aplicando el conocimiento científico adquirido previamente en el aula, como analiza Medina (1998), como fundamento para la toma de decisiones, e interviniendo, con la tutela de las profesionales, en los problemas de cuidados de las personas que se atienden en las unidades en las que realizan las prácticas clínicas. En este punto de la formación es frecuente que aparezcan diferentes visiones entre las expectativas de enfermeras clínicas y docentes. Las docentes han facilitado a los estudiantes la formación teórica, podría decirse que de manera ortodoxa, y las

enfermeras clínicas desarrollan su práctica desde una perspectiva interpretativa de los conocimientos, lo que puede llegar a crear discrepancias entre clínicas y docentes e incertidumbre entre los estudiantes. En este tema se profundiza en el apartado, de esta tesis, dedicado a la formación.

A pesar del desarrollo del conocimiento enfermero experimentado en las cinco últimas décadas y de la importancia que adquiere en la formación, en la práctica profesional, y prácticamente en todos los ámbitos, continúan teniendo un peso mayor los aspectos relacionados con la pericia técnica que los relativos a la reflexión teoría. Desde la integración de los estudios en la Universidad se han puesto en marcha diversas iniciativas, para tratar de acercar la teoría a la práctica y fundamentar así la acción profesional, como la de Flores, Gordillo y Velasco (1998), generalmente articuladas desde los proyectos de formación continuada y/o en servicio que se venían desarrollando con anterioridad, como es la experiencia, una de las primeras, descrita por Meléndez (1986) o, más tardías como las de Sancerní et ál. (1992) y Miralles (1995). La formación continuada sigue siendo considerada un elemento fundamental para la calidad de los cuidados. Saavedra (2006) afirma que es el elemento más destacado por las enfermeras que participan en su investigación. Sin embargo, sigue siendo escasa entre los profesionales, la autoformación, entendida como estudio individual.

De los múltiples programas desarrollados cabe destacar el curso de Homologación de Conocimientos (Calvo y Mompart, 1992), que fue seguido y superado a lo largo de la década de los años 1980, por el 80% de las y los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). Esta formación tuvo como finalidad que los profesionales formados en el modelo anterior al de 1977, adquirieran los conocimientos nuevos que conformaban el plan de estudios de la Diplomatura y

desarrollaran una disposición para orientar la práctica fundamentada hacia el cuidado de la persona en su entorno y en diferentes situaciones de salud y de enfermedad, y no exclusivamente centrada en la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, que había sido hasta entonces el objetivo de los estudios de ATS.

Simultáneamente al desarrollo del proceso de homologación, que estuvo vigente a lo largo de cinco cursos, se llevaron a cabo otras iniciativas con la misma finalidad, como los programas de formación continuada[9] comentados anteriormente (Meléndez, 1986) y (Sancerní et ál., 1992). Estos hechos encuentran su expresión en que aparecen las primeras publicaciones[10], actividades[11] y asociaciones científicas[12] preocupadas por contribuir al desarrollo profesional y disciplinar.

En definitiva, se puede concretar que la finalidad de estas iniciativas fue acercar el conocimiento científico, los modelos de cuidados y los métodos enfermeros a la práctica profesional. Sin embargo, las consecuencias no han sido las

[9] Estos programas además, cumplieron con una función fundamental para la actualización de las enfermeras. Fueron los proyectos de *"formación continua y orientación en servicio"*. Dos experiencias excepcionales fueron las desarrolladas en dos hospitales de Madrid, en el Ramón y Cajal liderada por Lucía Mazarrasa y en Puerta de Hierro liderada por Milagros Segura. Es de resaltar que estas dos enfermeras habían ejercido en hospitales norteamericanos, y que la experiencia vivida fue definitiva para el desarrollo de estas propuestas en nuestro entorno, según manifestaba Lucía Mazarrasa.

[10] La Revista ROL de Enfermería, que es la primera revista científica de la enfermería española, se comienza a editar en julio de 1978 y continúa en la actualidad.

[11] Se comienzan a celebrar las primeras reuniones científicas y congresos. Entre estas actividades cabe destacar el I Congreso para el Desarrollo de la Enfermería, organizado por el Colegio profesional de Madrid y celebrado en mayo de 1980. Este Congreso congregó a un millar de enfermeras y enfermeros de todo el Estado, y a lo largo de su desarrollo, como se puede comprobar en las actas del mismo, se aprecia el interés de los participantes por buscar y explicar los fundamentos teóricos de la práctica enfermera en sus distintos ámbitos.

[12] De entre las asociaciones que surgieron en los años setenta y ochenta es de destacar la Asociación Española de Enfermería Docente por su contribución al desarrollo de la disciplina. Se constituyó en el año 1979 y sigue vigente actualmente.

esperadas, sigue existiendo en la realidad y en diferentes ámbitos del ejercicio profesional, como apuntan diferentes autores (Martín, García y Sánchez, 1999) y (Medina, 2005 (1 y 2), un distanciamiento entre teoría y práctica.

Entre las razones que más frecuentemente se argumentan para explicar la dificultad para integrar la teoría en la práctica enfermera destaca, el hecho de que durante mucho tiempo haya prevalecido una visión biologicista y médica sobre todo lo relacionado con la salud, la enfermedad y la persona que vive diferentes circunstancias por estos estados, en el sentido desarrollado por Comelles y Martínez (1993) y del Pino (2004). Por otra parte, se apunta la gran variedad de los modelos de cuidados existentes. Aunque quizá la última razón del divorcio entre la práctica y la teoría esté en la indefinición del rol profesional, tal y como parece ponerse de manifiesto en diferentes estudios, ya que desde siempre existe una cierta confusión sobre la aportación específica de la enfermería a la sociedad, tanto para la población en general (Vázquez, 1990), (Renedo et ál., 1998), (Serrano, 1999), y (Martínez et ál., 2004), como por parte de los propios profesionales, como ponen de manifiesto en su estudio García y Buendía (2001).

En los años ochenta del pasado siglo, diversas autoras se afanaron en concretar las diferentes visiones existentes sobre las enfermeras, en función de lo que puede considerarse su centro de atención, que ponen de manifiesto la idea de diferentes "entidades enfermeras". Así, Tey (1982) distingue entre *"la enfermería de dependencia médica, la tecnificada y la de salud integral"*. En esta mima línea, Alberdi (1988) puso nombres a esta indefinición con un acierto que sigue de actualidad, diferenciando tres topologías de enfermeras: *"la ATS, la tecnológica y la cuidadora"*. Estas dos propuestas coinciden con las diferentes miradas que se proyectan hoy sobre las enfermeras, tanto por parte de la

población como por parte de las propias profesionales, como se verá más adelante.

Los estudios sobre la opinión que los usuarios tienen de las enfermeras coinciden en identificar su papel relacionado con los cuidados de salud de las personas y los grupos, aunque también parecen estar de acuerdo en dar importancia al papel que desarrollan en lo relacionado con la ayuda al médico en su función de diagnosticar y tratar la enfermedad y en tareas específicas como poner inyecciones, hacer recetas o medir la presión arterial.

Medina (2005 (3)), basándose en diversos autores, afirma que *"el saber enfermero es caracterizado epistemológicamente como conocimiento práctico"*, y añade que los juicios que llevan a cabo las enfermeras son simultáneos a la acción y tan importantes como el conocimiento teórico que se adquiere durante el periodo de formación. Coincidiendo en lo fundamental con este autor, el interés del presente trabajo es identificar el conocimiento implícito en la práctica enfermera que generalmente permanece invisible, incluso para las propias enfermeras, que expresan dificultad para adoptar y aplicar las estructuras teóricas en la práctica clínica.

Benner (1987) atribuye la dificultad para relacionar la teoría y la práctica a la complejidad de las acciones. Según esta autora en las acciones de cuidado se producen infinidad de sutilezas que solamente pueden explicarse en situaciones idénticas, lo cual no es fácil si se tiene en cuenta que no hay dos situaciones iguales.

Una vez que se ha analizado la enfermería como profesión, pasamos a

profundizar en la imagen que de ésta y de los profesionales que la ejercen, las enfermeras y los enfermeros, se proyecta y se tiene. Este análisis se desarrolla desde las distintas miradas que se consideran representativas. La imagen que tienen los propios profesionales y proyectan en la literatura profesional; la que han elaborado los usuarios reales o posibles de sus servicios; la que transmiten los medios de comunicación y las instituciones. Se finaliza con una reflexión sobre la imagen ideal, entendida como la aspiración más compartida actualmente por el colectivo enfermero.

La imagen de la enfermería

La mirada interna

- Lo femenino
- Lo religioso
- Lo militar
- Lo médico
- Imagen actual

La mirada de los usuarios reales y posibles

La mirada de los medos de comunicación

La mirada desde las publicaciones profesionales

La mirada institucional

La imagen deseada como ideal

La imagen de la enfermería

La importancia de reflexionar sobre la imagen de la enfermería se justifica en que ésta va configurando la función profesional de la enfermera al tiempo que viene influida por ella. La profesionalización de una actividad está determinada por el reconocimiento social (Ramió y Domínguez, 2003 y Chocarro et ál., 2004) y el desarrollo de un dominio propio (Meleis, 1997), de una actividad monopolista (Abbot, 1986), o por *"la importancia que adquiere para el resto de los seres humanos"* (Creus, 2002). Es por lo tanto fundamental analizar la imagen de la enfermería y de las enfermeras, y hacerlo desde las visiones interna (de las propias profesionales) y externa (de grupos sociales y la población en general).

Para las enfermeras, la identificación de la disciplina y la profesión no resulta satisfactoria, como se pone de manifiesto en el Libro Blanco del Consejo General de Enfermería (1998). Así mismo, desde diferentes ámbitos del ejercicio de la enfermería se viene planteando la necesidad de profundizar en su rol autónomo y orientar la práctica desde la esencia de los cuidados humanos que dan lugar a los cuidados enfermeros (Alberdi, 1992) y (Collière, 1999).

Domínguez (1985) establece una clasificación sobre diferentes miradas que proyectan distintas imágenes de las enfermeras, tanto por parte de otros como por parte de sí mismas, y las clasifica en cinco categorías:

- En la primera se refiere a la imagen que tienen los profesionales sanitarios,

en el que incluye a las propias enfermeras y estudiantes y a otros miembros del equipo de salud.

- En el segundo grupo hace referencia a la imagen social o pública de la enfermería y las enfermeras, en el que agrupa la mirada de los usuarios, tanto reales como potenciales, y la opinión expresada en los medios de comunicación.
- En el tercer apartado trata de recoger la imagen que se refleja en la literatura especializada, refiriéndose a los textos y publicaciones profesionales.
- El cuarto grupo se refiere a la imagen oficial que se recoge en documentos institucionales y legales.
- En la quinta categoría incluye la imagen ideal que sería deseable según las propias enfermeras, teniendo en cuenta las expectativas de los clientes.

Esta autora ofrece una aproximación a la imagen de la enfermera según los puntos de vista enunciados. Describe que los estudiantes atribuyen a la enfermera características relacionadas con la humanidad y la comprensión, afirmando que éstos tienen una imagen acorde con las tendencias de la práctica enfermera más avanzada, destacando su papel de educar, conocer, compartir, suplir, cubrir necesidades y hacer participar al cliente en su proceso de cuidados. Todo ello coincide, en lo esencial, con lo expresado por teóricas, como Orem (1993 y 2001) y Henderson (1991). Los clientes confieren a la enfermera características similares a los estudiantes. En la prensa, el cine[13] y la televisión la imagen que se ofrece de la enfermera es poco positiva. Según la autora, a partir de 1970 existe

[13] Curiosamente en el invierno del 2005-06 coinciden dos estrenos que ofrecen una imagen *normalizada* de la enfermera. La película titulada *La vida secreta de las palabras* de Isabel Coixet y la obra de teatro *Papel de mujer* de Itziar Pascual.
Dignas de análisis son otras imágenes que se ofrecen de enfermeras o enfermeros, como es el caso de la película *Hable con ella* de Pedro Almodóvar o en la serie de Hospital Central emitida por el canal de televisión Tele 5.

una contraposición hacia la imagen tradicional caracterizada por manifestaciones de cariño y por valores como la nobleza, la vocación y la caridad, por lo que parece existir actualmente un interés especial por ofrecer una visión carente de estos atributos tradicionales. Los textos de formación refuerzan, en cierto modo, la imagen tradicional, al tiempo que la rechazan. En cuanto a la consideración de las enfermeras por parte de la legislación existente, se observa una concepción de éstas y de la práctica profesional dependiente de la profesión médica.

La mirada interna

Actualmente, la consideración de la enfermería no satisface las expectativas de la imagen ideal de un sector de enfermeras (Consejo General de Enfermería, 1998) y de clientes. Como se pone de manifiesto en la literatura, las causas son múltiples, lo cual se pasa a analizar a continuación tomando como referencia las perspectivas descritas por Domínguez (1985).

En cuanto a la imagen que los diferentes profesionales sanitarios tienen sobre la enfermería y las enfermeras, no existen estudios que aporten luz a dicha consideración y no vamos a entrar aquí a especular desde lo que se observa en los ambientes cotidianos porque este tema sería objeto de otro trabajo.

Por el contrario, es prolija la opinión y el análisis construido desde la propia profesión. Existen diversos trabajos que tratan de recoger las opiniones de las enfermeras y de los estudiantes, de los que se puede extraer, como conclusión general, que se aportan miradas muy diferentes e incluso la existencia de dificultades, por parte de las mismas enfermeras, para describir la naturaleza de

la enfermería y el rol de las enfermeras.

Así, nos encontramos que a pesar de ser las propias enfermeras las responsables de construir, determinar y transmitir la identidad deseada, existen problemas para comunicar una imagen clara para el público en general y satisfactoria para el colectivo. Collière (1981) lo ha expresado con gran claridad en referencia al proceso de profesionalización de la enfermería en Francia[14]. Esta autora escribe que *"todos nosotros, sea en familia, entre amigos, o bien entre profesionales de distintas ramas, nos hemos visto a menudo faltos de definiciones al querer explicar en qué consistía el servicio de enfermería, y contestar la pregunta, implicada con el problema: ¿qué son los cuidados de enfermería?"*. Martínez (2005) se refiere a las enfermeras españolas de manera muy similar a como lo hace Collière (1981) cuando afirma que la sociedad tiene clara la existencia de la profesión enfermera mientras que las enfermeras *"no tienen una identidad clara"*. Carballo (2005) afirma que responder a la pregunta sobre *"qué es lo que hacemos las enfermeras y qué valor tiene nuestra actividad supone para algunos una cuestión, cuando menos, comprometida"*. Recientemente la doctora Jean Watson participaba en una jornada se trabajo sobre "La humanización de los cuidados", en nuestro país, y se expresaba de manera similar al iniciar su intervención con dos preguntas: ¿saben lo que hacen las enfermeras?, y, ¿saben las enfermeras lo que hacen?, (Riva, Buendía, Fabrellas, 2008).

Veintisiete años después de la pregunta expresada por Collière sobre qué son los cuidados enfermeros, cuando se les pregunta a las estudiantes responden con una

[14] La situación y evolución de la disciplina y del ejercicio profesional de la enfermería en Francia guarda una gran similitud con la de España (Canalejas, Herrero y Cuello, 1991). Collière es la enfermera teórica francesa que goza de mayor reconocimiento entre las enfermeras españolas, aunque generalmente las referencias a las teóricas norteamericanas, fundamentalmente, y a las canadienses son más frecuentes.

definición académica, y las enfermeras profesionales lo hacen enumerando un extenso listado de las actividades que llevan a cabo[15]. Esta situación no deja de ser una paradoja, ya que las enfermeras eligen serlo porque es la profesión que más les gusta (como lo manifiesta un significativo 78,3% en el Libro Blanco del Consejo General de Enfermería (1998) aunque después puede parecer que no se tenía tan claro lo que se estaba eligiendo, o que el ejercicio profesional no se corresponde con lo imaginado, lo cual no deja de ser una contradicción que quizás explique el hecho de que un 52,1% de enfermeras se sientan frustradas con la práctica de la profesión que eligieron, como queda expresado en el mismo estudio.

Por ser las propias enfermeras las responsables de construir su imagen, y por tanto la profesional, resulta evidente que en su configuración y transmisión influye su autoestima (Pades, 2003).

Albacar et ál. (2008) relacionan el grado de aserto de la enfermera con su compromiso profesional en una muestra de 219 enfermeras, a través de seis áreas de relación: 1) opinión, 2), crítica, 3) colaboración, 4) relación, 5) hallazgos y 6) situaciones; concluyen que el 80,2% de las enfermeras estudiadas tienen características de persona no comprometida. Para estas autoras un alto nivel de asertividad proporciona beneficios en el área personal, social y profesional. En el

[15] Para hacer esta afirmación se ha realizado la pregunta ¿qué son los cuidados de enfermería?, y se ha pedido que se respondiera de la manera más concreta posible a 20 estudiantes de enfermería de 3º curso y a 20 enfermeras y enfermeros elegidos al azar (con los primeros que se tuvo contacto el día en que se realizó). Los estudiantes respondieron con enunciados extraídos de las estructuras teóricas de Henderson y Orem, fundamentalmente. Dos de ellos hicieron referencia a Leininger, otra a Watson, y cinco de ellos construyeron una definición ecléctica con elementos de diferentes modelos. Los profesionales consultados respondieron, en su totalidad, con un listado de actividades en las que estaban presentes las acciones de cuidados personales, actividades relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y prácticamente en todos los casos se hacía una referencia explícita a la educación para la salud como sinónimo de los cuidados enfermeros.

área personal destacan la autoestima, en el área social, un aumento de las relaciones sociales y, por lo tanto, un mayor reconocimiento social y en el campo profesional, un mejor ejercicio de la profesión. Otras autoras como Cabrera, Guil y Vázquez (1998) también consideran la asertividad como una característica que influye en el desarrollo de la profesión.

También encontramos estudios que relacionan el desarrollo profesional con la motivación (Alberdi, 1995). Sin embargo, es precisamente la desmotivación profesional uno de lo elementos que más identifican las enfermeras cuando se proponen nuevos proyectos organizativos (Rodríguez et ál., 2002) o profesionales.

Resulta evidente la existencia de dificultades y confusiones a la hora de interpretar la imagen profesional por parte de las propias enfermeras. En este sentido Camaño y Felipe (2004) desarrollan la idea de que la causa puede estar en la creencia de que todas las enfermeras tienen que ser iguales en términos profesionales de conocimientos, intereses y objetivos, lo que no es posible, al igual que no lo es en ninguna otra profesión, ya que las prioridades humanas responden a las particularidades de cada persona y así la carrera en el ejercicio profesional que cada persona elige seguir es propia, con una base común compartida por todo el colectivo pero, con unos itinerarios y unas implicaciones profesionales y de desarrollo personal que son diferentes.

Según Esteban (1992), filósofo interesado en el desarrollo de la enfermería como disciplina, en el proceso de construcción de una disciplina influye su propia

historia[16], la comparada con otras disciplinas afines y los conocimientos y métodos que ha desarrollado y aplica. Para este autor, *"el enfermero es un profesional en busca de su identidad"* y afirma que en el proceso de esta búsqueda ha influido notablemente la dependencia de otras profesiones, en particular a la medicina. Tanto el interés por la propia historia, como la búsqueda de la identidad enfermera son constantes que se ponen de manifiesto en múltiples publicaciones con pensamientos desde diferentes perspectivas (Mora y Urrela, 1989). Amezcua (2001) analiza los mitos que han tenido significado a lo largo del tiempo. Antonín y Tarrech (1993) fijan la mirada en los elementos que provocan crisis y Delgado (1992) propone despojarse de las ideas preconcebidas y construir la profesión. Siles (2005) plantea un enfoque dialéctico para analizar la identidad enfermera, con perspectiva de género, considerando a la enfermera como persona desde los planos ontológico y metafísico.

Las reflexiones en esta línea siempre han estado presentes desde los primeros análisis de la enfermería como disciplina. Simas (1976) resumía el problema de la enfermería en que *"la actividad enfermera ha debido afrontar la lucha de buscar un estatus profesional reconocido"* y añadía que *"para lograrlo, las enfermeras deben demostrar que han satisfecho las exigencias que la sociedad impone a una profesión, a saber: autonomía, pericia distintiva y control de la práctica y la formación"*. Domínguez (1985), desde una perspectiva sociológica, describe como factores significativos en la evolución de las profesiones la influencia de aspectos filosóficos, religiosos, sociales, técnicos, políticos, legales, económicos, educacionales, de la práctica cotidiana y de valores y creencias. Francisco, Ferrer y Benavent (2001), con una mirada enfermera,

[16] Amezcua (1993) lleva a cabo un trabajo en el que analiza las publicaciones sobre la historia de la enfermería, y apunta la existencia de un interés creciente, en las últimas décadas, por profundizar sobre el pasado y la evolución profesional.

atribuyen la evolución del proceso de profesionalización de la enfermería a su relación con el género, lo religioso, lo militar y lo médico, realidades que han estado presentes en su formación y práctica a lo largo del tiempo y de manera singular en los momentos más decisivos de esta evolución cuando ha experimentado un mayor crecimiento tanto cualitativo como cuantitativo. Medina (1998), enfermero y pedagogo, identifica como elementos que influyen en la evolución de la enfermería y de las enfermeras el poder, el género y la legitimación del discurso.

Más recientemente y con motivo de analizar el futuro de la enfermería en el nuevo espacio europeo son frecuentes las reflexiones y publicaciones en este sentido, como las de Alberdi y López (2004) o Teixidor (2006) cuando afirma que *"es esencial consolidar el desarrollo de las competencias de Enfermería y profundizar en el rol autónomo"*.

Seguidamente se pasa a realizar una breve reflexión sobre los aspectos que vienen influyendo en la configuración de la profesión. Se toma como marco para el análisis los elementos propuestos por Francisco, Ferrer y Benavent (2001): la influencia de valores femeninos, religiosos, militares y médicos.

Lo femenino

Tradicionalmente los cuidados han estado en manos de las mujeres y también, desde siempre, su profesionalización ha estado ligada a la mujer. Esta identificación enfermera-mujer ha tenido consecuencias tanto en su concepción como en su práctica. Ha colocado en un lugar secundario a la enfermería y a las

enfermeras. Desde un punto de vista general, las razones de este fenómeno se encuentran en el pensamiento de Buxó (1991) y de Kottak (1997) que desde análisis antropológicos afirman la existencia universalizada y permanente de un reconocimiento de superioridad del hombre respecto a la mujer. Entre las consecuencias de la sobrevaloración del hombre, Capel (1986) destaca que las mujeres, en iguales condiciones que los hombres, han sido objeto de peores condiciones y retribuciones en el trabajo y menos prestigio estos. Brullet (1996) describe este fenómeno como la Teoría de déficit innato o genérico.

La influencia del género en la imagen y el ejercicio de la enfermería, se ha analizado por diferentes autores (Canals, 1992, Alberdi, 1998 (1 y 2), Lillo, 2002, García, Sainz y Botella, 2004, Fajardo y Germán, 2004, Cano-Caballero, 2004 y Germán, 2006) y todos coinciden en que la feminización es una de las causas de la desvalorización de la imagen enfermera y de su subordinación a la medicina, generalmente, al menos hasta hace poco tiempo, ejercida mayoritariamente por hombres. Sin embargo, también se analiza como un constructo interrelacionado con la ideología religiosa, que ha caracterizado a quienes han ejercido la enfermería durante mucho tiempo y los valores otorgados a sus acciones, y las diferencias entre los saberes médicos y enfermeros, que se potencian entre sí (Francisco, Ferrer y Benavent, 2001). Cohen (1988) afirma que *"Nightingale fomentó un sistema que subordinaba a las enfermeras a los médicos"*, como se pone en evidencia en el juramento que propuso para las enfermeras, como emulación del juramento Hipocrático de los médicos, y que dice:

> *"Juro ante Dios y en presencia de esta Asamblea:*
> *Guardar un comportamiento virtuoso y ejercer con fidelidad mi profesión.*

> *Abstenerme de todo acto censurable y no tomar ni administrar conscientemente ninguna droga nociva.*
> *Ennoblecer la profesión con arreglo a mis posibilidades y guardar el más estricto secreto profesional.*
> ***Secundar la tarea del médico** y dirigir mi esfuerzo al bienestar de los enfermos que me sean encomendados".*

La influencia de Nightingale, que diferentes autoras siguen tomando como referencia para explicar la dependencia que todavía existe, no deja de ser una rémora que habría que superar por el tiempo que ha pasado (González, 2005).

Concha Germán (2006), en su tesis doctoral *Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con perspectiva de género,* desarrolla una explicación para comprender la subordinación de la enfermería a la medicina, y de las enfermeras a los médicos, basada en la diferencia de roles. Describe la actividad médica como un rol masculino y circunscrito al ámbito de lo público y la actividad enfermera como un rol femenino y circunscrito al ámbito de lo privado y lo doméstico. En esta misma línea, Murillo (1996), formula estas diferencias de roles como *"lo de dentro para la mujer y lo de fuera para el hombre"*. Otras reflexiones apuntan a la diferencia de saberes como causa de la subordinación, al considerar el saber médico como cosmogónico y escondido, heredado de lo sobrenatural y el saber enfermero como público y visible, heredado de lo terrenal.

Siguiendo un pensamiento similar, Cohen (1988) señala que el público en general espera que *"las enfermeras demuestren los rasgos de personalidad femenina asociados con la cordialidad o generosidad (nurturance) y el*

servicio". Y añade aún más cuando pone de manifiesto que en los Estados Unidos se espera que *"las enfermeras sean maternales, atentas y compasivas, y que su compromiso emocional con los pacientes se asemeje al de una madre con un niño enfermo"*. Mientras que del médico se entiende que puedan asumir *"una preocupación distante"*. Esta autora identifica como características atribuidas a las enfermeras el que sea mujer, pasiva, dependiente, sumisa y *"que no se hace valer"*, mientras que como contraste sitúa la figura del médico como hombre, decidido, agresivo, independiente y dominante.

Lucía Mazarrasa (2000) profundiza, con una perspectiva de género, en el papel de la enfermería en el sistema sanitario. Esta autora identifica la coexistencia de dos modelos profesionales, a los que denomina femenino y masculino. El primero lo relaciona con el rol de la enfermera y el segundo con el del médico. Describe *"el modelo femenino como el de la mujer enfermera sin autoridad científica, sin poder en la institución sanitaria y en las instancias sociales donde se toman decisiones sobre la salud, centrado en el cuidar y el modelo masculino con el hombre médico con autoridad científica y con poder en la institución sanitaria y en las instancias sociales donde se toman decisiones sobre la salud, centrado en el curar"*. Como se aprecia, la repercusión de los aspectos relacionados con el género en la configuración de la profesión, se ponen de manifiesto desde diferentes áreas. Medina (2006) analiza su influencia en la formación. Blázquez-Rodríguez (2005) pone de manifiesto su importancia al analizar las publicaciones en las que los aspectos relacionados con el género son motivo de reflexión.

Diferentes autores comparan el ambiente de los hospitales con el doméstico y las relaciones profesionales con las que tienen lugar en el ámbito familiar. Comelles

(1992) pone de manifiesto que hasta el siglo XX subsiste lo que describe como *"la hegemonía del hospital doméstico"*, con una organización caracterizada por relaciones pseudo-familiares y con el objetivo *"de dar algo de calor"*, en la que se concede gran importancia a la limpieza y se completa la función asistencial con la formación de profesionales.

Lo religioso

Otro de los aspectos que hemos señalado por su influencia en la evolución de la enfermería tiene que ver con aspectos religiosos. La influencia de valores espirituales en la práctica enfermera son consustanciales a su propia historia por haber estado en manos de religiosas la práctica de los cuidados y una buena parte de la formación enfermera. Hasta el siglo XX, las motivaciones que llevan a las comunidades, tanto de mujeres como de hombres, a dedicarse al cuidado y atención de los enfermos se fundamentan en un afán de acercamiento a Dios a través del servicio a sus semejantes. La formación se transmite a modo de consignas morales y no se contempla la remuneración por su práctica, (Fargues y Tey, 2001).

Las órdenes de San Juan de Dios y de las Hermanas de la Caridad son las órdenes religiosas que han tenido mayor influencia sobre la enfermería, en nuestro medio, tanto en relación con la formación, como en lo referente a la práctica. La orden de San Juan de Dios llega a España a mediados del siglo XVI con el ideal de *"socorrer al enfermo pobre"* (Ventosa, 1984). Esta orden cuenta actualmente en nuestro país con hospitales especializados en la atención a la infancia y a las personas con alteraciones de salud mental y con centros de

formación para enfermeras integrados en la Universidad Pontificia de Comillas. La congregación de las Hermanas de la Caridad, llega a España procedente de Francia en el siglo XVIII, y se incorpora a los hospitales y organiza toda la actividad dentro de ellos, incluida la formación de las enfermeras. Las Hermanas de la Caridad vivieron, hasta recientemente[17], como comunidades dentro de los hospitales. A partir de los años 1980 las comunidades empiezan a desaparecer de los hospitales y las religiosas, de esta orden, se incorporan a las plantillas en las mismas condiciones laborales que las enfermeras profesionales.

Desde los planteamientos católicos, en nuestro medio, la caridad y el consuelo espiritual al enfermo eran considerados elementos básicos de los cuidados, al tiempo que se potenciaban las explicaciones naturales, en detrimento de las científicas, sobre los acontecimientos relacionados con la enfermedad. Las influencias han permanecido, hasta hace tres décadas, y se pone de manifiesto en aspectos tan visibles como la indumentaria. La cofia, los manguitos, y en general los uniformes, se asemejaban a los hábitos de las monjas.

Actualmente, desde una perspectiva científica, la dimensión de la espiritualidad humana es puesta en evidencia en el desarrollo de teorías enfermeras actuales, lo que venia estableciendo una relación unívoca entre la concepción *del cuidar* y *la caridad* desde la Edad Media hasta el siglo XIX. Estos son los casos de los modelos de Kati Eriksson (Lindström, Lindholm y Zetterlund, 2007) y de Jean

[17] Las comunidades de las Hermanas de la Caridad estaban integradas en el recinto de los hospitales. Estas religiosas eran las encargadas de mantener en funcionamiento los servicios generales del hospital a lo largo de las 24 horas del día. Servicios esenciales que van desde el banco de sangre hasta la lencería entraban en funcionamiento en cualquier momento que se requería, sin necesidad de mantener una plantilla activa en ellos. Esto supuso una garantía de funcionamiento con un importante ahorro para el sistema. Cuando los hospitales se tecnifican y se estructura de una manera que podía considerarse *más profesional*, las monjas perdieron su interés para la administración y se prescindió de ellas con poca consideración.

Watson (Benavent, Ferrer y Francisco, 2004, Neil y Marriner, 2007). Estos dos modelos de cuidados están basados en la dimensión espiritual de la vida de la persona y la importancia de ésta en los procesos relacionados con las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad.

Lo militar

Al igual que los aspectos relacionados con el género y lo religioso, los valores militares también influyen en la configuración y evolución de la enfermería, como se apuntaba anteriormente, A continuación se pasa a tratar cómo la organización y valores castrenses han influido en la evolución de la enfermería.

Cualitativa y, sobre todo, cuantitativamente el desarrollo de la enfermería ha estado ligado a los conflictos bélicos, por ser periodos de tiempo en los que aumentaban las demandas sanitarias[18]. Estos componentes ideólogos en la formación se consolidan y están presentes de manera representativa hasta finales de los años 1970[19].

Las enfermeras se formaban en régimen de internado, en escuelas, generalmente pequeñas, anexas a hospitales, en el internado eran tuteladas por las *monitoras* responsables de su formación, que tenían como función principal el control de sus horarios, costumbres, especto personal, etc. Zucher (1967) comparaba *"el*

[18] En cuanto a la influencia militar, en España durante la Guerra Civil se puso en marcha un amplio dispositivo para la formación de enfermeras. La Sección Femenina de la Falange Española Tradicionalista y de las JONS, jugó un papel fundamental y presente hasta la incorporación definitiva de los estudios en la Universidad. En nuestra historia contamos con la existencia de las Damas de la Cruz Roja, las Damas Militares y de las Enfermeras con certificado de guerra.

[19] Algunas costumbres siguen poniéndose de manifiesto. Expresiones como *"darse el parte", "el control de enfermería", "las órdenes médicas"* parecen heredadas de la influencia militar.

control ejercido a las estudiantes con el control a la vida del recluta”.

Los valores militares que más calaron en la enfermería tienen que ver con el orden, la disciplina, la obediencia y la jerarquía, que cobraron forma y se manifestaban de manera especial en la relación con los médicos, repitiéndose en la vida sanitaria patrones típicos de la estructura castrense, hasta no hace mucho tiempo.

Lo médico

La medicina y la enfermería son prácticas que han estado presentes en todas las sociedades a lo largo de la historia, compartiendo espacios y objetivos, lo que ha producido vínculos de unión entre ambas. Generalmente las relaciones han sido de subordinación de la enfermería a la medicina, lo que puede explicares desde una doble perspectiva. Por una parte, desde el género y por otra desde la diferencia de saberes.

Desde la perspectiva de género, la medicina, tradicionalmente, ha sido desarrollada por los hombres y la enfermería por las mujeres. En las relaciones entre las profesiones y los profesionales se han puesto de manifiesto relaciones de género, traducidas en comportamientos de superioridad de los médicos y de subordinación por parte de las enfermeras. Según Mazarrasa (2000), estas relaciones van más allá de lo que se corresponde estrictamente con las diferencias de sexo, ya que se ponen de manifiesto, de manera similar, por las médicas-mujeres y por los enfermeros-hombres.

Desde la perspectiva del conocimiento, el saber médico y el saber enfermero son sustancialmente distintos. En primer lugar, en cuanto a su construcción y acceso al mismo y en segundo lugar, en relación a su origen y razón de ser. El saber médico es identificado como tal desde la Grecia Antigua y desde siempre ha sido transmitido de manera hermética, mientras que el saber enfermero ha tardado en ser reconocido y tradicionalmente se ha transmitido de manera natural.

Además, hasta recientemente, en materia de salud lo importante ha sido la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, lo que se corresponde con el dominio de la medicina. Todo el sistema ha estado organizado alrededor de la enfermedad, incluida la razón de ser de las profesiones relacionadas con la salud. Así el médico ha sido el protagonista en esta visión medicocéntrica y la enfermera tan solo un elemento más. Ello se ha traducido en conceder un estatus social al médico de sobre valoración, en el que no cabían las enfermeras.

Afortunadamente la realidad social está cambiando. Hoy se caracteriza por la heterogeneidad, las profesiones no están limitadas por razón de sexo y la salud tiene valor en sí misma, no como ausencia de enfermedad. Y en esta nueva concepción de la salud adquieren gran significado los cuidados dirigidos a su promoción, mantenimiento, protección, recuperación cuando se ha perdido y para vivir en las mejores condiciones posibles cuando se padece una enfermedad crónica.

Después del análisis de la evolución de la enfermería y de los factores que, a nuestro criterio, han influido es esta evolución, pasamos a ver la imagen que se configura desde el ejercicio de su práctica en la actualidad.

Imagen actual

En el Libro Blanco del Consejo General de Enfermería (1998)[20] se recogen, como resultado del estudio de 30 entrevistas en profundidad con profesionales expertas, dos tendencias o formas de pensamiento enfermero, denominadas una como la *"tradicional"* y la otra como la *"moderna"*. La tendencia tradicional se describe caracterizada por conceder importancia a actitudes como la caridad, la abnegación y la vocación, y con una orientación de su práctica como ayudante del médico y dependiente de éste en la toma de decisiones, situando el centro de interés de la enfermería en la enfermedad y sus acciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la misma[21]. La forma de pensamiento denominada como moderna, que el estudio citado sitúa su expresión a partir de los años cincuenta del siglo pasado, se caracteriza por la búsqueda de una identidad propia, dentro de las profesiones de la salud, y por la importancia que concede a su historia, filosofía y pensamiento propio, al considerar el centro de interés de la enfermería en los cuidados de salud y sus acciones centradas en los cuidados humanos.

El estudio general que da lugar al citado Libro Blanco del Consejo General (1998) concluye en que todo lo relacionado con la formación y la práctica de la enfermería ha cambiado sustancialmente en los últimos años, y especifica como hechos más significativos y positivos el cambio que experimentan los estudios,

[20] En este estudio además de la encuesta realizada a 3.337 enfermeras de toda España, se incluye un trabajo previo para conocer los aspectos clave que actualmente resultan significativos para la enfermería, a través de 30 entrevistas en profundidad a expertos.
[21] En esta tendencia se ponen de manifiesto los fenómenos analizados anteriormente. De una manera especial la influencia en la profesión de los aspectos relacionados con lo médico.

que pasaron a tener a finales de la década de 1970 el nivel de diplomatura[22], el desarrollo de las especialidades, los cambios habidos en el papel y las funciones de la enfermera y el tipo de relaciones terapéuticas que se establecen con los pacientes. Como aspectos negativos se señalan los cambios en la imagen de las profesionales experimentados por la sociedad con la caída de los valores tradicionales y la dificultad de sustituirlos por otros relacionados con la competencia y el tipo de relaciones que se mantienen entre las enfermeras y los médicos, que generalmente siguen siendo de dependencia; es lo que Mazarrasa (2000) describe como *"el paradigma de una profesión de mujeres en un mundo de hombres"*.

La razón última de la falta de concreción y claridad sobre la imagen interna y externa de la enfermería y de las enfermeras bien puede estar en el pensamiento expresado por Hernández-Conesa, Moral y Esteban-Albert (2002) cuando explican que la práctica enfermera plantea una serie de problemas epistemológicos, entre los que destacan la ausencia de una definición e identificación con su objeto de estudio y la carencia de una teoría propia y un lenguaje común a todas las enfermeras. Diferentes autoras tratan de especificar el cuidado como objeto de interés de la enfermería desde la propia disciplina, como los citados Hernández-Conesa, Moral y Esteban-Albert (2002), o como Kérouac et ál. (1996), Meleis y Price (1998) y Collière (1999). Otras tratan de conceptualizarlo desde la ética, como Arroyo (2001) o Alberdi (1998) (2) que basándose en el concepto de bien intrínseco desarrollado por Adela Cortina describen la enfermería como *"la prestación de cuidados"*. En esta línea están los trabajos de Feito (2000), que describe el cuidado como *"el bien interno de la*

[22] Actualmente se están estructurando los estudios, como los otros estudios universitarios, siguiendo las Directrices Europeas de Educación superior, como Estudios de Grado.

profesión”.

Según el Libro Blanco del Consejo General (1998), la visión que tienen las enfermeras sobre su propia profesión es poco positiva al compararla con otras diecisiete profesiones[23], pues solamente la consideran con más prestigio que la de secretaría[24] y por debajo de profesiones con el mismo rango académico como la de profesorado de educación general básica, podología, trabajo social, fisioterapeuta o peritaje. En el estudio de Renedo et ál. (1989) sobre la imagen que tienen los usuarios, al valorar la profesión enfermera en relación con otras del mismo ámbito por su práctica o formación, los resultados son similares a los expresados por las propias enfermeras.

Aunque también parece que la percepción y satisfacción de la enfermera pueden estar relacionadas con el lugar y el tipo de actividad que se lleva a cabo, diversos autores coinciden en destacar un alto nivel de satisfacción de las enfermeras con su labor en la atención domiciliaria, como expresan en su trabajo Frargues y Subirana (2005), o Frías et ál. (2004) en referencia al ejercicio en atención primaria, mientras que Pades y Ferrar (2005-06) encuentran que las enfermeras que ejercen en la residencia geriátrica que estudian presentan una baja autoestima. Gómez, González y Vera (2000) encuentran que casi la mitad de las enfermeras que atienden a personas mayores en un centro geriátrico están muy satisfechas con su trabajo, pero puntualizan que se sentirían más satisfechas cuidando a personas de otras edades.

[23] Por orden de importancia la valoración ha sido: médicos, arquitectos e ingenieros, abogados y economistas, farmacéuticos, psicólogos, periodistas, profesores de instituto, fisioterapeutas, técnicos y peritos, maestros, podólogos, militares, trabajadores sociales, enfermeras y secretarias.

[24] Es de resaltar la existencia de una diferencia sustancial entre la formación necesaria para el ejercicio de secretaria (formación profesional) y la de enfermería (formación universitaria).

Al profundizar en la relación entre la satisfacción profesional y la autoimagen, y viceversa, encontramos que Pérez y Díaz (2008) llegan a conclusiones de interés. Estas autoras realizan un trabajo sobre la satisfacción laboral de las enfermeras en atención primaria y concluyen en que es mayor la satisfacción de quienes ejercen en el medio rural al compararla con quienes lo hacen en el medio urbano, y es la competencia profesional una dimensión de las más valoradas.

Alberdi (1986)[25] reflexionaba, a mediados de los años 1980, sobre la falta de identidad y reconocimiento profesional con argumentaciones que hoy siguen estando vigentes y sobre lo que parece estar en el trasfondo del problema: la necesidad de que las enfermeras nos aclaremos en lo que esta autora describe como *"reconocer qué es nuestra profesión"*. Esta falta de reconocimiento, interna y externa, es la causa del alejamiento explícito entre la teoría, en la que se desarrollan los fundamentos propios de la disciplina, y la práctica clínica, en la que se aplica aquello que se considera significativo para los profesionales y los clientes y viceversa (Meleis y Price, 1998) y (Kérouac et ál., 1996). La ausencia de un marco teórico y metodológico en la práctica hace confusa la identidad profesional, que como formula Ramió (2006) *"se caracteriza por la adopción de valores y actitudes profesionales, además del conocimiento experto, y habilidades propias"*. Sin embargo, creemos que lo aprendido durante el proceso de formación no puede quedar totalmente postergado y que tiene que significar un papel en la práctica, aunque como dice Alberdi (1986) *"no conste porque no se reivindique su derecho a constar"*, o porque se considera con poca entidad como para hacerlo visible, por el afán de situar y circunscribir los cuidados de salud al ámbito de lo íntimo y cotidiano de cada persona, cuando es precisamente

[25] El contenido de esta publicación fue desarrollado por su autora en el transcurso de las I Jornadas Nacionales de Enfermería, propiciadas por el Instituto Nacional de la Salud y, que significaron un momento de reflexión y cambios.

su carácter de personal lo que hace compleja y única cada acción de cuidados y por ende singular cada una de las intervenciones enfermeras. Según Mariscal, Barquero y Carrasco (1995) es necesario hacer visible la aportación enfermera para que sea reconocida la profesión, al tiempo que esta visibilidad repercutirá en mayores niveles de la autonomía profesional, tan reivindicada desde hace tiempo y diferentes ámbitos preocupados por concretar el producto enfermero (Galindo et ál., 1994), porque como afirma Teixidor (2002) (2 y 3) *"para ser realmente autónomos debemos aportar valor en el seno del equipo de salud"*. Aunque también es necesario un cambio en las estructuras, pues como afirma Vázquez (1990) el éxito de la Atención Primaria pasa por modificaciones para que los diversos profesionales de la salud puedan asumir el desempeño de sus nuevos roles. Y es que en la atención primaria de salud, los aspectos relacionados con los cuidados tienen una importancia trascendental.

Diferentes autoras describen esta complejidad y la ponen de manifiesto con distintos análisis. Desde la perspectiva de Orem (1993 y 2001), los cuidados de la persona están influidos por una serie de factores que les hace únicos en cada situación. La singularidad de los cuidados humanos también es analizada por Leininger (Welch, 2003, McFarland, 2007) con una mirada antropológica, desarrollando su teoría alrededor de la idea de lo que describe como los cuidados culturales, en la que cobra significado la importancia del medio cultural en la configuración de los cuidados personales. Otra mirada que nos da idea de la diversidad de visiones sobre el constructo *"cuidado"* es la desarrollada por Watson (1988) que según expresan Benavent, Ferrer y Francisco (2004) describe el concepto de cuidados basado en postulados relacionados con la espiritualidad de la persona.

Desde las diferentes miradas de las enfermeras que han sido analizadas, es evidente la existencia de un distanciamiento entre el pensamiento enfermero y la práctica de la enfermería. Sobre las razones de este desencuentro también se pueden encontrar explicaciones desde el ámbito de la didáctica. Schön (1998) argumenta en sus trabajos que en las actividades humanas, a medida que van pasando de excepcionales a habituales se va perdiendo el control específico o consciente sobre ellas, hasta que llega un momento en el que las acciones se realizan basadas en un saber tácito o implícito. Esta idea resultaría válida si la práctica enfermera fuese evolucionando de estar fundamentada en la teoría y la reflexión, durante los primeros tiempos del ejercicio, a ir progresivamente basándose en la experiencia y en la evidencia científica (Subirana y García, 2004). Sin embargo, la observación empírica de la práctica enfermera, que es lo que pretendemos estudiar y explicar con esta tesis, orienta a interpretar que las actividades enfermeras, generalmente y con independencia de la experiencia profesional, se realizan sin llevar a cabo un proceso de pensamiento crítico en el sentido que propone Alfaro-Lefevre (1997 y 1998). En consecuencia, el curso de la acción está lejos de ser intencionado, en el sentido descrito por Orem (1993 y 2001), lo que hace difícil de determinar, compartir y transmitir las reglas o procedimientos que se han seguido. A pesar de ello, pensamos en la existencia de un fundamento tácito o implícito en la acción, el conocimiento que según Farreras y Sánchez (2006) se va construyendo a partir de la formación académica con la experiencia adquirida en el ejercicio profesional, o lo que Benner (1987 y 2001) describe como "*la competencia clínica*" que se va desarrollando con el ejercicio profesional y de la que, muchas veces, el propio profesional no es consciente.

Se puede afirmar que el saber enfermero permanece a menudo sin identificar por parte de las enfermeras por la invisibilidad en la que tradicionalmente ha permanecido su trabajo (Alberdi 1986). Invisibilidad que también se observa en las publicaciones; y es la identificación de este saber el motivo de este trabajo.

En un estudio reciente elaborado por Aguilar, García y Calvo (2004) sobre los valores que consideran las enfermeras para la profesión, para el que se aplicó el cuestionario de valores laborales EVAT-30, se concluye que la dimensión más valorada es la de autopromoción, en la que se incluyen valores de orientación individualista como la autoridad y el logro. Las autoras afirman que parece prevalecer entre las enfermeras una tendencia a valores individuales cuando se refiere a aspectos profesionales, mientras que en lo relativo a los valores personales se decantan por valores colectivos, como la prestación de ayuda a los demás.

En un estudio realizado por Davis y Olesen (1964) sobre las imágenes de la enfermería, se identifica una corriente entre los estudiantes que indica la existencia de una marcada predisposición a valorar las imágenes individuales.

La relación que se establecen entre los aspectos profesionales y los valores individuales puede explicar la tendencia que existe para no compartir un marco teórico de referencia que guíe la práctica colectiva, en aras a considerar que los conocimientos pueden suplirse por valores personales.

El interés de las enfermeras por definir su papel y, por tanto, su imagen se pone de manifiesto en diferentes publicaciones, aunque generalmente se centran más en describir las actitudes y la práctica que en analizar las competencias,

entendidas como los conocimientos que dotan de contenido a los métodos para las acciones de la práctica. Por ejemplo Artigas (1998) describe el perfil de la enfermera para el ejercicio en la atención primaria y destaca como características mas valoradas por las enfermeras la autonomía y el valor social de los cuidados, pero no define ni el campo de autonomía, ni las características que determinan el valor social de los cuidados enfermeros.

La reflexión y la revisión de las publicaciones nos llevan a afirmar que todavía hay enfermeras que tienen dificultad para identificar su función principal con los cuidados enfermeros, a pesar de estar bien definida en los modelos de cuidados y en innumerables publicaciones. En el trabajo realizado por García y Buendía (2001), a la pregunta *"¿qué cuidados crees que son la esencia de la Enfermería?"*, el 16% de enfermeras contestó que los cuidados de tratamiento, el 34% respondió que los cuidados relacionados con las necesidades básicas y el 48% contestó que ambos tipos de cuidados. Entendemos que en este trabajo con el término *"cuidados de tratamiento"*, los autores se refieren a las actividades realizadas por las enfermeras relacionadas con el diagnóstico y tratamiento médico delegadas por éste y que los *"cuidados relacionados con las necesidades básicas"* se refieren a los cuidados personales y cotidianos relacionados con la salud, el bienestar y el funcionamiento de la persona. Son por lo tanto, estos últimos, los que constituyen la esencia de la enfermería (Kérouac et ál., 1996). En la misma línea que el trabajo mencionado, se manifiesta Martos (2000) cuando destaca, como resultados de un trabajo sobre la atención enfermera en urgencias, la existencia de un elevado número de actividades delegadas frente a las funciones independientes.

Resulta llamativa la existencia de enfermeras que todavía hoy anteponen los *"cuidados de tratamiento"*, que se traducen en actividades delegadas por el médico, a los *"cuidados relacionados con las necesidades básicas"*, que representan el campo autónomo de la enfermería, o que se les confieren una importancia similar. Ideas como esta sitúan la razón de ser de la enfermería en la medicina, lo que perpetúa su consideración como *ayudante de*, y la aleja de las personas y grupos con necesidades de cuidados de salud que son quienes realmente la hacen necesaria y responsable de su propio dominio (Meleis, 1997) y (Meleis y Price, 1998).

Para concluir con este apartado, en el que se ha desarrollado la imagen que las propias enfermeras tienen sobre el significado de la profesión, es necesario resaltar que son los valores cualitativos atribuidos a su práctica los más identificados. En contraposición, encontramos la escasa consideración de la que son objeto los aspectos relacionados con la competencia profesional[26]. En el trabajo *Significado y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería*, Barbosa y Azevedo (2006) afirman que *"para los enfermeros cuidar es dar sentido a las expectativas del otro, reconocer el valor del sufrimiento y acoger a la familia en sus inquietudes"*.

La falta de concreción sobre la aportación enfermera tiene consecuencias muy negativas sobre la profesión, consecuencias que se manifiestan, como veremos más tarde en la imagen externa de la enfermería y de las enfermeras. Una situación demasiado común es la de considerar a la enfermera como generalista —*vale para todo*—, Farrerons y Sánchez (2006) se preguntan sobre qué ocurre

[26] Se entiende la competencia profesional como el conjunto de conocimientos y métodos propios de la disciplina y que singulariza la práctica profesional.

con las enfermeras que siendo expertas en un área pasan de una unidad a otra o de un puesto de más responsabilidad a otro de menos responsabilidad[27], ya sea por propia elección o por decisión de la organización. La respuesta de estos autores se formula en términos de lo negativo que resulta la pérdida de conocimientos que se produce al prescindir de una profesional experimentada. A nuestro criterio, lo que ocurre es que no se reconoce ni desde la organización, ni desde la propia profesión lo que Benner (1987 y 2001) describe como el grado de experta.

En la actualidad el reconocimiento profesional, al esfuerzo individual y al desarrollo profesional, está siendo una prioridad entre los profesionales y se materializa en el desarrollo y reconocimiento de la carrera profesional, entendida como un instrumento de promoción e incentivación para los profesionales y con el objetivo de buscar, con su repercusión en la práctica, efectos positivos para las personas atendidas tendentes a mejorar la eficacia y la calidad de los servicios.

La mirada de los usuarios reales y posibles

En cuanto al segundo apartado descrito por Domínguez (1985) referido a la imagen que los usuarios tienen de la enfermería y de las enfermeras, hay estudios que apuntan a la existencia de diferencias entre las percepciones expresadas por

[27] Farrerons y Sánchez (2006) se preguntan concretamente, ¿cómo puede una empresa como un hospital, permitirse el lujo de perder una supervisora que lleva diez años en una unidad? ¿Alguien sabe el valor que tiene el conocimiento de esta enfermera?... Se responden que con cada pérdida, de este tipo, se produce una pérdida de conocimiento.
La supervisora de una unidad es una pieza clave para el funcionamiento de la misma, su función es fundamentalmente facilitadora de los cuidados enfermeros y juega un papel fundamental en las relaciones con los familiares y el equipo interprofesional.

los enfermos y las enfermeras (Williams, 1998). En general, los estudios evidencian que los pacientes valoran más las cualidades personales de las enfermeras que las competencias profesionales, un aspecto que, como se ve en el apartado anterior, coincide con la percepción que las propias enfermeras expresan de su práctica. Entre las cualidades que valoran los usuarios, diversos autores (Álvarez, García y Tovar, 2006 y Bohórquez y Jaramillo, 2005) destacan que está el valor concedido a actitudes como el talante agradable, humano, competente y desenvuelto y al hecho de ser mujer con atributos como equilibrada, firme, soltera y religiosa. En la visión de los usuarios aparecen, al igual que en la mirada interna, valores relacionados con el género y lo religioso.

La importancia concedida a las cualidades de la enfermera es recurrente en los estudios. Martínez et ál. (2004) llevan a cabo un trabajo para conocer las expectativas de los pacientes y su familia sobre el proceso de cuidados y concluyen en que es el trato con la enfermera lo que más les preocupa. En esta misma línea van las reflexiones de Jaramillo et ál. (2004). González, Padín y Ramón (2005) realizan un estudio sobre la satisfacción de los enfermos tras ser dados de alta del hospital. De entre los hallazgos destaca que más del 90% de estas personas tienen una buena opinión del trato recibido de las enfermeras. Sin embargo solamente el 44% conocía el nombre de su enfermera. Similares son los resultados que encuentran Lupión et ál. (1998-99). En un estudio con mujeres que acababan de ser madres, señalan que el 84% identifica al médico, mientras que a la enfermera lo hacen el 64,4%. En el trabajo que llevan a cabo Serna et ál. (2000) el 79% de familiares que acompaña a sus allegados durante su ingreso en el hospital, pone de manifiesto su interés por conocer el nombre de quienes atienden a su familiar. En el mismo trabajo se apunta a que tan solo un 32% de enfermeras se identifica cuando el enfermo ingresa. Y es que como apuntan Díaz

et ál (1997), la familia es parte integrante de la persona. Sin embargo la satisfacción, con el trato recibido, no siempre es positiva como ponen de manifiesto Solís-Muñoz et ál. (2008), como resultado de su estudio con mujeres a las que se les realiza una mamografía.

Cuando se trata de identificar la idea que del rol profesional enfermero tiene la población que es atendida, los resultados son ambiguos, lo que no debe extrañar si observamos que también lo es cuando son las propias enfermeras quienes opinan. Serrano (1999), en un trabajo sobre la opinión que la población tiene de la actividad principal desarrollada por la enfermera, obtiene que el 65,9% de la población afirma que su labor fundamental es el seguimiento de la enfermedad, el 27 % señala que es lo relacionado con la enseñanza de los cuidados y un 2,7% opina que la actividad principal que desarrolla la enfermera consiste en hacer recetas. Preocupa comprobar que más de la mitad de la población estudiada relaciona a las enfermeras con el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, áreas que se corresponden con el dominio de la medicina, lo que da una visión de la profesión enfermera como dependiente de la profesión médica. Dichos resultados coinciden en lo sustancial con el trabajo de García y Buendía (2001) sobre la opinión de las enfermeras analizado anteriormente, en el que se veía cómo el 16% de las enfermeras del estudio identificaban como su actividad principal los cuidados de tratamiento y cómo el 48% concedía la misma importancia a las acciones enfermeras relacionadas con los cuidados de las necesidades básicas y de tratamiento de las personas.

En el Libro Blanco de las profesiones sanitarias en Cataluña, de la Generalitat de Cataluña (2003), se recoge que en la visión que los clientes tienen de los profesionales influye la calidad técnica y humana de éstos, dentro de los aspectos

humanos, e identifican como aspectos positivos el trato personalizado y respetuoso y la disponibilidad, cuestiones que son indispensables para una buena relación de ayuda y por tanto para la visión de la persona que la ofrece. Chalifour (1994) apunta que el enfermo espera ser escuchado, acogido y comprendido por la enfermera. Sin embargo, hay autores que valoran como deficiente la formación de las enfermeras en esta área (García, López y Vicente, 2004).

De entre las visiones que sobre la enfermería tienen los pacientes que han sido atendidos por enfermeras, cabe destacar el testimonio de Marta Allué[28] (2005) que, tras padecer graves quemaduras en la práctica totalidad de su cuerpo, publicó las percepciones y reflexiones vividas durante el largo proceso de su recuperación. Entre las percepciones que relata destaca el bienestar que le producían los cuidados más básicos y entre las reflexiones sobresale una constante reivindicación por un papel de sujeto activo de la persona enferma como *"colaborador crítico"* en su proceso. Esta concepción de persona enferma, como protagonista de su atención, está en la base de diferentes modelos de cuidados como se verá más adelante.

Es este apartado es de interés reflexionar sobre la importancia que tiene en la imagen que se tiene de algo lo que se proyecta de aquello que se traduce en la percepción para crear la imagen. Es por lo tanto de gran interés pensar que cuando una enfermera se presenta ante un usuario tiene una imagen de éste y puede llegar a transmitirle sus percepciones, lo que sin duda puede condicionar la idea de la persona que es atendida. Cada vez son más frecuentes los estudios

[28] El testimonio de Marta Allué (1996) sobre la vivencia de su enfermedad y el largo periodo de su recuperación tiene un gran significado tanto para las enfermeras profesionales como para las estudiantes, ya que aporta una mirada sobre las repercusiones de la relación terapéutica desde *el otro lado.*

sobre las necesidades de cuidados en la que los valores culturales adquieren un papel fundamenta (Fernández, 2006). Plaza et ál. (2008) al analizar la visión que 95 profesionales de enfermería[29] tienen sobre los pacientes marroquíes, encuentran que 14 tienen una actitud claramente positiva, mientras que 16 la tienen claramente negativa. A la vista de tan desoladores datos cabe preguntarse, ¿qué visión tendrán las personas que han llegado de Marruecos sobre las enfermeras que les han atendido?; visión que muy probablemente trasladarán a todas las enfermeras. Moreno (2006 y 2008) afirma que generalmente se tiene una mirada subjetiva de los inmigrantes, como grandes colectivos, y apunta la necesidad de considerar diferencias como pueden ser la procedencia de ámbitos rurales o urbanos. En esta misma línea formulan una propuesta de formación Pallarés y Rifá (2005). La diferencia de idioma, entre la enfermera y el paciente, es ya una limitación en la comunicación, como relata Azucena Pedráz (2004) la desesperanza que le producía no poder comunicarse con quienes le atendían. Si a esta dificultad en la comunicación, se añade el rechazo a la persona y sus costumbres, la relación terapéutica es imposible. La preocupación por la comunicación está muy generalizada, Leno, Leno y Lozano (2007), proponen un protocolo para valorar a la persona desde una perspectiva multicultural, en la que consideran la necesidad de dar importancia a aspectos culturales, sociales, psicológicos y biológicos y fisiológicos. Estos mismos autores desarrollan una guía para facilitar la comunicación con personas cuando hablan otras lenguas.

En el plano teórico, el respeto a la persona es una constante. Pérez et ál. (2002) (1) identifican el respeto —y dentro de éste la tolerancia y aceptación— como uno de los valores más apreciado por la comunidad de la Escuela de Enfermería

[29] Dentro de *Profesionales de enfermería*. En este trabajo, se incluyen enfermeras y auxiliares de enfermería.

Virgen del Rocío de Sevilla.

Dentro de la imagen social de la enfermería, tiene interés destacar la publicación que en el año 2003 realiza la autora de esta tesis doctoral. Se trata de un libro con el título de *Memorias de una enfermera*[30] dirigido al público en general. Es una historia de vida y en él se recogen experiencias vividas por la autora a lo largo de su vida profesional, tanto relacionadas con las personas atendidas como de situaciones que acontecen entre los profesionales y siempre tratando de enmarcar los relatos en una perspectiva profesional.

Para terminar con este apartado sobre la concepción que la gente en general tiene del papel de las enfermeras, se puede concluir que existe una cierta confusión en la opinión que los clientes, reales o potenciales, tienen de las enfermeras y de la enfermería, aunque no es mayor que la existente entre los propios profesionales. Ambas imágenes están alejadas de la deseada por las enfermeras, afanadas en fundamentar la imagen ideal en las estructuras teóricas y metodológicas del contexto disciplinar, como se verá más adelante. Aunque según Germán (2006) *"los usuarios son los que más reconocen a las enfermeras"*. Esta autora hace esta afirmación sobre la base de las expresiones de las enfermeras más experimentadas que ha entrevistado.

[30] Se trata de la publicación de Cristina Francisco (2003) *Memorias de una enfermera*. Madrid: La Esfera de los libros. Es de interés resaltar la buena aceptación del libro, así como las buenas críticas de que fue objeto, tanto por comentaristas de la talla de Armando de Miguel, ajeno al ámbito profesional, como por medios y profesionales del mundo de la enfermería.

La mirada de los medios de comunicación

En cuanto a la imagen que trasmiten los medios de comunicación, se observa que las enfermeras aparecen poco en la prensa y cuando lo hacen suele ser referido al colectivo profesional o a un grupo y muy raramente a nivel individual. Por lo general, las referencias suelen estar relacionadas con aspectos de reivindicaciones laborales o con algún agradecimiento o reconocimiento en el apartado de Cartas al Director por el trato recibido y generalmente referido a la unidad o servicio en el que se ha recibido la atención. Excepcionalmente aparecen relacionadas con las competencias profesionales[31].

Continuando con el análisis sobre el tratamiento del que son objeto las enfermeras en los medios de comunicación, fue excepcional el artículo que publicó Fernando Savater (1995) en el *País Semanal*, en el que transmite una idea de las enfermeras en la que se pone de manifiesto su labor humanista y competente[32]. La percepción positiva que este hombre polifacético tiene sobre la enfermería y las enfermeras, después de recibir sus cuidados, es puesta de manifiesto en una entrevista que le hizo Alcarria (2000).

[31] En una Jornada sobre "La imagen social de la Enfermería" celebrada en el día 1 de diciembre de 2006 en el hospital Ramón y Cajal de Madrid, en la que participaron prestigiosos profesionales del mundo de la comunicación, se pusieron de manifiesto ideas que avalan la invisibilización de las enfermeras y la indefinición de su trabajo en los medios de comunicación. El director de la revista *Jano*, Carlos del Águila afirmó que *"la enfermería no existe en los medios. No se la valora como profesión universitaria con un cuerpo doctrinal"*. Alipio Gutierrez, presentador del programa "Buenos días Madrid" de Telemadrid, dijo que *"el enfermero es un profesional que se percibe con cariño, pero del que se tienen ciertas dudas sobre la calidad de su trabajo"*. José Manuel González, presidente de la Asociación Nacional de Informadores en Salud (ANIS) concretaba aún más afirmando que *"los enfermeros solo salen en los periódicos por conflictos laborales y por la fuga de cerebros"*.

[32] Este artículo, que parece producto de una reflexión, fue escrito por el autor después de haber vivido una experiencia propia de enfermedad, en la que como él ha reconocido había conocido la labor llevada a cabo por las enfermeras que le atendieron y le habían ayudado a mantener la dignidad.

Otras veces se ofrece una imagen que, pretendiendo ser amable e incluso dulce, utiliza mensajes peyorativos, como en el caso de un artículo que se publicó en el mismo periódico y formato que el anterior titulado "Hospitales de la maternidad a la morgue en imágenes"[33] y que, como bien se expresa en el título, se documenta con imágenes representativas en las que las enfermeras aparecen identificadas en actitudes consideradas tradicionalmente como de trato maternal más que de competencias, con pies de fotografías en los que se especifica esta actitud, por si no hubiese quedado clara en la imagen, rezando enunciados como: *"una enfermera abraza a una pequeña paciente; dos enfermeras proceden a lavar con sumo cuidado a una anciana quemada en un accidente doméstico; la enfermera conforta a Eustaquia"*. Otro artículo publicado en *El País* que titula "Hermanas de sanidad"[34], relata la vida de cinco enfermeras en función del lugar en el que desarrolla su actividad fundamental: oncología infantil o en el domicilio del enfermo, por ejemplo. La verdad es que tanto el título como el contenido son poco afortunados, pues transmiten esa idea de abnegación que no ha sido positiva para el desarrollo profesional.

Cuando se habla de las enfermeras en los medios de comunicación existen problemas hasta de identificación, desde aspectos tan elementales como es la propia manera de nombrarlas. Nos encontramos que la denominación de las profesionales que se han formado como tales y vienen ejerciendo la enfermería en España[35] ha sido motivo de cambios, confusiones e insatisfacciones para éstas

[33] *El País Semanal*, domingo 7 de marzo de 1999.
[34] *El País Semanal*, domingo 18 de mayo de 1997.
[35] En España a los profesionales de la enfermería a lo largo del siglo XX se les ha denominado como Enfermeras, Practicantes y ATS. Mientras en países de nuestro entorno geográfico y cultural el nombre de enfermera y enfermero siempre ha estado vigente para denominar a los profesionales de la enfermería.

desde los años 1970 (Camaño y Piqué, 1999), con lo que conlleva esta indefinición en lo más esencial de aquello que se pretende trasmitir, como es la propia manera de ser nombrado[36 y 37].

En el año 1953, se unifican los estudios de practicante, matrona y enfermera bajo el nombre de Ayudante Técnico Sanitario (ATS)[38], *"con unos contenidos curriculares exactos al que tenían las enfermeras durante el curso 1953-54"*, según concluye Martín en su estudio (1978).

Según Germán (2006), que ha recogido el testimonio de diferentes enfermeras, las más veteranas, a pesar de haberse formado como ATS se identificaban más con el nombre de enfermera porque expresaba mejor lo que pretendían ser, y manifestaron haber estado disconformes con esta denominación, aunque también se produjo lo contrario[39]. La autora mencionada apunta a que la mayor oposición a la denominación de *ateese* la manifestaron Organismos Internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de

[36] Enfermeras que hoy están en ejercicio se han llamado: enfermera, *"ateese"*, *"due"* y enfermera de nuevo.

[37] La autora de este trabajo ha vivido en primera persona la confusión que representa el nombre de enfermera en relación a la categoría otorgada. Ante preguntas como ¿en qué trabaja?, o, ¿qué es?, y al escuchar la repuesta de enfermera, el interlocutor ha intentado especificar más y ha vuelto a preguntar, ¿pero ATS o enfermera? Y para justificar su interés, concretar aún más, pero ATS es más que enfermera…

[38] Germán (2006) afirma que la decisión por adoptar la denominación de Ayudantes Técnicos Sanitarios se impuso la propuesta de los practicantes. Según esta autora los practicantes gozaban de más prestigio social que las enfermeras. Estaban más valorados por los médicos y que mantenían con relación a las enfermeras una actitud de superioridad con claras connotaciones de rol de género.

[39] En el acto de entrega de títulos de fin de carrera a los Ayudantes Técnicos Sanitarios, masculinos y femeninos, de las diversas Escuelas del Distrito Universitario de Madrid, que aparece publicado en el texto de Ayudantes Técnicos Sanitarios (1969), un ATS recién titulado se dirigía al público y a sus compañeros y compañeras diciendo: *"Yo pido a todos los presentes que desde ahora mismo nos llamemos por nuestro nombre, AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS, que como muy bien ha dicho nuestro querido profesor Matilla , tenemos que ser "sacerdotes" de nuestra profesión, sacerdotes en todos los aspectos sin esperar ninguna recompensa".*

Enfermeras (CIE), que argumentaron a favor de la denominación de Enfermera, a pesar de lo cual se optó por la de *ateese* y se mantuvo durante casi tres décadas. Mientras tanto, en el resto del mundo[40] las enfermeras siguieron nombrándose como tales. Según apunta Santo Tomás (2001) a la sociedad de costo familiarizarse con esta denominación, no así con el servicio ofrecido.

La identificación entre la denominación profesional y la de la titulación, por no asumir el nombre de enfermera o enfermero, ha estado presente hasta recientemente, lo que ha provocado confusión dentro y fuera de la profesión. Entre los años 50 y 70 del siglo XX, se les denominaba "enfermeras" y se reivindicaba ser nombradas como *ateese*[41] (ATS, acrónimo de Ayudante Técnico Sanitario). A partir de los años 80, eran nombradas como *ateese* y se reivindicaba el nombre de "due" (DUE acrónimo de Diplomado Universitario en Enfermería)[42]. Actualmente, entre el colectivo va perdiendo fuerza la denominación de "due" y adquiriendo cada vez más significado la de "enfermera" o "enfermero", aunque no sucede lo mismo en los medios de comunicación, que después del esfuerzo por ser reconocidas como *ateese*, este nombre prendió entre los profesionales de la información y es el que siguen utilizando treinta años después de que no exista tal titulación.

En general existen algunos problemas semánticos cuando son las propias enfermeras quienes se refieren a la profesión y a las profesionales, y utilizan el

[40] Una excepción es Guinea Ecuatorial que, por las influencias de España, adoptó el nombre de ATS, hasta el año 1995, en el que se reestructuran los estudios y adoptan la denominación de enfermería y los profesionales la de enfermero o enfermera.
[41] Así aparece en Seco, M., Olimpia, A., y Ramos, A. *Diccionario del Español actual*. Madrid: Grupo de Santillana de Ediciones, SA., 1999.
[42] Con la autodenominación de "due" parecía pretenderse evidenciar que quedara reflejado en el nombre el nivel de formación adquirido, haciendo especial referencia a la titulación y no al ejercicio de la profesión.

término "enfermería", indistintamente y sin artículo, para ambos constructos. Una razón que explique esta confusión puede estar en lo aportado por Aguilar (2003) y por Aguilar, García y Calvo (2004), cuando ponen de manifiesto la tendencia de las enfermeras por relacionar los valores personales y los profesionales colectivos.

Otra explicación puede hacerse desde las cuestiones de género, pues con la incorporación de los hombres a la práctica enfermera[43], parece que quiere obviarse el término enfermera que para algunos profesionales es peyorativo, tanto por referirse al género femenino como porque, en masculino, la denominación de enfermero fue asumida, durante el tiempo que fue proscrita por las propias enfermeras, por otros trabajadores del mundo sanitario como, por ejemplo, los celadores o camilleros, mientras que *"los auténticos enfermeros y las autenticas enfermeras"* optaban por denominarse de otra manera. Esta reflexión puede fundamentarse en el pensamiento de Rivera (1996) cuando pone de manifiesto la existencia de tabúes en el lenguaje ligados al género.

El interés de las enfermeras por aparecer de forma satisfactoria ante el público general se puso especialmente de manifiesto a lo largo del año 2000, ante la oportunidad que se ofrecía con la incorporación de una nueva acepción al término "enfermería" en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia. Con tal motivo se constituyó la denominada Plataforma por la

[43] Hasta finales de los años 1970 y coincidiendo con la integración de los estudios en la Universidad, la formación enfermera (de ATS) era significativamente diferente en función del sexo, tanto en relación a los contenidos, como al sistema, las mujeres cursaban la formación en régimen de internado. La práctica profesional también se llevaba a cabo en lugares y con sistemas diferentes. Laboratorio, rayos X y traumatología, por ejemplo, eran áreas reservadas a los hombres, mientras que pediatría, cuidados intensivos y quirófano estaban reservadas a las enfermeras. Afortunadamente, a partir de principios de los años ochenta del pasado siglo, tanto los estudios como la práctica es heterogénea, como la propia sociedad en la que tienen lugar la enfermería.

Definición correcta de Enfermería (2001)[44] y como resultado del riguroso trabajo realizado por los integrantes de esta plataforma a través de argumentaciones epistemológicas, semánticas y profesionales, finalmente fue posible modificar la primera propuesta de la Academia que definía enfermería como*: "2. Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de los enfermos, bajo la dirección del médico"*, la cual venía a perpetuar la dependencia de la medicina, por la que definitivamente fue aceptada e incluida en la nueva edición. Aunque no resulte satisfactoria para algunos grupos, no puede negarse que refleja la realidad que se describía anteriormente, dice: enfermería*: "2. Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo una pauta médica"*.

Dentro de la imagen de la enfermera que ofrecen los medios de comunicación, tiene especial interés la que va dirigida a las niñas y los niños, ya que desarrolla en éstos una idea de lo que es la enfermera, que va a determinar la visión que construyan como adultos y muy difícil de cambiar (Moreno, 1986). Amezcua (1995) lleva a cabo un estudio en el que analiza la imagen que se trasmite a través de 18 juguetes y 40 libros o cuentos infantiles. Apunta como conclusiones que se ofrece una imagen predominantemente femenina; se representan actividades orientadas tanto al cuidado como a la técnica; se pone de manifiesto la necesidad de preparación para su ejercicio y se establece una similitud entre los cuidados enfermeros y los que proporciona la madre. El autor señala que la representación de dependencia de la enfermera al médico es poco significativa en la documentación estudiada.

[44] La impulsora de esta plataforma fue la Asociación Española de Enfermería Docente. Para obtener información sobre sus actividades puede consultarse la página web de la asociación (http://www.aeed.net).

En esta misma línea sobre la importancia de lo que se transmite a los niños y a las niñas durante la infancia, Janet (1995) pone un ejemplo específico para referirse a cómo se va potenciado por parte de la familia la orientación hacia la futura elección de una profesión desde los primeros años de vida, diciendo concretamente que *"a los niños se les dice que no pueden ser enfermeras"*. Según esta autora, ideas como esta van desarrollando valores culturales que calan en el inconsciente de la persona creando el imaginario de lo que es normal y cuando no se respeta produce la sensación de estar fuera de lo correcto. Así que lo que queda es obviarse que es como no nombrarse o hacerlo de otra manera.

La mirada desde las publicaciones profesionales

En cuanto a la imagen que se refleja en la literatura profesional, encontramos proyecciones muy variadas y no siempre resaltando la competencia profesional[45]. Cohen (1988) afirma que los textos de enfermería suelen presentar un aspecto de literatura poco científica. Dice textualmente que *"parecen libros para principiantes... con figuras y epígrafes "bonitos'"*[46]. Afortunadamente esta realidad descrita por Cohen parece que está cambiando en las última décadas y cada vez son más frecuentes las reflexiones sobre la calidad de los documentos enfermeros (Serrano et ál., 1994 y Torra, 1995).

[45] En la revista *Enfermería Facultativa.* La revista de los profesionales colegiados de enfermería de febrero de 2007, aparece como noticia la concesión del premio "Enfermera del Año" a una enfermera y entre las razones que justifican dicho reconocimiento se apunta que *"…pertenece a esa clase de personas que ejercen de forma silenciosa su profesión, llenas de valores humanos, de sencillez, humildad, tan importantes y necesarias para los enfermos y compañeros…"*.

[46] Esta manifestación adquiere significado cuando se observa la evolución que ha experimentado la iconografía que ilustra las revistas españolas.

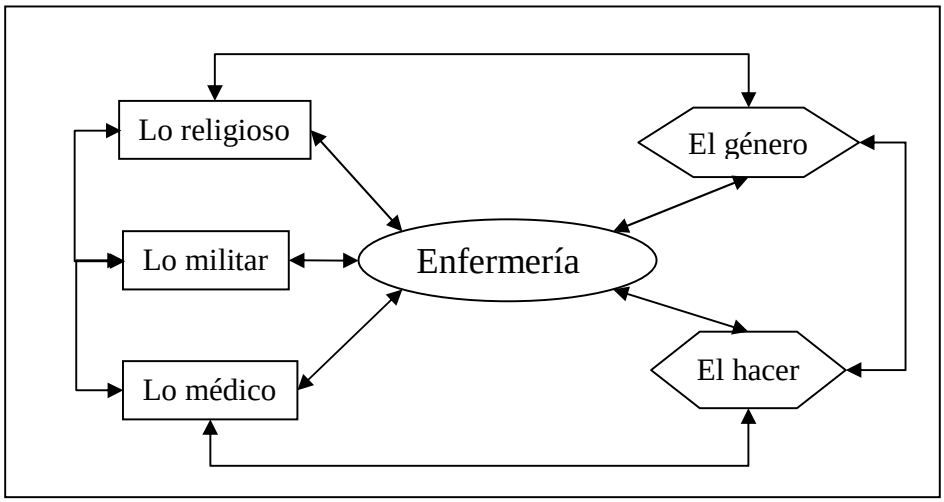
Lo que ocurre, según nuestro criterio, es que las publicaciones son el reflejo de la realidad y, como hemos visto anteriormente, nuestra identidad es confusa Gonzalo (1985). Para analizar la imagen en las publicaciones profesionales partimos del siglo XIX y encontramos que las primeras publicaciones aparecen de la mano de los médicos. Entre las que cabe destacar están *Manual de la Enfermera* del doctor Seco (1984) y *La enfermería moderna* del doctor Pijoan (1919). En ambas publicaciones es frecuente encontrar los títulos iniciados con un simbólico *"breves nociones…", "curso elemental…", "manual…",* etc., con el que se pone de manifiesto el sentido práctico de los mismos. Esta afirmación se evidencia en el reciente compendio elaborado por Álvarez (2008).

Poco tiempo después comienzan a aparecer publicaciones propiciadas desde el ámbito religioso como *Manual práctico de asistencia a los enfermos* (1920) de las Siervas de María, o *Manual de la Carrera de Enfermeras para el uso de las Hijas de la Caridad* (1952), publicado por la Congregación.

En el año 1931 se edita *Manual de la Enfermera de la Cruz Roja.*

Pensamos que esta es una muestra representativa de la influencia en las publicaciones de los aspectos que se comentaban anteriormente —lo médico, lo religioso y lo bélico—. Al repasar los contenidos de estos textos los aspectos relacionados con el género, hegemónicos de la época, quedan muy claramente expresados y lo relativo a la preparación para "el hacer" en detrimento de para "el pensar", igualmente están patentes, incluso en los títulos de los propios textos con el término "manual...". Y es que los aspectos relacionados con el género y el conocimiento son influencias trasversales. La idea que se ha venido desarrollando sobre las influencias que ha recibido la enfermería y su relación

con la configuración y evolución puede observarse en el cuadro siguiente:



Cuadro 3. Fenómenos que influyen en la configuración de la enfermería.

Con este breve repaso por los antecedentes de las publicaciones enfermeras, podemos concluir que están presentes las influencias de lo médico, lo religioso y lo bélico y que las cuestiones relacionadas con el género y el tipo de conocimiento son valores transversales.

De entre los textos de referencia para cursar los estudios de Ayudante Técnico Sanitario, un texto único para cada curso como compendio de todos los contenidos que se consideraban necesarios, merecen una especial referencia los publicados por la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, (Ayudante Técnico Sanitario, 1966, Ayudante Técnico Sanitario, 1967 y Ayudante Técnico Sanitario, 1969). Los contenidos en estas publicaciones son desarrollados en su totalidad por médicos, profesores de la Facultad de Medicina, bien escritos directamente por ellos o por otros y revisados por éstos, a

excepción de los contenidos relacionados con las materias de Religión y Moral que están desarrollados por un sacerdote.

En cada uno de los textos, que se corresponde con cada uno de los cursos, se estructuran los contenidos agrupados por las asignaturas del plan de estudios, y destaca la concreción de las explicaciones de manera escueta, con escasas referencias al papel de las ATS. Cuando éstas se explicitan se pone en evidencia que no tienen una especificad concreta. Por ejemplo, en referencia al aislamiento que puede requerir una persona, se dice: *"puede hacerse en el domicilio del enfermo, con personal especializado, enfermeras, ATS, o bien por personal no técnico perteneciente a la familia, seguro o probablemente inmunizado y con condiciones de capacidad para realizarlo correctamente"*. (Ayudante Técnico Sanitario, 1969).

En el texto citado, las cuestiones relacionadas con los temas de la moral, se desarrollan desde una perspectiva exclusivamente católica, sin ninguna relación con los principios fundamentales de la moral, la ética, la legislación, o la deontología profesional. Se llegan a hacer afirmaciones tan llamativas como que *"llegado el caso de declararse el peligro de muerte próxima, aunque ésta no se aprecie ciertamente, sino como una mera probabilidad, urge al ATS la obligación de manifestar con toda claridad al enfermo la verdad de su situación, porque están en juego gravísimos intereses de trascendencia incalculable"*, despreciando expresamente cualquier argumento de tipo psicológico que pudieran justificar otro tipo de actuación.

La revista de enfermería más antigua es la publicada en Estados Unidos en el año 1888, con el título *The trained nurse and hospital review*. Aunque la regularidad

en las publicaciones se inicia en la segunda mitad del siglo XX, que es cuando comienzan a aparecer los primeros modelos de cuidados, en un claro interés por definir la identidad y aportación profesional centrada en la persona y los cuidados que requiere, aunque en un sistema de atención a la salud con una clara orientación tecnológica.

Situándonos en la época actual, las publicaciones enfermeras en España comienzan a aparecer de manera regular y mantenida en los años 70, coincidiendo con la incorporación de los estudios a la Universidad. Se publican los textos para la preparación del Curso de Homologación de Conocimientos para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, escritos por enfermeras españolas y editados por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. También aparecen las primeras revistas profesionales. A partir de esta fecha las publicaciones, tanto de textos como de revistas han ido en aumento hasta la actualidad, adaptándose a las normas y recomendaciones para las publicaciones científicas, a las modalidades que han ido apareciendo y a la repercusión de sus publicaciones (Gálvez, 2004 y 2007).

Actualmente contamos con revistas con contenidos generales que gozan de gran prestigio dentro y fuera de nuestro país, fundamentalmente en Latinoamérica. Cabe destacar: *Rol de Enfermería*, *Metas de Enfermería*, *Enfermería Científica*, *Nursing*, *Enfermería Clínica*, *Hiades* e *Index de Enfermería*, con la importante oferta de base de datos bibliográfica CUIDEN (Amezcua, 2002). Aunque Ortega y Sánchez (1999), tras revisar 466 artículos publicados en diferentes revistas, afirman que el lenguaje utilizado carece de rigor científico.

De los textos publicados, en la etapa actual, merece una referencia especial el de

Enfermería Fundamental en 1995, y posteriormente reeditado, por ser el primer texto que ofrece una visión disciplinar que recoge la historia y los fundamentos teóricos y metodológicos de la enfermería (Fernández et ál., 2003).

Al analizar la imagen que se proyecta en la literatura profesional, resulta de interés hacer una referencia explícita al trabajo realizado por Francisco, Ruiz y Miranda (2004), en el que se analizan los contenidos desarrollados en las Sesiones Anuales de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) desde sus inicios, en 1979, hasta el año 2003. Los resultados de este trabajo tienen un significado especial para comprender la evolución de la enfermería en nuestro contexto, pues tanto las publicaciones como la filosofía de la AEED nos ofrecen una mirada fundamentada y evolucionada sobre la enfermería, y goza además de gran prestigio entre las enfermeras, ya que recoge la etapa más significativa de la historia reciente de la profesión y de la disciplina. En este trabajo se aportan las conclusiones siguientes:

1. Se destaca la ausencia de conceptualizaciones explícitas sobre los fenómenos paradigmáticos de la enfermería, aunque se observa una clara consideración de éstos implícita en los contenidos, así como una homogeneidad de conceptos a lo largo de los 26 años de sesiones recogidos en las correspondientes actas, y una evolución muy de acuerdo a la que se presenta en los textos, nacionales e internacionales, especializados en este tema.
2. En los trabajos promovidos u orientados desde la propia Asociación se pone de manifiesto un interés mantenido por analizar el ejercicio de la enfermería en sus diferentes ámbitos: clínica, docencia, gestión e investigación, reflexionando sobre las cuestiones que representaban problemas y proponiendo alternativas de desarrollo profesional y disciplinar.
3. Se apunta sobre la existencia de un gran interés y preocupación por el papel

social de la enfermería, con argumentos basados en que es imprescindible la reflexión para una profesión de servicio.

4. Se menciona como un hecho de interés el que a través de las sesiones de trabajo de la asociación y, posteriormente, con las publicaciones de los contenidos presentados y debatidos en éstas, se difunda el pensamiento de destacadas enfermeras españolas y de otros lugares y de autores y autoras de otros dominios de conocimiento, que enriquecen el pensamiento enfermero.

Los problemas que se ponen de manifiesto en las publicaciones de la AEED coinciden en lo fundamental con los identificados por López (2004) en una revisión crítica llevada a cabo sobre los modelos de la práctica enfermera y sus resultados. Los indicadores que se señalan como representativos de su ejercicio son los relacionados con la continuidad de los cuidados, la participación en la gestión y la toma de decisiones, la colaboración, el liderazgo, el entorno de aprendizaje, el rol del enfermero, los recursos humanos, la comunicación, la especialización, la orientación de nuevo ingreso y el compromiso de grupo. De todos modos, en el trabajo de la autora mencionada parece sobresalir una idea de una práctica profesional más instrumental que la expresada en las publicaciones de la AEED, pues como se pone en evidencia no se valora si se lleva a cabo o no la práctica con un modelo de referencia y con un método como pauta de las acciones. Y es que se da más importancia, como se apuntaba anteriormente, al análisis de la pericia en las acciones que a su fundamentación teórica.

A modo de conclusión de este apartado, se puede afirmar que las enfermeras siguen teniendo dificultades para publicar, ya que las tienen para investigar. En el trabajo que realizan Díaz et ál. (2004) encuentran que las enfermeras tienen necesidades manifiestas de recibir formación, autoformación y asesoramiento en

investigación, lo que se traduce en que en la población estudiada un 17,4% ha publicado algún artículo, mientras que un 82,5% no ha publicado nada.

La mirada institucional

Respecto a la imagen oficial que se recoge en documentos institucionales y legales, Álvarez (2002) ha realizado un trabajo digno de resaltar, y ofrece lo que él llama el Código Enfermero Español del siglo XX, en el que reúne toda la normativa relacionada con la enfermería a lo largo del siglo.

Por otra parte y en un plano más concreto, Martín, García y Sánchez (1999), como resultado de una revisión de los textos legales que establecen las bases normativas para el desarrollo del modelo de atención primaria, llegan a la conclusión de que existen una serie de factores que repercuten en el desarrollo profesional. Destacan factores que coinciden en lo sustancial por los expresados por Fernández[47] (2001) como característicos de una profesión. Estas autoras diferencian entre factores externos e internos. En el primer apartado incluyen aspectos institucionales como la adscripción a un modelo biomédico, la ausencia de servicios enfermeros y la falta de posibilidades de la elección de enfermera. Como factores internos de la profesión se señalan la ausencia de un modelo enfermero, las diferencias de la formación y la potenciación de una orientación tecnológica. Calsalvieri (1999). Por su parte, analiza la enfermería como profesión e insta al compromiso de los profesionales para que realmente se

[47] Este autor incluye como elementos que caracterizan una profesión: la formación superior, la estructura organizativa, la vinculación con las estructuras de poder, el estatus, la actualización continua y la búsqueda de autonomía.

desarrolle como tal.

Concretamente en España, se publica en el año 1947 el Estatuto de Personal del Instituto Nacional de Previsión, que regula la práctica de las enfermeras en el sector público, en todos los ámbitos de lo que en las diferentes épocas y con distintos nombres ha constituido lo que hoy se conoce como Sistema Nacional de Salud. Nunca se adaptó a las funciones que, tan solo tres años después fueron asumidas por la OMS, como se describe a continuación. Este estatuto, con las modificaciones pertinentes a lo largo del tiempo, ha sido también el referente que ha marcado la actividad enfermera en el ámbito de la sanidad privada y está compuesto por un listado de intervenciones que lejos de facilitar y promover una práctica creativa y responsable, lo que hace es encorsetar el ejercicio de la profesión como un conjunto de actividades y acciones que tan sólo requieren del protocolo concreto como una guía a modo de receta para cada intervención. En el plano de la ética profesional se cuenta con el Código Deontológico elaborado por el Consejo General de Enfermería (1998).

En el año 1950, a instancias de la OMS, se reúne el Primer Comité de Expertos en Enfermería para definir sus funciones y lo hace en los términos siguientes:

1. Aplicar a los enfermos la terapéutica prescrita por los médicos y prestarles servicios personales que les sean necesarios para su higiene y comodidad.
2. Mantener un ambiente físico y psíquico favorable a la curación y a la recuperación de la salud.
3. Participar, junto con las familias, al restablecimiento de los enfermos y a su readaptación.
4. Dar a conocer a los enfermos y a las personas sanas los medios más eficaces para alcanzar un estado de salud completo (en lo físico y en lo mental).

5. Aplicar las medidas profilácticas que proceda.
6. Coordinar la acción de sus servicios con la de los demás miembros del equipo sanitario y con la de los grupos organizados dentro de la colectividad.

Este listado de funciones, no parece que fuese tenido en cuenta ni en la formación, ni en el ejercicio de la práctica de las ATS, que permanecieron durante bastante tiempo centradas en el punto primero, considerando la labor de la enfermera a la sombra del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sin abordar explícitamente los aspectos de autonomía profesional directamente relacionados con el persona sana o enferma, la familia, la comunidad y el equipo que tan claramente quedan expresados en el resto de los puntos.

En la actualidad, se puede afirmar que la visión que las instituciones tienen de la enfermería como profesión y de las enfermeras como profesionales es confusa. Parece estar claro su papel en el medio sanitario, pero cuando se profundiza sobre su formación, capacidades, etc., la visión es confusa y así aparece frecuentemente en las referencias que se hacen sobre ella[48].

Resulta de interés recordar que en el pasado inmediato de la preparación enfermera está la formación como ayudante técnico sanitario. El Decreto de 4 de diciembre de 1953 unificaba en una enseñanza los antiguos estudios de

[48] La confusión que sobre la enfermería tienen algunas instituciones se pone de manifiesto en situaciones cotidianas. Por ejemplo en una en una publicación conjunta del Instituto de la Mujer, la Consejería de Relaciones Institucionales y la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, referida al Plan de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres 2004-08, al analizar la relación entre mujeres y hombres matriculados en la universidad, consideraban como una sola categoría Enfermería y Fisioterapia, situando en un mismo paquete dos estudios, y por ende, dos titulaciones y dos profesiones que son completamente independientes desde los años setenta del pasado siglo. Titulaciones que se han establecido recientemente aparecían perfectamente identificadas con su singularidad.

practicante, matrona y enfermera. Los nuevos centros de formación se estructuraron en masculinos y femeninos, y negaron toda posibilidad de coeducación, de acuerdo a la Ley de Ordenación Universitaria de 29 de julio de 1943, como Escuelas Profesionales vinculadas académicamente a las facultades de medicina y administrativa e ideológicamente a diversas instituciones; sanitarias, Falange, religiosas, Cruz Roja, ayuntamientos, diputaciones, etc., o simplemente privadas y generalmente anexas a hospitales. Los estudios fueron considerados por el Ministerio de Educación como "Estudios técnicos de grado medio".

Un acontecimiento que merece ser digno de destacar es el Real Decreto 2878/1976, de 30 de octubre, por el que se establece el carácter mixto de las Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario. Este hecho se produce solamente un año antes de que aprobara el Real Decreto sobre la integración de estas escuelas en la universidad como Escuelas Universitarias.

Al valorar la consideración de la que es objeto la enfermería en la Universidad, como institución, ésta sale doblemente infravalorada, por una parte, por no haber tenido acceso al pleno desarrollo disciplinar y, por otra, porque según se pone de manifiesto en la publicación sobre La calidad de las Universidades, *"la mujer sigue discriminada"*, en este ámbito (Montoya, 2007).

La imagen deseada como ideal

Para concluir con el análisis de la imagen enfermera pasamos a analizar el

significado de la imagen deseada para las propias enfermeras.

En relación a la imagen ideal que sería deseable según las propias enfermeras, habría que distinguir entre el significado que de "enfermera ideal" tienen quienes ejercen en la clínica, la docencia, la gestión o la investigación y muy seguramente se encontrarían imaginarios bien diferenciados (Nespral, et ál., 1993). Al no existir estudios que diferencien la autoimagen profesional ideal en función del área de ejercicio profesional, nos referimos a las diferentes visiones desde una perspectiva general, y una buena manera puede ser, por la dimensión del estudio, con el análisis de los datos que ofrece el Libro Blanco del Consejo General de Enfermería (1998). Las enfermeras que participaron en este estudio manifestaron estar interesadas por:

1. Aumentar los niveles de formación, de investigación y de servicio, al nivel que requieren las necesidades y expectativas públicas y del sistema de salud.
2. Adaptarse al ritmo del avance científico y tecnológico.
3. Aumentar la autonomía, la autoridad y el ámbito de la práctica de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad.
4. El reconocimiento del estatus social de la profesión al nivel de su contribución social.

Estas inquietudes coinciden con las expectativas halladas en otros grupos. González et ál. (2000) en un trabajo sobre las expectativas de las enfermeras en Andalucía identifican que sus prioridades están en mejorar la investigación y ampliar la formación y la especialización. Los retos expresados bien pueden considerarse como un acercamiento a lo que se considera la "enfermería ideal" para estas enfermeras. Además, en general estas expectativas se corresponden con lo expresado en la literatura por enfermeras de diferentes ámbitos, de la

clínica (Collière, 1981) y (Artigas, 1998), la docencia (Albéniz et ál., 1995), la investigación (Pulpón e Icart, 1994), (Fernández, 1997) y la gestión (Maña, Fernández y Mesas, (2004) y Juvé et ál. (2007) (2). Aunque cada vez más autores tratan de demostrar que los retos pasan por propuestas que integren los diferentes ámbitos, en este sentido desarrollan su propuesta Tomás (1999) y Meleis (1997).

Aunque existe una coincidencia en los aspectos fundamentales, también es necesario resaltar que cuando se concreta o profundiza en la imagen deseada, las ideas y aspiraciones son variadas, pues hay quienes concretan el ideal en el desarrollo del conocimiento sobre los cuidados de salud de las personas y los métodos propios para la aplicación de las acciones de cuidados, como expresan Francisco, Gómez y Hernández (2001) y Hernández-Conesa, Moral y Esteban-Albert (2002). Otros autores como Martínez (1999) y Mazarrasa, Francisco y Sánchez (1996) apuntan sobre la necesidad de dirigir los esfuerzos hacia los lugares donde se deciden las políticas y estrategias de la atención a la salud. Miralles (2005) considera como elementos clave para los retos y oportunidades de las enfermeras, la importancia que se les otorgue a los entornos laboral y social. Tomás (1999) plantea la necesidad de contar con un modelo de enfermería que se adapte a nuestra realidad, para poder ser fácilmente aplicado en la práctica.

Para poder llegar a conseguir una imagen satisfactoria es importante conseguir una buena imagen colectiva. Las enfermeras excepcionales frecuentemente se quedan en el reconocimiento individual, por la importancia que se le concede a los valores individuales, comentado anteriormente (Aguilar, García y Calvo, 2004). A lo largo del tiempo ha habido enfermeras que han gozado de prestigio,

por su personalidad, sus características o las de su entorno, etc., pero mientras ese reconocimiento no se generalice a la profesión no llegará a ser realmente significativo. Germán (2006) relaciona el reconocimiento social y la identidad como colectivo, y dice que *"la falta de reconocimiento social condiciona la falta de investigación como colectivo, y ambos que la angustia esté presente y por tanto la insatisfacción"*.

El interés por profundizar en la idea de la imagen ideal se puso de manifiesto en las XX Sesiones de trabajo de la EAED, que se celebró bajo el nombre de "XX años creando estilo enfermero. La propuesta de la AEED para la excelencia profesional". En estas sesiones se analizó, desde diferentes perspectivas, el compromiso de la profesión con una práctica excelente. Entre las aportaciones que se realizaron cabe destacar la de Mompart (1999) que apuntaba la necesidad de avanzar en la competencia profesional, el servicio a la sociedad, la autonomía profesional, el liderazgo, la coherencia grupal y los valores éticos.

A modo de conclusión de este apartado sobre la autoimagen de la enfermera ideal, cabe decir que es necesario reflexionar sobre las dificultades que entraña su definición desde una perspectiva externa a las profesionales, ya que existe una gran indefinición e incluso confusión entre el propio colectivo. La ausencia de una imagen nítida y compartida hace difícil identificarla, sentirla, definirla, trasmitirla y llenarla de contenido, al tiempo que facilita que la enfermería como profesión y las enfermeras como profesionales permanezcan estáticas y limitadas a responder a las demandas que se van planteando o a los imperativos que se marcan desde fuera, al tiempo que son insuficientes y excepcionales las iniciativas de oferta de nuevos servicios por los propios profesionales. Como aspectos externos, que dificultan el camino al ideal, está el aumento de las

demandas al sistema de salud, por parte de la población y de la oferta, por parte del sistema, que no siempre va acompañado de los recursos necesarios, lo que además puede explicar las razones por las que hay un importante abandono de la profesión, hasta un 50%, identifican Martín-Moreno y Miguel (1982) que existe a lo largo del ejercicio profesional.

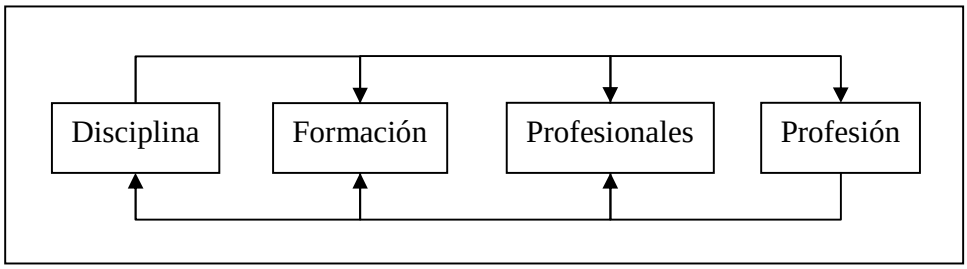
Construir una imagen es difícil, pero es más difícil todavía cambiarla cuando ha cuajado. (Giddens, 1992). A pesar de todas las dificultades existentes que han sido analizadas, hay que resaltar que cada vez es más evidente el interés de un mayor número de enfermeras por participar en el desarrollo disciplinar. Aunque las expectativas profesionales son muy diferentes porque las aspiraciones de cada persona son construcciones culturales en el sentido que describe Janet (1995) y quedan finalmente determinadas por la evolución y las expectativas vividas individualmente. Es necesario resaltar que como resultado de la evolución experimentada por la enfermería en las últimas tres décadas, producto en gran medida del cambio producido en la formación y el desarrollo del pensamiento enfermero, actualmente existe una corriente de opinión entre las enfermeras que consideran necesario un cambio, como se pone de manifiesto en el Libro Blanco del Consejo General de Enfermería (1998), destacando que entre el colectivo tan solo un 18,3% de profesionales mantiene una actitud inmovilista, frente a un llamativo 37,5% que manifiesta un decidido interés por participar en un cambio profundo hacia una práctica profesional científica y, por ende, autónoma.

La formación enfermera

El aprendizaje en las prácticas clínicas

La formación enfermera

Una vez analizada la profesión, su imagen y la de sus miembros, con los aspectos que se consideran más relevantes, como base para acercarnos a entender las razones que separan la teoría enfermera de la práctica de los cuidados, se pasan a valorar las cuestiones relacionadas con la formación de la enfermería, que también nos va a acercar a comprender la realidad en la que se encuentran la profesión y las profesionales, por ser determinante para éstas, al tiempo que se ve influida por ellas, en un proceso que se retroalimenta, como se puede observar en el cuadro siguiente:



Cuadro 4. Relación entre la formación y la disciplina y profesión.

En la formación actual, como disciplina universitaria, se sitúa el cuidado de salud de la persona como eje de toda la orientación curricular (Cárdenas y Zarate, 2001), aunque todavía queda alguna reminiscencia de la formación anterior como ATS. Y es que hasta bien entrados los años setenta, la formación estuvo, casi exclusivamente en manos de los médicos. En el “Acto de entrega de títulos final de carrera de los ATS masculinos y femeninos del distrito universitario de Madrid”, (Ayudante Técnico Sanitario, 1969), la estudiante que

intervino en nombre de todos los estudiantes dijo dirigiéndose a los profesores médicos: *"De algún modo somos criaturas suyas hemos sido moldeadas desde el punto de vista científico por ustedes"*[49].

Por considerar que han sido tratados en profundidad los aspectos que han influido en la configuración de la enfermería y de las enfermeras en los apartados dedicados a la profesión y a la imagen, y por estar igualmente ligados a la evolución de la formación, aquí nos vamos a centrar en la formación como diplomatura universitaria.

Dada su evolución, el objetivo fundamental de la formación enfermera, hoy en nuestra realidad, es el de formar un profesional con competencias teóricas y metodológicas para asumir la responsabilidad social de ocuparse de los cuidados de salud de las personas y los grupos, al tiempo que se mantienen las competencias técnicas específicas que durante mucho tiempo han tenido un significado prácticamente hegemónico. El plan de estudios de enfermería se desarrolla con una perspectiva de racionalidad pedagógica, en la que los conocimientos se organizan en un proceso lógico en el que se parte de los principios teóricos, abstractos, generales y normativos como base y núcleo de la formación, para fundamentar y dotar de contenido a los conocimientos concretos y específicos. Al mismo tiempo, cada vez cobran más importancia modelos de aprendizaje orientados a la integración de contenidos, como la experiencia desarrollada por Martínez, Cibanal y Pérez (2007).

Medina, Giribert y Montenegro (2006) reflexionan sobre las diferencias que

[49] Observación personal: *En el contexto del discurso se observa un sentimiento de orgullo de "haber sido moldeada por los médicos".*

existen entre la idea de las docentes y las clínicas[50] sobre el conocimiento necesario para la práctica y las competencias que se exigen. Estos autores afirman que *"lo que necesitan los estudiantes es tomar decisiones en situaciones de incertidumbre, pero hemos de reconocer que es esto precisamente lo que a los docentes más cuesta enseñar"*. Como alternativa proponen pasar de la enseñanza tradicional "fragmentada" a un modelo "globalizado e integrado" y metodologías más participativas. De este modo, se decantan por el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Con este aprendizaje se tratará de integrar los contenidos teóricos con el desarrollo de estrategias como el manejo de la información y el desarrollo de habilidades de investigación, comunicativas y clínicas y las prácticas clínicas en los centros asistenciales.

Frecuentemente desde los planteamientos docentes se pretende formar profesionales completos, para que intervengan en cada situación con un análisis del todo. El compromiso de las enfermeras docentes pasa por su capacitación para desarrollar adecuadamente la función docente (Godall, 2000), pero es una realidad que esta capacitación está más orienta a la perspectiva teórica que a la de aprendizaje experiencial. Autores como Medina, Giribert y Montenegro (2006) reflexionan sobre los límites de la formación y plantean métodos, comentados anteriormente, por considerar que son los más adecuados para desarrollar en el estudiante la capacidad de *aprender a aprender*, una filosofía de entender el aprendizaje sobre la que ya reflexionaba Ortega y Gasset (1992) en los años 1930.

Benner (1987) desarrolla una propuesta sobre la adquisición de competencias.

[50] En general, las enfermeras clínicas, y especialmente quienes cuentan con más años de experiencia profesional, conceden gran importancia al aprendizaje en las prácticas clínicas y al desarrollo de habilidades técnicas.

Según explica se van desarrollando con la experiencia sobre la base de la formación, diferencia los grados que denomina: 1) principiante, 2) principiante avanzado, 3) competente, 4) aventajado y 5) experto. Los planteamientos de esta autora apuntan a que con la formación hay que preparar al estudiante en competencias básicas para que las vayan completando con la experiencia y la reflexión permanente y llegue a ser un profesional experto, al tiempo que el profesorado también transcurre por un proceso de adquisición de competencias, (Cebreiro, 1991).

Según describe Cohen (1988) el estudiante durante su proceso de socialización debe aprender en cuatro esferas fundamentales: 1) la tecnología de la profesión, compuesta por lo que describe como los hechos (las habilidades y la teoría), 2) aprender a asimilar la cultura profesional, 3) encontrar una versión del rol que sea profesional y personalmente aceptable y 4) integrar ese rol profesional en todos los demás roles de la vida. A nuestro criterio, la cultura profesional es asimilada muy pronto por los estudiantes cuando realizan su aprendizaje en las prácticas clínicas, y muchas veces adquiere una dimensión por encima del resto de las esferas que describe Cohen (1988). Vizcaya et ál. (2004) apuntan a que el estudiante adopta, en un principio, un rol de aprendiz, pero el contexto le empuja a adoptar el papel que estos autores denominan *"de trabajador precario con remuneración educativa"*.

Hay dos aspectos fundamentales en la formación enfermera. Por una parte, está lo relacionado con los contenidos que se desarrollan en forma de teoría en el aula con una finalidad explicativa y de desarrollo y adquisición de conocimientos y, por otra parte está el aprendizaje que se lleva a cabo en las prácticas clínicas, con una finalidad operativa y de desarrollo de actitudes y habilidades para aplicar el

conocimiento en la práctica en los cuidados que se ofrecen a las personas que son atendidas en los hospitales y centros de salud. La proporción de dedicación a los contenidos teóricos y prácticos es de un 50% aproximadamente. El desarrollo de los contenidos teóricos no entraña más dificultad que el de cualquier otra disciplina, mientras que el desarrollo de los contenidos prácticos presenta algunas particularidades, por lo que aquí nos centraremos fundamentalmente en analizar esta parte del aprendizaje, por ser además, finalmente, donde el conocimiento teórico adquiere su verdadero sentido y significado.

El aprendizaje en las prácticas clínicas

Entre las cuestiones más específicas del aprendizaje en las prácticas clínicas, cabe destacar el hecho de que se realizan en un contexto diferente al académico y con una cultura muy singular, en la que se desarrolla la actividad enfermera de manera más rutinaria que reflexiva, al tiempo que desde la escuela se les pide a las estudiantes que lleven a cabo un aprendizaje reflexivo con los conocimientos teóricos aprendidos en el aula como marco de referencia para las acciones. Esta realidad, tan diferente y, a veces, contradictoria durante el periodo de formación, provoca en los estudiantes una confusión al vivir dos realidades tan diferentes sobre un mismo fenómeno. Frecuentemente les resulta costoso comprender la importancia de algo —lo teórico— que no se aplica en la práctica, lo que lleva a una consideración del marco teórico como “algo de la escuela, el hospital es otra cosa”[51]. Según Delgado, Salmerón y Gómez (2004), los estudiantes pueden llegar a experimentar lo que denominan como “el shock de realidad” en unidades

[51] Expresiones como esta y similares son frecuentes entre las estudiantes cuando comparan los contenidos de la teoría y la práctica del proceso de aprendizaje.

con unas características muy particulares como son las urgencias. Según afirman Ferrer et ál. (2002) a la luz de un estudio realizado con estudiantes, éstos experimentan un alto grado de ansiedad cuando inician su aprendizaje en las prácticas clínicas.

Otro aspecto que se considera de interés en el aprendizaje de la enfermería es el relacionado con el currículum oculto, compuesto por mensajes que no están explicitados en los programas y que, sin embargo, a veces se transmiten con más fuerza que los contenidos de estos últimos. Es lo que Escudero (2003) llama el "currículo oculto". Para Hernández (2001), durante el proceso de aprendizaje, los valores y las actitudes representan los fundamentos básicos de su formación.

Los contenidos implícitos en la actitud del profesorado y profesionales, con quienes los estudiantes aprenden en sus prácticas clínicas, y en todos los mensajes, emitidos por estos, son importantes en cualquier tipo y nivel del proceso de aprendizaje-enseñanza, pero especialmente lo son en los estudios de enfermería y en aquellos otros cuya finalidad sea formar profesionales que vayan a desarrollar su actividad directamente relacionada con las necesidades de otras personas. Desde esta perspectiva se pueden contemplar las actividades relacionadas con la enfermería y la didáctica como de naturaleza común y, por tanto, es necesario tener presente que el profesor que enseña enfermería se convierte en modelo para el estudiante, que aprende de él, además de conocimientos, las actitudes y valores que observa en el desempeño de la función de profesor o tutor. La importancia que adquieren las actitudes en el proceso de aprendizaje es motivo de estudio desde diferentes perspectivas. Según Gras (1987) la consistencia de éstas tiene que ver con el conocimiento del objeto de la actitud. Guillén y Cuevas (2006) dicen que *"es importante reconocer en el*

docente y en el estudiante la absoluta necesidad de una gran coherencia interna entre su pensar, su sentir y su hacer de acuerdo al marco de valores proyectado". Pérez et ál. (2002) (2) afirman que el proceso de aprendizaje va configurando el desarrollo de los valores, a la luz de los hallazgos de su estudio al comparar las valoraciones diferentes que hacen los estudiantes de tres escuelas de enfermería de similares características.

Las actitudes de las profesionales enfermeras adquieren una complejidad especial, ya que no todas reconocen, como una responsabilidad con su profesión, el contribuir a la formación de los futuros profesionales. Algunas enfermeras viven como una carga la estancia de estudiantes en la unidad clínica en la que ejercen y es frecuente escuchar argumentos como: "he elegido ser enfermera para atender a enfermos, no para enseñar a estudiantes… para eso habría sido maestra". Aunque en el estudio que realizan Cobos, Segarra y Olmo (1995), con enfermeras clínicas, concluyen que consideran grata su dedicación a la docencia del estudiantado en sus prácticas clínicas, y señalan como aspectos negativos la falta de reconocimiento a esta dedicación y la escasez de tiempo para realizarlo satisfactoriamente. Para Navarro et ál. (2002) los valores más considerados para tutelar a los estudiantes el aprendizaje en las prácticas clínicas son que la enfermera que desarrolla esta actividad reúna capacidad, competencia y eficacia.

El estilo profesional del profesor que se refleja en la relación con el estudiante puede llegar a ser imitado por éste como profesional en su relación con los enfermos. Cuidar, como proceso enfermero, y educar, como proceso didáctico, son dos actos comunicativos y conscientes de las personas que participan en ellos, pues ambos requieren de saberes de naturaleza intelectual, como los conocimientos tácticos y el desarrollo de habilidades personales, como propiciar

actitudes, todo ello imprescindible para un ejercicio profesional competente. En el proceso de formación, las estudiantes aprenden conductas de sus maestras y maestros en la práctica y tanto en el aula como en las prácticas clínicas, los cuales van a representar una influencia muy importante, tanto cuando ésta es positiva como cuando es negativa, para aplicarlo posteriormente en el cuidado de sus clientes. Entre los aspectos negativos, Cohen (1988) señala que todavía existen entre el profesorado (en referencia a la realidad norteamericana) personas socializadas en modelos de sumisión que transmitan estos valores a los estudiantes. Esta idea es desarrollada por diferentes expertos de la didáctica, como Bloom (1975) que profundiza sobre la necesidad de desarrollar en la docencia los aspectos cognitivos, relacionados con el saber, los efectivos, relacionados con el hacer, y los afectivos, relacionados con los sentimientos. Branda y Yin-Way (2000) describen las capacidades que debe reunir el tutor para desarrollar en el estudiante el hábito de aprender de manera autónoma y reflexiva.

Imbernón (1998) reflexiona sobre los vínculos existentes entre la formación y el desarrollo de las profesiones en general afirmando que los aspectos que cobran significado como un aprendizaje constante es que éste se lleva a cabo en una práctica profesional dinámica. La formación en enfermería tiene esa característica, ya que una buena parte de su aprendizaje se adquiere en la práctica clínica y en ella se producen permanentes cambios. Pero también en el dinamismo de la clínica, tan significativo para la formación, se pueden encontrar alguna de las explicaciones que se han puesto en evidencia anteriormente, y que son causa de las diferentes concepciones de la profesión que se relacionan con distintas orientaciones, o viceversa, que van, como también se expresa en apartados anteriores, desde las concepciones tradicionales, centradas en los

aspectos técnicos relacionados con la enfermedad y su tratamiento, a las concepciones más actuales que sitúan el cuidado como objeto de estudio de la disciplina (Francisco, Ferrer y Benavent, 2001), o como apuntan Kérouac et ál. (1996) cuando se refieren a la naturaleza de la profesión como *"los cuidados de salud de la persona que en relación con su entorno vive diferentes experiencias de salud"*.

Desde la perspectiva de considerar el dinamismo de la práctica, cobra significado su valor para el aprendizaje de grado, al tiempo que adquiere sentido en todos los ámbitos de la práctica para la actualización de los profesionales a través de la autoformación, la formación en servicio y las nuevas tecnologías, necesidades que se vienen poniendo de manifiesto desde los primeros programas de formación continua (Meléndez 1986), (Sancerní et ál., 1992), pues los cambios generan incertidumbres y necesidades de nuevos conocimientos y habilidades, como expresa Schön (1998).

Según plantea Davini (1995) existen dos líneas que dan fundamento a la formación de grado para la capacitación profesional: la teórica y la práctica. Esta autora destaca que el aprendizaje se configura como resultado de las tensiones que existen entre la teoría y la práctica, en un proceso que tiene lugar entre la acción, la reflexión y la práctica como actividad en la que cobra significado la teoría ideal y la práctica real. Según Medina (1998) el aprendizaje de la enfermería es significativo cuando se produce un proceso en el que se parte de los conocimientos, se reflexiona sobre la acción con el conocimiento como marco, se lleva a cabo la acción y nuevamente se realiza un proceso reflexivo. Sin embargo, este proceso es particularmente complejo, porque el estudiante vive y aprende en dos realidades diferentes y en cierto modo contradictorias: una que

fomenta la independencia, dentro del aprendizaje en el aula y otra que fomenta la dependencia, a lo largo del aprendizaje en las prácticas clínicas en los centros sanitarios. La formación teórica que se adquiere en el aula representa el aprendizaje explicativo y, generalmente, es avanzado para el presente ya que tiene como finalidad la formación para abordar la práctica en el futuro. Sin embargo, el aprendizaje en las prácticas clínicas es normativo y operativo, y representa el aprendizaje del presente, condicionado por el contexto laboral, que en algunos casos puede llegar a representar un conocimiento obsoleto. El desarrollo teórico de la enfermería va por delante de la práctica clínica que avanza más lentamente, más que la de otras prácticas. La causa, según Zabalegui (2000), está en la falta de autonomía en su ejercicio profesional. La relación entre la competencia profesional y la autonomía es motivo de reflexión frecuente. Autores como Havens et ál. (2002) relacionan la mejora en los resultados de los cuidados con el mayor nivel de autonomía de las enfermeras.

Hernández et ál. (2006) distinguen entre aprendizaje superficial, profundo y de alto rendimiento. Sobre la base a estos tres tipos de aprendizaje llevan a cabo una investigación, y concluyen en que los estudiantes de primer curso pasan a segundo curso experimentando una evolución positiva en relación al aprendizaje profundo, mientras que en el paso de segundo curso a tercero la evolución es negativa. El grupo investigador apunta que las explicaciones pueden estar en las demandas de la institución y en el sistema de enseñanza.

En lo referente a la formación, coincidimos en lo fundamental con la idea expresa por Schön (1998), que relaciona pensamiento-acción, teoría-práctica e investigación-práctica. Este autor expresa la existencia de una discrepancia entre las teorías explícitas (que se desarrollan a lo largo del proceso de formación) e

implícitas (en la posterior práctica profesional o en el ámbito del aprendizaje práctico) que deben ser tenidas en cuenta tanto por parte del profesorado como por parte de los profesionales en el proceso de aprendizaje de los estudiantes en las prácticas clínicas, en el que conviven dos visiones en la consecución de los objetivos, una teórica y más específica por parte del profesorado y otra inespecífica por parte de las profesionales clínicas. El mismo autor describe como insuficiente y frecuentemente inadecuada la racionalidad técnica que ha sido prácticamente hegemónica hasta hace tres décadas en el caso de la enfermería, para la formación y fundamentación del ejercicio de la práctica profesional.

Medina (1998) se refiere a la oportunidad de pasar del modelo positivista tradicional de enseñanza a un modelo fenomenológico de aprendizaje. Para ello se basa en los trabajos realizados por diferentes autores (Brockbank y McGill, 2002) que describen el aprendizaje en tres niveles de complejidad: en el primero, incluyen el que se caracteriza por desarrollar destrezas definidas por el contexto; en el segundo nivel, sitúan el aprendizaje que permite establecer comparaciones y conexiones sobre las que fundamentar las decisiones; y en el tercer nivel se refieren al aprendizaje que fomenta las preguntas y orienta un nuevo aprendizaje. Con demasiada frecuencia se observan manifestaciones en las que la práctica enfermera parece la consecuencia de lo que estos autores describen como aprendizaje del primer nivel.

Durante el aprendizaje teórico se producen concepciones teóricas que luego en la práctica se tornan particularmente significativas y que Schön (1998) las describe como las acciones profesionales habituales que se desarrollan en un contexto en el que “cada problema es un caso único”, por lo que el profesional “tiene una

percepción ambigua de la naturaleza del problema", lo que le produce frecuentemente "incertidumbre en la identificación del problema y en las acciones a realizar" y, en consecuencia, el profesional se halla ante el dilema de "si lo técnicamente correcto o, lo científicamente posible es lo moralmente adecuado". Es entonces necesario un nuevo conocimiento para salir de la incertidumbre con explicaciones satisfactorias que fundamenten las decisiones, según los grados de competencia descritos por Benner (1987). La enfermera cuando alcanza el grado de experta está en condiciones de responder con éxito a las cuestiones que plantea Schön (1998).

Por la importancia de la práctica en la formación enfermera es fundamental, dadas las circunstancias, hacer una reconstrucción crítica de la misma, tal como plantean Edelstein y Coria (1995) [52] y desarrollar la formación enfermera con estrategias que acerquen la teoría y la práctica, tales como el estudio de casos, la práctica reflexiva, la reconstrucción de experiencias, las tutorías, los seminarios y el aprendizaje basado en problemas (ABP), (Branda, 2001). Merino y Martínez (2006) plantean, desde lo que denominan *"una experiencia de reconstrucción"*, estrategias similares a las aportadas por Edelstein y Coria (1995). En definitiva se trata de formar a los estudiantes como futuros profesionales, en lo que Oriol (1994) describe como la Teoría del aprendizaje y el cambio. Experiencias como la de Blanco, Zapico y Torrens (2005) en una escuela de Barcelona, desde el curso 2001-02, empiezan a demostrar su eficacia.

Estas estrategias proporcionan recursos cognitivos para encontrar los fundamentos de cada acción en los conceptos teóricos correspondientes. Previenen que se olviden, en la práctica, los contenidos que se han trasmitido en

[52] Las similitudes entre la práctica docente y la práctica enfermera guardan una estrecha relación.

el aula o incluso que se lleguen a despreciar, como expresa Medina (1998). Para que un estudiante llegue a ser un buen profesional es necesario que aprenda a interiorizar su aprendizaje, haciéndolo suyo y relacionándolo con la vida real (Brockbank y McGill, 2002) para poder responder de modo adecuado a los problemas y a las necesidades planteadas, en la realidad dinámica en la que tiene lugar la atención a la salud de las personas y los grupos.

Es necesario resaltar que este planteamiento entraña algunas dificultades, sobre todo en las prácticas clínicas ya que éstas se llevan a cabo en organizaciones distintas a la academia y en las que el personal docente puede tomar pocas decisiones directamente relacionadas con las acciones de aprendizaje del estudiante. Lo que sí pueden hacer los docentes es trabajar con las representaciones que tienen lugar en las dos instituciones implicadas (universidad y centros sanitarios) con culturas, prioridades y objetivos propios. Ello hace necesario construir un espacio común de formación interrelacionado, como la propuesta de Albedaño, Alastuey y Gaztelu (1990) hasta llegar a que la teoría y la práctica transcurran con objetivos comunes y acciones compartidas[53].

Como consecuencia de que el desarrollo de la docencia enfermera transcurra en dos escenarios tan distintos (escuela y clínica), adquieren significado los procesos individuales y grupales que el estudiante necesita procesar y relacionar para hacer positiva la experiencia, tales como actividades reflexivas (el diario de prácticas como relato *movilizador)* (Edelstein y Coria, 1995) o el análisis de los

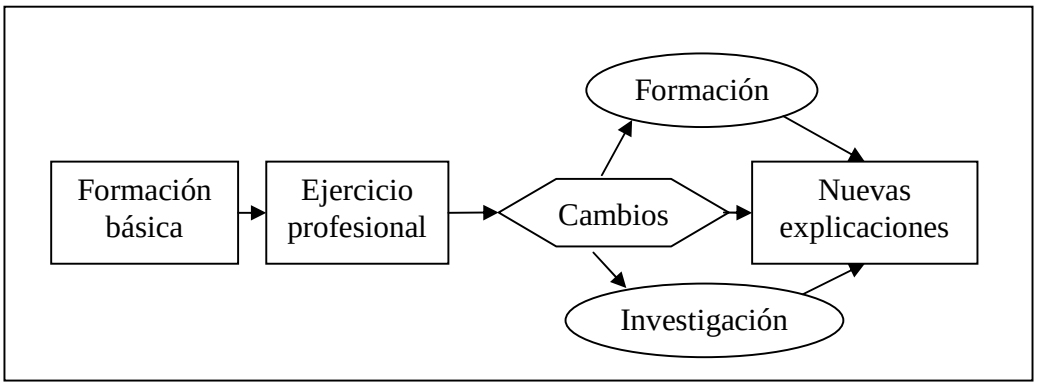
[53] Hay que tener presente que los docentes de la enfermería, enfermeras o no, han elegido este ámbito de trabajo, mientras que las enfermeras clínicas han elegido para su ejercicio profesional los cuidados de salud de las personas. A las enfermeras clínicas (Medina, 2002) la docencia con los estudiantes, en su aprendizaje en las prácticas clínicas, muchas veces les supone una actividad no deseada, otras veces se sienten inseguras y siempre es secundaria a sus actividades fundamentales con las personas que requieren de su atención.

planes de cuidados, vinculando el currículum con los contextos sociales y culturales de los que hablan Fabra y Domémech (2001) a través de las experiencias del profesorado y del estudiantado, o tomando la propuesta de Kemmis (1998) que analiza el significado del currículum más allá de la dimensión explícita, que según Marchesi y Martín (1999) es lo que da sentido a los distintos supuestos epistemológicos.

Medina (2002) trata de explicar cómo influye la manera en la que el estudiante asimila el conocimiento durante su proceso de formación para posteriormente ejercer como profesional una práctica de calidad, y lo hace desde dos enfoques contrapuestos, denominándolos como *racionalidad técnica* y *racionalidad práctica*. Según este autor, la racionalidad técnica ha guiado el ejercicio de la enfermería en todos los ámbitos, incluida la formación, en las cinco últimas décadas y se ha caracterizado por la concepción del cuidado como intervención técnica, la investigación enfermera desde una perspectiva cuantitativa y la formación como un proceso de entrenamiento basado en competencias. En cuanto al enfoque denominado como racionalidad práctica, el autor afirma que surge con la finalidad de acercar la teoría y la práctica, y lo describe como una práctica reflexiva en la que las acciones se fundamentan en el conocimiento práctico y táctico que se activa durante la acción. Este enfoque adquiere un significado singular en el aprendizaje práctico del estudiante, ya que su finalidad fundamental es que sea significativo, en el que los conocimientos teóricos sirvan como base y guía para fundamentar la acción práctica en esta parte de su aprendizaje. De la Torre (1999) diferencia entre lo que se aprende, lo que se asimila y lo que se aplica. La importancia del aprendizaje en las prácticas clínicas está en que el estudiante debe aplicar los conocimientos.

El aprendizaje del estudiante en las prácticas clínicas en ningún caso puede representar la repetición mecánica de la técnica, según lo hace la enfermera ya experta, hasta que el estudiante consigue hacerlo con una destreza similar, sin conceder importancia a su fundamentación en los conocimientos teóricos. Tampoco es la finalidad del aprendizaje en la práctica clínica la adquisición de destrezas a través de la realización de un conjunto de actividades y procedimientos rutinarios, como si se tratase de seguir y cumplimentar una receta.

La idea de aprendizaje desarrollada anteriormente es la base del proyecto de construcción del Espacio Europeo de la Educación Superior, según el Programa de Convergencia Europeo (Agencia Nacional de Educación de la Calidad y la Acreditación, 2004), en el que el concepto de la dimensión de la educación es amplio y se entiende en función de quien aprende. Cada vez más se extiende una corriente desde la que se contempla la educación y la formación unidas a un proceso de perfeccionamiento personal continuado (Bojo y Serrano, 2005 y Zaragoza, 2000), que transciende del puro periodo de formación reglada, para extenderse a lo largo de toda la vida profesional, y en el que se da una importancia destacada al desarrollo de capacidades y habilidades para jerarquizar la información, trasformarla en conocimiento, aplicar éste en la práctica y plantear y resolver preguntas. Adquiere así significado una práctica enfermera basada en las mejores evidencias posibles, en el sentido que describen Icart (1999) y Gálvez (2001). Cuesta (2005) va más allá y apuesta por la evidencia cualitativa. Esta idea, llevada a la práctica, dará como resultado profesionales competentes, expertos que dice Benner (1987), y permanentemente actualizados. El esquema de lo expresado se presenta en el cuadro siguiente:



Cuadro 5. La práctica profesional basada en la evidencia científica.

Como conclusión de este apartado, es fundamental destacar la importancia de la formación para la adquisición de conocimientos, habilidades y valores; es decir a desarrollar competencias para ejercer la enfermería de manera óptima a lo largo de toda la vida profesional. Además, dada la situación en la que se encuentra la enfermería, es imprescindible el desarrollo y aplicación de estrategias tendentes a integrar la teoría en la práctica y ayudar a desarrollar en los estudiantes un proceso de pensamiento que les lleve a buscar el razonamiento teórico y la búsqueda de evidencias científicas para fundamentar las acciones y desarrollar una cultura de inquietud por el estudio continuo, la investigación y la innovación.

La enfermería como disciplina

Los modelos de cuidados

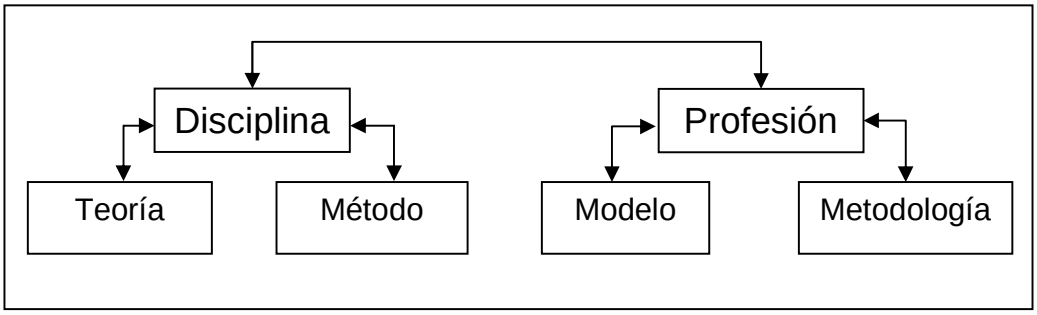
La metodología enfermera

- Clasificaciones de diagnósticos, resultados e intervenciones

Teorías y métodos

La enfermería como disciplina

Con este apartado se concluye el marco teórico en el que se fundamenta esta tesis. Para finalizar el análisis de la situación de la enfermería y las enfermeras, a continuación profundizaremos en la situación disciplinar, entendida como el conjunto de teorías y métodos propios que fundamentan la práctica profesional. La enfermería se va configurando en el contexto de la evolución que se viene produciendo en ella, desde su institucionalización como profesión, y entendiendo que entre disciplina y profesión se produce un proceso de interrelación, ya que la evolución de una influye en la otra y viceversa. Este concepto queda expresado en el cuadro que aparece a continuación:



Cuadro 6. Elementos disciplinares y profesionales.

Para analizar la enfermería como disciplina se parte, en este trabajo, de las concepciones desarrolladas por diferentes pensadoras. Carmen Fernández (1997), citando a Donaldson y Crowley (1978), describe el significado de disciplina como *"la perspectiva diferenciada con la que cada campo del saber contempla*

los fenómenos que son objeto de su interés y que resulta distinta de la mirada con la que, desde otras áreas de conocimiento, pudieran también analizarse". Para Kérouac et ál. (1996) la disciplina es *"un campo de investigación marcado por una perspectiva única, es decir, una manera distinta de ver lo fenómenos"*. Estas autoras diferencian entre disciplina profesional y teórica, situando a la enfermería entre las disciplinas profesionales y su especificidad la caracterizan por su finalidad centrada en explicar e intervenir en la práctica. En la misma línea están, Gálvez y Salido (1999), que describen la enfermería como una ciencia aplicada. Durán de Villalobos (2002) considera que una disciplina profesional debe reunir 1) perspectiva, 2) dominio, 3) definiciones y conceptos y 4) patrones de conocimiento. Vila et ál. (1997), consideran como características que definen una disciplina 1) la metodología científica, 2) el marco conceptual y 3) el lenguaje profesional. Por su parte Cianelli y Ferrer (2001) ponen el énfasis en la importancia de los conceptos, tanto en lo relativo a su formulación como a su utilización.

Para profundizar en el concepto de disciplina también resulta de interés reflexionar sobre las aportaciones de Esteban (1992). Este autor plantea que una disciplina viene determinada por la propia historia, la comparada con disciplinas afines y los cuerpos doctrinales y metodológicos desarrollados.

Actualmente al analizar la enfermería como disciplina existen autores que establecen una relación indiscutible, fundamentada en la identificación del metaparadigma enfermero (Kérouac et ál., 1996) como núcleo disciplinar, en la visión particular de explicar y relacionar los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno. A pesar de considerar relevantes estos trabajos compartimos el pensamiento de Hernandez-Conesa (1996) que en su tesis doctoral fundamenta la

existencia de lo que denomina una *"heterogeneidad doctrinal"* en la enfermería, y la sitúa en lo que describe como una *"disciplina inmadura"*[54]. Según esta autora *"**la incipiente disciplina científica enfermera** debemos entenderla como un sistema de conocimientos en proceso de sistematización, que se apoya en la intersección de contenidos de materias bien fundamentadas, por medio de un sistema de red, del que ineluctablemente, debe surgir una **nueva disciplina**, en relación a un conjunto de hechos que tienen que ver con una concepción holística del hombre, en términos de la adecuación a unos fines, entre los que la salud, la persona y el ambiente deben ocupar un lugar predominante, y que constituirían, finalmente, la **Teoría del Cuidado Enfermero**"*. Para esta autora el modelo teórico de Orem (1993 y 2001) es la única estructura teórica que se acerca a una teoría del cuidado enfermero con un desarrollo epistemológico enfermero.

El hecho de no contar, o no considerar, la existencia de una teoría general lleva a la proliferación de distintos proyectos para la aplicación de diferentes modelos de cuidados en la práctica. Entre las diferentes propuestas cabe destacar la aplicación del modelo de Roper-Logan-Tierney (Roper, Logan y Tierney, 1993) desarrollada por Atienza, Delgado y Rubio (2003). La adopción del modelo de Henderson que proponen Luis, Fernández y Navarro (2005). La aplicación del modelo de Orem, que desarrollan Francisco, Gómez y Hernández (2001) y Sánchez (1999). Otros pensadores desarrollan propuestas eclécticas, combinando fenómenos de diferentes estructuras teóricas. Entre éstas es de destacar la

[54] Hernandez-Conesa sustenta esta afirmación en que *"la concepción de la Enfermería como "saber enfermero" en cuanto realidad histórica… he considerado el conjunto de conocimientos, tanto teóricos como técnicos, que este arte ha atizado en cada momento, para esclarecer la participación de los factores que han configurado en la actualidad su determinación como 'disciplina inmadura'"*.

elaborada por Frías y Palomino (1996) para el ejercicio de la enfermería en atención primaria.

En el análisis de la construcción del pensamiento enfermero hay que mencionar el trabajo de Medina y Sandín (1993), que lo describe como *"en enfermería, históricamente hablando, han existido: en primer lugar una serie de fenómenos que adoptaron la forma de 'actividades orientadas al cuidado de otros', procedimientos, métodos más o menos complejos y dependientes del contexto social, cultural e histórico en el que se inscribían, que trataban de desarrollar la tendencia instintiva de la especie humana hacia la protección y ayuda entre sus miembros y que hoy denominamos 'cuidado'"*. Estas prácticas singulares han ido evolucionando hacia lo que hoy se identifica como cuidados enfermeros y en el proceso de evolución se han ido dando las explicaciones teóricas a los fenómenos que intervienen en el proceso del cuidar.

En la actualidad desde la perspectiva epistemológica, los fundamentos de la enfermería están en los modelos de cuidados, como construcciones teóricas que guían el pensamiento enfermero, y el proceso de atención de enfermería, como el método de aplicación de los cuidados (Hernández-Conesa, Moral y Esteban-Albert, 2002), (Sanabria, Otero y Urbina, 2002) y (León, 2006). Sin embargo, como afirman Martínez, Cabrero, y Vizcaya (1999) el uso de los modelos es poco utilizado para fundamentar las investigaciones.

El desarrollo de la teoría y el método ha discurrido de manera independiente y desigual en la disciplina enfermera y más todavía en su aplicación en la práctica. Han llegado a contar con mayor aceptación, entre las enfermeras clínicas, el método que la teoría (Vázquez et ál., 1998), ya que éste viene adoptándose y

aplicándose en la práctica sin un modelo teórico de referencia, lo que representa una clara insuficiencia como ponen de manifiesto Morilla et ál. (2005-06) al considerar necesario para la práctica un modelo como referente conceptual para sistematizar la acción. Zaragoza (1999) concluye, como resultado de un estudio, que el profesorado opina, en su mayoría, que existe una relación entre los modelos y el proceso. Sin embargo, esta opinión no es compartida por el estudiantado que expresa dificultad para integrar los modelos y el proceso.

Existen propuestas que consideran la utilización del proceso de atención de enfermería como garantía suficiente para una buena práctica clínica (Alfaro-Lefevre, 1999), (Murray y Atkinson, 1996) y (García et ál., 2004). Aunque afortunadamente, el considerar la necesidad de contar con un referente conceptual y metodológico como guía para los cuidados enfermeros es un hecho cada vez más generalizado, Teixidor (2002) (1) desarrolla esta idea al fundamentar la profesionalización en la sistematización de los cuidados sustentados en la teoría de Henderson y apoyados, al tiempo que innovados, en el desarrollo de la investigación.

Tanto los modelos de cuidados como proceso de cuidados encuentran su razón de ser en los cuidados de salud de las personas y los grupos, como centro de estudio de la disciplina y de interés de la profesión (Dickoff y James, 1975), (Collière, 1993), (Kérouac et ál., 1996), (Meleis, 1997), y (Marriner y Raile, 2007); sin embargo, han sido hasta ahora objeto de escasa aplicación e investigación en nuestro entorno (Fernández, 1997) y (Echevarria y López, 2004). Diferentes autoras coinciden en que las causas de esta ausencia de investigaciones se deben fundamentalmente a la orientación de la formación y de la práctica de la enfermería (Santo Tomás, 2003) y (Ortego, 2002) (2), pues

como se analizaba anteriormente, hasta hace tres décadas la formación ha estado centrada en el hacer más que en el pensar y en contenidos relacionados con la enfermedad más que en los cuidados de salud de la persona, intentado desarrollarse en lo que Meleis (1997) describe como *"en dominio ajeno"*. La práctica enfermera ha discurrido paralelamente a la formación que, según Ortego (2002) (2), a mediados del siglo XX todavía era considerada como *"auxiliar subalterna del Médico, estando siempre a las órdenes de éste"*. Y dice más cuando afirma, que se considera que: *"La enfermera, por sí sola, no tiene facultades para desarrollar su cometido"*.

Al no considerar a las enfermeras capaces de desarrollar su cometido, difícilmente se las va a considerar capaces de describirlo, explicarlo y profundizar en el mismo. La relación enfermera-mujer (Esteban, 1992), (Crespo, 2002) y (Germán, 2004) y el escaso valor que se ha concedido al cuidado, como necesidades íntimas, y al cuidar (Alberdi, 2000), como actividades innatas de la persona, que se satisfacen de manera autónoma cuando se adquiere un determinado grado de madurez, han dificultado el desarrollo del campo de conocimiento enfermero. Incluso ha llegado a ser sentido por algunos grupos como innecesario.

Los cambios producidos en las últimas décadas están influyendo positivamente en esta realidad. La integración de los estudios en la Universidad y el cambio de los Planes de Estudios de ATS (el Plan de Estudios de 1953 y el modificado de 1955) por el de Diplomado en Enfermería (de 1977 y el posterior de 1994) han supuesto el desarrollo de la formación desde una perspectiva enfermera, en la que el estudio de los cuidados ha adquirido una importancia relevante. Más recientemente, ante el hecho cada vez más evidente de que el pleno desarrollo

académico de la enfermería se convierta en una realidad, el desarrollo disciplinar y profesional están experimentando avances significativos. Alberdi (2000) identifica la formación superior como el instrumento imprescindible para el desarrollo disciplinar, sosteniendo que estos avances dotarán definitivamente a la enfermería de la necesaria orientación cuidadora que luego guiará la práctica en los diferentes ámbitos.

La importancia que adquiere la formación superior para el desarrollo de la enfermería es puesta de manifiesto por diferentes autoras como Blasco (1986) (2). Alberdi (2006) destaca el desarrollo de la investigación en los cuidados como una de las consecuencias más característica entre las que se han de producir con los inminentes cambios en la formación. Arroyo (2007) (1), en un editorial de la revista *Metas de Enfermería* plantea que para formar parte de la sociedad del conocimiento la enfermería deberá desarrollar un nuevo conocimiento, propiciar la cultura de la innovación promoviendo la investigación y educar en valores a los futuros profesionales. La relación entre el desarrollo de la enfermería como disciplina y la investigación es una constante desde las últimas décadas del siglo XX. Arcas (1990), Icart (1991) y Vilagrasa (1991) destacan la importancia que adquieren los modelos teóricos en la investigación, ya que proporcionan el marco teórico para interpretar y dar sentido a los fenómenos de estudio.

Según explica Collière (1993), las enfermeras estamos preocupadas por la revalorización y por la búsqueda de una identidad profesional, y los intentos van dirigidos principalmente a *"desmarcarnos de la influencia médica, adquirir el sello de la formación superior y adoptar la imagen de marca de la investigación"*. Y es que, como indica Esteban (1992), en la evolución de las

disciplinas influye su propia historia y la de otras disciplinas afines, por la delimitación de los campos de estudio. La enfermería viene compartiendo espacios de conocimiento y de práctica con la medicina, que como disciplina y profesión ha venido gozando de un gran prestigio, a veces hasta sobredimensionado, lo que hace difícil el desarrollo a las disciplinas y a las profesiones afines.

En síntesis, podemos decir que al analizar la enfermería como disciplina encontramos que está bien determinado, desde una perspectiva teórica, el ámbito disciplinar, entendido como la forma particular de describir y relacionar el cuidado, la persona, la salud y el entorno. Aunque también hay que resaltar, como se ha apuntado anteriormente, que es necesario que la enfermería se consolide como disciplina. En este avance van a ser fundamentales los cambios que se van a experimentar en la formación y la fundamentación de su práctica. En cuanto a los cuerpos doctrinales y metodológicos de la enfermería, que según Esteban (1992) determinan a una disciplina, la enfermería cuenta con diversos modelos de cuidados como estructuras conceptuales y con el proceso de atención de enfermería como estructura metodológica.

Los modelos de cuidados

Coincidimos con propuestas como la de Fawcett (1995) y la de Lacida (2002) cuando plantean que el pensamiento es necesario para la acción, lo que lleva a considerar que la práctica enfermera requiere de un modelo de cuidados como referente y con el pensamiento de Riehl-Sisca (1992), sobre que la principal

ventaja, de la utilización de un modelo de cuidados en la práctica, está en que orienta el análisis y la evolución del proceso de cuidar desde una perspectiva fundamentada.

El nivel de desarrollo de la ciencia enfermera encuentra su expresión en los modelos de cuidados, pero no cuenta con una teoría general que goce de una aceptación generalizada (Hernández-Conesa, Moral y Esteban-Albert, 2002). Esta afirmación podría ser interpretada, desde la perspectiva de Kuhn (1971), como consecuencia de hallarse en un estado de pre-ciencia, idea que se refuerza al observar que la elaboración de los modelos existentes es el resultado de trabajos individuales[55]. La mayoría de los modelos enfermeros actuales, como estructuras teóricas, son el resultado del trabajo de enfermeras del ámbito anglosajón fundamentalmente, y responden al fenómeno que se produjo a mediados de los años cincuenta del siglo XX, cuando el Teachers College, de la Universidad de Columbia, de la ciudad de Nueva York, comenzó a ofrecer programas doctorales y de expertos sobre educación y administración en enfermería, lo que desembocó en la participación de las estudiantes de estos programas en el desarrollo y la comprobación de las teorías. Dzurec (1989) y Miller y Dzurec (1993) siguen la línea de Kuhn (1971) y, apuestan por una evolución sustentada en la adopción de un paradigma común que sirva como referente básico para validar las construcciones teóricas actuales y el desarrollo de futuras propuestas.

El primer modelo de cuidados publicado fue el de Hildegarden Peplau (1990) en el año 1952 con el título de *Interpersonal Relations in* Nursing. Desde esta fecha

[55] La comunidad científica acepta actualmente 40 estructuras teóricas como modelos de cuidados. De estos modelos, 36 han sido desarrollados por una sola teórica y los cinco restantes por equipos de dos o tres teorizadores. En esta realidad se echa en falta el trabajo de equipos investigadores.

y a medida que se fueron consolidando los programas de doctorado y máster en enfermería en los Estados Unidos, se fue normalizando el desarrollo del pensamiento enfermero, como se pone de manifiesto en la obra de Marriner y Raile (2007) con el análisis de 40 modelos teóricos y en la de Mckenna (1997) con el análisis del desarrollo de las teorías. Mientras tanto en otras realidades, como es el caso de las enfermeras en España, la falta de reconocimiento de la capacidad investigadora, al no tener acceso al doctorado, mantiene a la enfermería en una situación de inmovilismo y de ausencia de innovaciones teóricas.

En los modelos teóricos se describen científicamente los fenómenos y hechos que conforman la práctica enfermera, utilizando el método científico y aplicando los distintos tipos de razonamiento influenciados por los supuestos y paradigmas que se adoptan como referentes. De los modelos reconocidos, hay propuestas que ofrecen una visión general de la enfermería tratando de dar explicaciones a todos los fenómenos, como por ejemplo la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem (1993) o el Modelo de los seres humanos unitarios de Martha E. Rogers (Gunther, 2007). Otras estructuras teóricas desarrollan explicaciones para explicar e intervenir en situaciones concretas, como es la Teoría de la depresión postparto de Cheryl Tatano Beck (Maeve, 2007). También encontramos modelos que proponen explicaciones transversales que desarrollan en profundidad aspectos específicos de los cuidados enfermeros, como es la Teoría del confort de Katharine Kolcaba (Dowd, 2007).

A lo largo del tiempo diferentes autoras han ofrecido distintas propuestas sobre los elementos fundamentales que debe reunir una estructura teórica para ser considerada un modelo conceptual. La desarrollada por Adam (1982) fue un

referente muy tenido en cuenta durante las décadas de años setenta y ochenta, del pasado siglo. Esta autora consideraba que eran fundamentales cinco elementos: 1) el objetivo de la profesión, 2) el blanco de la acción (el beneficiario), 3) el papel de la profesión, 4) las intervenciones profesionales y 5) las consecuencias de los resultados.

Actualmente existe un consenso (Kérouac et ál., 1996, Marriner y Raile, 2007 y Wesley, 1997) sobre los fenómenos mínimos que debe contener un modelo de cuidados y la descripción de lo que se entiende por cuidado, persona, salud y entorno, que es lo que describen Fawcett (1995) y Kérouac et ál. (1996) como los elementos paradigmáticos de la enfermería.

Hernández-Conesa (1996), en su tesis doctoral *La construcción de la enfermería como disciplina científica: Una aproximación desde su historia y sus fundamentos teóricos*, considera que los modelos de cuidados se desarrollan en un nivel descriptivo y plantea que las teorías descriptivas *"de relación de situaciones"* anteceden y conforman las bases para poder desarrollar teorías prescriptivas, que ofrecen las explicaciones más allá de lo meramente explicativo o analítico, posibilitando *"el control de las situaciones"*.

Como estructuras teóricas que son, en los modelos de cuidados se encuentran las explicaciones teóricas que proporcionan la mirada enfermera para realizar y perfeccionar la práctica de los cuidados enfermeros mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos que tienen lugar en cada acción terapéutica de los cuidados de salud. Su contribución es especial tanto para la propia profesión y otras afines, como para la población como cliente real

o potencial de la atención enfermera. En esta línea Poletti (1980)[56], concreta que un modelo de cuidados sirve para:

- Circunscribir la identidad enfermera en la comunidad.
- Identificar y clarificar la relación de la enfermera con otros profesionales.
- Mostrar aquello que es esencial en la actuación de la enfermera.
- Representar teóricamente las intervenciones enfermeras.
- Desarrollar guías para la docencia, la clínica, la gestión y la investigación.

Medina y Sandín (1994) afirman que la teoría debe orientar la práctica y dicen que *"la teoría del cuidado guía la práctica al predecir lo que ocurrirá modificando aspectos de la realidad de la asistencia o, en otras palabras, la teoría proporciona los fundamentos que permiten tomar decisiones racionales acerca del cuidado"*. Nos parece que la primera parte de esta afirmación es más un deseo que una realidad, aunque coincidimos más con las afirmaciones de Hernández-Conesa (1996), cuando argumenta que hoy por hoy los modelos de cuidados representan desarrollos teóricos descriptivos.

Desde el ámbito de la clínica las enfermeras valoran muy positivamente la importancia de los modelos de cuidados en el sentido de dotar de un cuerpo de conocimientos común a la práctica compartida. El compartir una misma idea respecto a la persona cuidada, sus problemas y efectos de su entorno es fundamental para poder ofrecer unos cuidados de calidad, cuando en un mismo proceso, incluso en un mismo día, participan en la atención distintas enfermeras. Un equipo de enfermeras que ejercen en una unidad de hemodiálisis (López-Parra et ál., 2006) reflexionan acerca del uso y utilidad de los modelos en la

[56] Los trabajos de esta autora suiza representaron en las décadas de los años 1970 y 1980 una importante referencia para las enfermeras españolas. Su participación en congresos y foros fue, en esta época, muy habitual.

práctica asistencial y se lamentan de que *"la profesión no haya cambiado de acuerdo con la evolución de la disciplina"*, y señalan a la reciente inclusión de los contenidos relacionados con los modelos en el currículum como una de las causas que puede explicar que las enfermeras no apliquen los modelos en la práctica clínica. García et ál. (1998) se plantean al aplicar el modelo de Orem, con enfermos en tratamiento con hemodiálisis, el que participen de una manera más activa en su proceso.

Otra perspectiva la ofrecen propuestas como la de Brito (2007) que apuestan por una unificación del lenguaje desde la utilización de las taxonomías, de diagnósticos, resultados e intervenciones, argumentando que al unificar las acciones se unifica el lenguaje y como consecuencia la mirada. Y es que, como venimos expresando, entre las enfermeras son evidentes dos corrientes de pensamiento. La primera que se podría describir como "rigurosa" propone la adopción de un modelo teórico como referencia para la práctica y la utilización del proceso de cuidados, incluyendo las diferentes taxonomías, como métodos que facilitan y ordenan las acciones inspiradas en el modelo de referencia (Luis, Fernández y Navarro, 2005 y Francisco, Gómez y Hernández, 2001). La segunda corriente se podría describir como "operativa" y defiende como suficiente para la práctica la adopción del proceso y más concretamente de las diferentes clasificaciones de problemas, resultados e intervenciones. (Brito, 20007).

Marriner y Raile (2007) han llevado a cabo un exhaustivo análisis de los modelos de cuidados y han seleccionado entre los existentes los que consideran que presentan un nivel de desarrollo aceptable. Estas autoras valoran las estructuras teóricas en función de las hipótesis verificadas, las proposiciones en las que se fundamentan, los conceptos expresados en el modelo y la relación que

se establece entre ellos, la lógica con la que están construidas, el nivel de generalización, su consistencia con otras teorías y la validez de las leyes y principios establecidos.

Como se apuntaba anteriormente, en nuestro entorno es muy escasa la construcción de modelos de cuidados[57]. En España, Manuel Calvache (1989) construyó un modelo que él definió como *"Enfermería Sistémica"*. Este autor es enfermero y psicólogo, por lo que, como ocurre con las construcciones sajonas que han sido fundamentadas en teorías provenientes de otras disciplinas[58], en el modelo de Calvache es la psicología la que impregna su teoría. Además de escasos, los modelos desarrollados en nuestro medio, son muy poco estudiados y difundidos, resultando mucho más conocidos, incluso familiares, los elaborados por enfermeras norteamericanas a pesar de partir de trabajos empíricos de contextos geográficos, culturales, sociales y profesionales muy diferentes.

La práctica inexistencia de construcciones teóricas en nuestro medio puede entenderse por las limitaciones que hemos tenido las enfermeras españolas para el desarrollo de nuestra disciplina, y la dificultad para adoptar y seguir un modelo teórico en la práctica puede explicarse por las diferencias culturales entre la realidad en la que se han sido construidos y la de su aplicación cuando se pretende importar un modelo. Como alternativa surgen propuestas como la de Pino, et ál. (1995), que toman elementos de diferentes modelos, los interpretan y

[57] A pesar de la carencia que existe en nuestro medio de estructuras teóricas propias aceptadas como modelos e incluidas en las clasificaciones existentes, existes teorizadoras con una extensa producción científica y mantenida a lo largo de las últimas décadas y en una línea de reflexión que son sólidos referentes para las enfermeras españolas y de Iberoamérica, como se puede observar en las publicaciones de uno y otro ámbito.

[58] Referencias significativas son las teorías de las Necesidades Humanas de Maslow (1983), la teoría General de los Sistemas de Bertalanffy (1991), teorías psicológicas, de aprendizaje social, etc.

adaptan a la realidad de la enfermería comunicaría. En la misma línea desarrollan Frías y Palomino (1996) su propuesta, comentada anteriormente.

La situación actual con la desaparición del actual techo académico, que ha estado presente como una reivindicación desde la integración de los estudios en la universidad, hace pensar que el interés por desarrollar de teorías y modelos en nuestro medio tiene que tender a aumentar (Mompart y Alberdi 1981). El acceso a los postgrados y másteres universitarios va a propiciar el desarrollo de la capacidad investigadora de las enfermeras, tanto desde el estudio para contestar las preguntas que plantean los problemas de la práctica y la aplicación de los resultados en la clínica, como desde el propio interés por el desarrollo disciplinar. Es de esperar que estos estudios lleguen a proporcionar la formación suficiente que proporcione el estímulo para el desarrollo de teorías empíricas que finalmente puedan ser aplicadas para explicar y predecir la práctica.

Hasta que se cuente con estructuras teóricas desarrolladas en nuestra realidad que facilite su aplicación en la práctica, es necesario el esfuerzo por aplicar alguno de los numerosos modelos existentes, a pesar de las dificultades y que han sido analizadas anteriormente (Medina y Sandín (1994) y Hernández-Conesa (1996).

En el cuadro que aparece a continuación[59] se ofrece un esquema de los modelos, más conocidos en nuestra realidad, especificando su núcleo epistemológico así como la teoría más influyente en su desarrollo:

[59] Este cuadro se adapta desde la propuesta desarrollada por Marriner y Raile (2007).

Año	Teórica	Teoría-Modelo	Influencia
1860	F. Nightingale	Teoría del entorno	Epidemiología
1952	H E. Peplau	Teoría de las relaciones interpersonales	Psiquiatría
1955	V. Henderson	Definición de enfermería	Psicología
1960	F. Abdellah	Teoría de tipología de los problemas de enfermería	Gestión
1961	I. Orlando	Teoría del proceso de enfermería	Enfermería
1962	GG. Eakes ML. Burke M. Hainsworth	Teoría del modelo disfuncional	Psicología
1962	L. Hall	Modelo de esencia, cuidado y curación	
1964	E. Wiedenbach	Teoría del arte de la enfermería clínica	Filosofía
1966	ME. Levine	Modelo de la conservación	T. Sistemas
1969	D. Johnson	Modelo del sistema conductual	Psicología
1970	M. Rogers	Modelo de los seres humanos unitarios	Antropología
1971	D. Orem	Teoría del déficit de autocuidado	Enfermería
1971	J. Travelbee	Modelo de relaciones entre seres humanos	Psicología
1971	I. King	Marco de sistemas y teoría de la consecución de objetivos	T. Sistemas
1972	B. Neuman	Modelo de sistemas	T. Sistemas
1975	NJ. Pender	Modelo de promoción de la salud	Psicología
1976	N. Roper WW. Logan AJ. Tierney (1993)	Un modelo de la enfermería basado en un modelo de vida	Medicina
1976	C. Roy	Modelo de adaptación	Psicología
1978	KE. Barnard	Modelo de interacción para la evaluación de la salud infantil	Psicología
1978	M. Leininger	Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales	Antropología
1979	J. Watson	Filosofía y ciencia del cuidado	Filosofía
1980	E. Adam	Modelo conceptual de la enfermería	Psicología
1981	CT. Beck	Teoría de la depresión posparto	Psicología
1981	MA. Ray	Teoría de la atención burocrática	Antropología
1981	RR. Parse	La evolución humana	Filosofía
1982	K. Eriksson	Teoría del cuidado caritativo	Filosofía
1983	H. Erickson, E. Tomlin MA. Swain	Los modelos y modelados de roles	Psicología
1984	K. Martinsen	Filosofía de la asistencia	Filosofía
1984	P. Benner	De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica	Enfermería
1985	R. Mercer	Aceptación del rol maternal-convertirse en madre	T. Sistemas
1986	M. Newman	Teoría de la salud como expansión de la conciencia	Antropología
1990	CL. Wiener MJ. Dodd	Teoría de la trayectoria de la enfermedad	Sociología
1991	PG. Reed	Teoría de la autotrascendencia	Psiquiatría
1991	GL. Husted JH. Husted	Teoría bioética sinfonológica	Ética
1992	K. Kolcaba	La teoría del confort	Gerontología
1995	A. Boykin SO. Schoenhofer	La enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica	Enfermería
1999	MH. Mishel	Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad	Psiquiatría
2000	CM. Ruland SM. More	Teoría del final tranquilo de la vida	T. Sistemas
2000	KM. Swanson	Teoría de los cuidados	Enfermería
2000	P. Barker	El modelo de la marea en la recuperación mental	Filosofía

Cuadro 7. Estructuras teóricas aceptadas como modelos de cuidados.

A pesar del desarrollo de los modelos de cuidados, de su estudio y aplicación durante el periodo de aprendizaje de la enfermería y como contenidos significativos de la formación permanente de los profesionales (López, 2004) y (Zabalegui et ál., 2005), actualmente la actividad profesional de la enfermera es fundamentalmente instrumental, está orientada a la solución de los problemas de la clínica desde una perspectiva más técnica que conceptual y centrada más en las demandas de la población que en la oferta de servicios nuevos. Así, se vienen aplicando principios generales a situaciones particulares en forma de protocolos de actuación que se utilizan ante una misma categoría de problemas. En esta manera de actuar, la principal función de la enfermera es aplicar las reglas generales a situaciones específicas, mientras que los modelos de cuidados que permitirían analizar las situaciones con una perspectiva general para individualizar cada situación concreta por la singularidad que hace única a cada persona y su caso, frecuentemente se quedan casi exclusivamente en un discurso teórico.

La metodología enfermera

En el proceso de construcción disciplinar se comienza a plantear, a mediados del siglo XX, la necesidad de contar con un instrumento metodológico para la resolución de los problemas enfermeros, al tiempo que facilitase dejar constancia del proceso desarrollado, los datos considerados, los objetivos planteados y la evolución experimentada por la persona.

Las primeras enfermeras que desarrollaron el proceso de atención de enfermería

fueron Hall, Johnson, Orlando y Wiedenbach. Yura y Walsh (1982) realizaron la primera publicación en la describían el proceso de atención de enfermería en cuatro fases: 1) valoración, 2) planificación, 3) ejecución y 4) evaluación. Fue en de los años sesenta cuando Bloch y Roy propusieron la estructura actual del proceso en cinco fases: 1) valoración, 2) diagnóstico, 3) planificación, 4) ejecución y 5) evaluación. Es Fry quien fundamenta la importancia del diagnóstico como etapa del proceso. Desde esta propuesta el proceso de enfermería *"ha sido legitimado como sistema de la práctica de la enfermería"* (Iyer, Taptich y Bernocchi-Losey, 1997).

En España el estudio del Proceso de Atención de Enfermería se incorpora como un contenido sustancial en los planes de estudio de la diplomatura y en la práctica clínica como herramienta para organizar la acción enfermera y con el fin de proporcionar a los clientes una atención individualizada e integral. A pesar de la importancia que se le da en la formación, se considera que todavía hay dificultades para su adopción debido a las diferentes interpretaciones que, según García-Carpintero y Piñón (1994), se dan al proceso. Mena y Romero (2001) atribuyen las dificultades a la falta de conocimientos, ya que es identificada como la causa por un 46% de la población que estudian. Aunque, desde otras miradas, se apunta a que puede ser debido a que la cultura de las organizaciones no facilita el desarrollo de la enfermería (Ruiz, 1999).

Yura y Walsh (1982) conceptualizan el proceso de atención de enfermería como *"serie de acciones, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y, si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo a la situación de bienestar. En caso de que este bienestar no se*

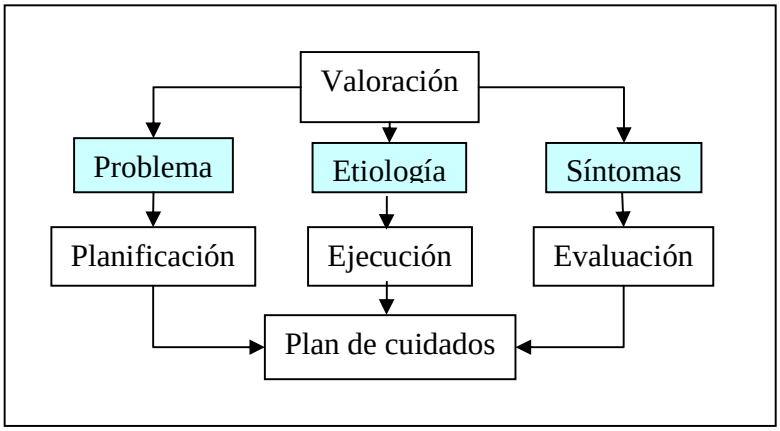
pueda conseguir, deberá contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible".

En la actualidad el proceso de atención de enfermería como método enfermero está universalizado en la práctica enfermera, y así las referencias a este instrumento aparecen con el nombre tradicional "proceso de atención de enfermería", aunque también son habituales las referencias como: "juicio diagnóstico y juicio y acción terapéutica", "proceso de cuidados", "proceso de cuidar" o "proceso de enfermería". En esta tesis se utilizan indistintamente los distintos nombres mencionados. La importancia concedida al proceso de cuidados para la práctica enfermera se pone de manifiesto, generalmente, desde la perspectiva profesional, aunque hay autores como Abascal y Acosta (2001) que lo llegan a considerar una responsabilidad moral e ideológica. Rumbo et ál. (1999) consideran imprescindible dotar al proceso de atención de enfermería con contenidos basados en la evidencia científica.

Dentro del proceso la etapa de diagnóstico cobra significado como juicio clínico, en el sentido desarrollado por Lefebre y Dupuis (1995), resultado de la valoración y se convierte en el referente imprescindible para la planificación de los cuidados (Phaneuf (1999) y la totalidad del plan de cuidados (Domingo et ál., 2005, y Carpenito, 2002). El papel del diagnóstico como etapa fundamental del proceso adquiere su verdadero dignificado con el enunciado propuesto por Gordon (1996): *"problema, relacionado con su etiología y manifestado por los signos y síntomas identificados"*. El diagnóstico estructurado de esta manera se convierte en el punto central del proceso de cuidados como referente del plan, ya que proporciona los elementos para determinar los objetivos a conseguir, las

acciones a realizar y los elementos de referencia para evaluar los progresos de la persona atendida.

La interpretación que se hace de esta propuesta puede observarse en el cuadro siguiente:



Cuadro 8. El enunciado diagnóstico en el proceso de cuidados.

Clasificaciones de diagnósticos, resultados e intervenciones

Con el fin de llenar de contenido el método enfermero, se han desarrollando clasificaciones relacionadas con las diferentes etapas del proceso de cuidados tendentes a unificar el lenguaje enfermero, supliendo, de esta manera, lo que debería encontrar explicaciones y respuestas en los enunciados teóricos de los modelos.

Así surge la clasificación desarrollada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2005), para nombrar las situaciones que requieren

intervenciones enfermeras en forma de diagnósticos enfermeros, propiciada por Gebbie y Lavin (1975), que en el año 1973 propiciaron la celebración de la "Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros" en la Universidad de San Louis (Estados Unidos). Otras propuestas como la de Campbell (1987), los sistemas de clasificación diagnóstica de Saba (1990) y Omaha (Gordon, 1996) no han contado con los apoyos necesarios para llegar a tener la difusión que sí ha tenido la de la NANDA. El diagnóstico enfermero, en España empieza a cobrar significado en las publicaciones a partir del año 1997 (Barquero et ál., 1998).

Dentro del interés de dotar de un lenguaje unificado, a las diferentes partes del proceso de cuidados, se desarrolla la Nursing Outcomes Classification (NOC) (Morread, Jonson y Maas, 2004), para unificar los enunciados de los resultados que se pretende que llegue a alcanzar el beneficiario de cada plan de cuidados y la clasificación de la Nursing Interventions Classification (NIC) (McCloskey y Bulechek, 2005), que ofrece un listado de intervenciones como guía para determinar y llevar a cabo las actividades para ejecutar el plan (McCourt, 1991). Actualmente se trabaja en proyectos que integran las diferentes clasificaciones (NANDA, NOC y NIC) (Johnson et ál., 2007). Diferentes experiencias vienen a demostrar la oportunidad de la utilización conjunta de las tres clasificaciones (Fuentes et ál., 2007 y Tirado y Burgos, 2008).

Pesut y Herman (1999) formulan una propuesta que describen como el metamodelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA) y que supone una evolución del proceso de atención de enfermería tradicional con el eje en los problemas que requieren intervención enfermera, a un enfoque en el que se sitúan como centro del proceso los resultados que se pretenden conseguir ya que,

según estos autores, son precisamente los resultados los que facilitan las redes de razonamiento crítico que permiten su utilización con diferentes modelos de cuidados como referentes.

El desarrollo de los diagnósticos se encuentra, internacionalmente en una etapa muy productiva y España no escapa a esta realidad. Se están desarrollando proyectos para su informatización, y facilitar así su uso, ya que según Torralbas et ál. (1997), la complejidad de los procesos hace necesario facilitar el uso informático de los diagnósticos. Entre las propuestas más extendidas están el programa "Gacela" que se ha desarrollado pensando fundamentalmente en la enfermería que ejerce en el medio hospitalario. La aplicación informática "Oficina Médica Informatizada-Atención Primaria" (OMI-AP) que cuenta con diversas versiones para atención primaria y el proyecto "Diraya" que es un programa multidisciplinar desarrollado para la atención primaría en Andalucía.

En cuanto a la clasificación de la NANDA, también han surgido iniciativas en España que trabajan por acercar esta clasificación a la realidad de las enfermeras, en diferentes niveles. Las propuestas más relevantes han consistido en:

- La traducción de las publicaciones editadas por la NANDA (Luis, 1996 y Ugalde y Rigor, 1995).
- La adaptación de la propuesta a nuestro contexto a nivel general (Cuesta, Benavent y Guirau, 1994, Benavent, Camaño y Cuesta, 1999 y Luis, 2006,), con desarrollos de la misma, con el fin de facilitar su utilización y completando los diagnósticos con las acciones correspondientes.
- La propuesta de investigaciones relacionadas con los diagnósticos (Pino y Ugalde, 1999).

- El desarrollo de propuestas para ámbitos concretos, como la de la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (2003) (FUDEN), las de Germán, et ál. (1996), Campo, et ál. (2003-2004) y Contreras et ál. (2000), que desarrollan guías específicas de aplicación en atención primaria. Otras propuestas se desarrollan para grupos específicos, como es la de Alonso et ál. (2008), para personas con problemas de salud mental.
- La creación grupos de estudio y debate, como la Asociación Española de Nomenclatura Taxonómica y Diagnóstica de Enfermería (AENTDE), el Grupo de Referencia para los Diagnósticos Enfermeros (GREDE), ambos integrados en la NANDA, y el grupo que viene trabajando sobre la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) (Redacción Evidentia, 2007).
- La participación en los procesos de validación, que tiene abierto la NANDA, como es el caso de Adolf Guirao que ha validado la etiqueta de sedentarismo.
- La difusión del pensamiento y la información que elabora la NANDA. (Giménez, 1998 y 2000).
- El análisis de su utilización (Bregel et ál., 1999 y González, Medina y Avelés, 2004).
- La difusión de resultados de su utilización informatizada que demuestran su bondad (Fuentes et ál., 2007), (Marco et ál., 2007).

Como se viene poniendo de manifiesto, está más generalizada la corriente que apuesta por anteponer el método a la teoría, (Alfaro-Lefevre, 1999, Murria y Atkinson, 1996, Griffith y Christensen, 1986 y Carpenito, 2002) incluso por considerar innecesario un marco teórico para la práctica. Pues bien, podemos decir que hay dos hechos que pueden ayudar a entender la importancia que adquieren en la práctica enfermera los métodos enfermeros por delante de los

modelos de cuidados. Por una parte, está la dificultad para determinar cuál de las diversas teorías científicas sobre el cuidado, es la más idónea para fundamentar la práctica científica, pues como afirman Hernández-Conesa, Moral y Esteban-Albert (2002) no existe una única y reconocida teoría científica que pueda explicar el universo de significados que adquieren sentido en las diversas situaciones de los procesos de cuidados. Por otra parte, está la importancia que se ha concedido, históricamente a las habilidades como competencias imprescindibles y casi únicas para los cuidados enfermeros, por la consideración de que han sido objeto las enfermeras como técnicas expertas y competentes. Estas y otras razones, son la causa de que se haya desarrollado una idea entre las enfermeras sobre la práctica de la profesión en la que tienen una importancia singular las estructuras metodológicas (NANDA, 2005), (NOC, 2004), (NIC, 2005) y (NANDA, NOC, NIC, 2002) carentes de un marco teórico de referencia, utilizando estas estructuras como protocolos de procedimientos para intervenir en diferentes momentos del proceso de cuidados, pero exentas de explicaciones teóricas del por qué y el para qué de las acciones.

Esta tendencia se plasma en guías para el diseño del plan de cuidados a partir del diagnóstico y en planes de cuidados estandarizados. Un ejemplo de la primera opción es el trabajo de Ackley y Ladwig, (2007) y entre la estandarización de planes está la propuesta desarrollada por Charrier y Ritter (2005) que ofrecen guías de actuación para aplicar en la práctica clínica en función del problema que presenta la persona que requiere de cuidados enfermeros o de la organización de diferentes unidades de atención, con el fin de unificar criterios y cuantificar los recursos necesarios o empleados en el proceso.

La utilización de las estructuras metodologías estandarizadas, en las que se toma

como punto de partida el problema patológico son frecuentes (Contreras et ál., 2000). Aparecen así propuestas como por ejemplo: “Diagnósticos más frecuentes en pacientes con Diabetes Melitus Tipo 2”, estos planteamientos dibujan un panorama en el que la persona es considerada como entidad patológica, con la consiguiente pérdida de su singularidad. Nuestra experiencia nos dice que dos personas con el mismo problema de salud presentan problemas de cuidados muy diversos y diferentes, mientras que dos personas con problemas de salud muy diferentes pueden manifestar los mismos problemas de cuidados.

Desde una mirada enfermera rigurosa, resulta igualmente insuficiente estandarizar los cuidados desde el proceso patológico que hacerlo tomando como referencia la edad, el sexo, el lugar de residencia de la persona, su actitud ante la enfermedad, los recursos con que cuenta para enfrentar su situación, etc., ya que todos estos fenómenos son factores que influyen en su salud y sus respuestas ante su situación. Es lo que Orem (1993 y 2001) describe como factores básicos condicionantes, Henderson (1979) como factores permanentes y variables y Roy como modelos de adaptación, (Phillips, 2007), o como apuntan Rohrbach-Viadas (1998) y Corrales, Fernández y Grijalvo (2003), sobre la base de las propuestas de Leininger, con una etnográfica, desde el propio punto de vista de la persona.

En el interés por acercar la teoría a la práctica, también surgen desde el área europea diversas propuestas. Entre las más actuales está la de las “transmisiones diana” desarrollada por Dancausse y Chaumat (2004) que trata de hacer visible el rol propio de la enfermera a través de un método de datos, resultados y acciones, sin referencias teóricas, para organizar el plan de cuidados y facilitar la visión sobre la situación de la persona y los cuidados que requiere. En este sistema se define como *“diana”* el problema que presenta la persona y como

"transiciones" las intervenciones y cuidados enfermeros. Entre las propuestas que tratan de relacionar las estructuras metodológicas y conceptuales también es de destacar la de Luis, Fernández y Navarro (2005), contextualizada y desarrollada en nuestro entorno. Estas autoras toman como referencia, para valorar las necesidades y problemas de cuidados de la persona, los postulados teóricos de Virginia Henderson, en este mismo sentido, Arboledas y Melero (2004). Madina (2001), lo hace tomando como referencia conceptual el modelo de Callista Roy.

Teorías y métodos

Analizar la práctica enfermera con una perspectiva disciplinar permite observar la singularidad de la actividad enfermera como compleja, porque ésta se produce en situaciones difíciles, variables y ante todo singulares, ya que cada persona es única y es particular la manera de vivir y abordar sus problemas de cuidados de salud. La singularidad de cada acción de cuidados hace difícil su sistematización y que resulten insuficientes las meras propuestas metodológicas. Guillaumet et ál. (2005) formulan lo difícil que puede resultar trabajar sin un modelo de cuidados que guíe la práctica.

Desde las propias clasificaciones se viene observando esta dificultad y se han comenzado a desarrollar propuestas tendentes a dotar de un marco teórico las diferentes clasificaciones, como es la propuesta de NANDA II (NANDA, 2005) que trata de desarrollar un marco explicativo para todos los elementos que contiene la clasificación. Así pasa de una estructura basada en los patrones de respuesta humana, descritos por Gordon (1996), a una organización en la que

partiendo de una concepción de la persona, agrupa las conceptualizaciones relativas a ésta en lo que denomina los dominios y las clases, y sitúa estos elementos como el nivel más abstracto para agrupar los diagnósticos.

Para Adam (1982), *"el proceso de enfermería ofrece un medio por el cual la abstracción puede enlazarse con la realidad"*. Un modelo profesional basado en un modelo de cuidados, que significa la abstracción a la que se refiere Adam (1982) y guiado por una estructura metodológica, el proceso de enfermería, orienta una práctica profesional fundamentada y responsable (Aggleton y Chalmers, 1986). Además desarrolla el interés por profundizar en el campo de conocimiento enfermero a través de la investigación y facilita aplicar el nuevo conocimiento en todos los campos de la práctica, la clínica, la docencia y la gestión y, conjuntamente, lleva al planteamiento de nuevas preguntas que orientarán nuevas investigaciones. Y lo que es más importante, la aplicación de un modelo teórico en la práctica garantiza que ésta se lleve a cabo con una perspectiva disciplinar y que los cuidados ofrecidos sean seguros y de calidad para las personas atendidas.

En este afán por contar con una estructura conceptual para la clasificación surge la propuesta de autoras como Luis, Fernández y Navarro (2005) que han desarrollado un planteamiento en el que sitúan el modelo de Virginia Henderson como referente teórico para guiar la práctica enfermera con los diagnósticos de NANDA, en su trabajo desarrollan un primera parte con los contenidos conceptuales y metodológicos, en los que apoyan su propuesta, y una segunda parte en la que la aplican en casos clínicos. Según el estudio de de Irigibel-Uriz (2007) esta experiencia no parece aportar claridad para una práctica disciplinar *"los resultados ofrecen una lucha paradigmática en la que la ideología que*

impregna a las autoras dificulta una concepción innovadora de los metaparadigmas de enfermería". La razón bien puede estar en la dificultad de relacionar estructuras teóricas y metodológicas construidas desde supuestos muy diferentes. Francisco, Gómez y Hernández (2001) y Gómez, Francisco y Sanz (2004) desarrollan una propuesta, desde lo que se describía anteriormente como propuesta "rigurosa", con la que llevan a cabo un planteamiento sistemático de la práctica clínica desde la perspectiva del modelo de Dorotea Orem como referente teórico para explicar, nombrar, intervenir y evaluar a lo largo de todo el proceso las necesidades de cuidados y las intervenciones enfermeras a lo lago de todo el proceso de cuidados. A diferencia de la propuesta de Luis, Fernández y Navarro (2005), ésta se circunscribe exclusivamente a los contenidos expresados en el modelo del déficit de autocuidado, ya que en esta construcción teórica se encuentra todas las explicaciones para nombrar, analizar, intervenir y predecir las acciones de la práctica.

La utilización de metodologías sistemáticas sin un modelo de cuidados como marco teórico, lleva a que los cuidados enfermeros se basen en la experiencia y se conviertan en un conjunto de acciones exentas de fundamento teórico, en las que, como apunta Schön (1998) las actividades de pensamiento y acción trascurren de manera conjunta ya que las acciones estén carentes de un proceso reflexivo previo, lo que hace que no sean precisamente profesionales.

Con el marco de referencia descrito se pasa a continuación a desarrollar la investigación que se ha llevado a cabo.

– En primer lugar se describe el proceso seguido para determinar las conceptualizaciones que caracterizan los fenómenos paradigmáticos, realizado con un grupo de discusión compuesto por expertas y utilizando la

metodología de análisis de contenidos.

- Posteriormente se explica el sistema utilizado para validar nominalmente las conceptualizaciones asignadas a cada fenómeno, en el paso anterior. La validación se ha llevado a cabo por un grupo de expertos, considerado representativo de los diferentes ámbitos profesionales de la enfermería.
- El tercer paso de la investigación ha consistido en la elaboración del cuestionario semiestructurado que se explica.
- El cuestionario fue pilotado con un grupo de enfermeras y enfermeros ajenos a la población de estudio. Posteriormente se realizó el estudio procurando una muestra de enfermeras y enfermeros representativa de los diferentes campos profesionales.
- Finalmente se ofrecen los resultados del estudio, así como la interpretación y conclusiones de los hallazgos.

Capitulo II. Marco Metodológico

Desde la aparición de la vida visible en la Tierra debieron transcurrir trescientos ochenta millones de años para que una mariposa aprendiera a volar, otros ciento ochenta millones de años para fabricar una rosa sin otro compromiso que el de ser hermosa y cuatro eras geológicas para que los seres humanos fueran capaces de cantar mejor que los pájaros y morirse de amor.

Gabriel García Marquez.

Citado en el prólogo por Elena Poniatowka.

Cooperación Andina de Fomento y Cooperación Latinoamericana Misión Rural. (2002).

Diseño de la investigación

Determinación de las concepciones que fundamentan la práctica enfermera

Diseño de la investigación

El propósito de este estudio es identificar las concepciones teóricas que están presentes y que fundamentan la práctica enfermera, así como describir y documentar los fenómenos que influyen en las enfermeras para la aplicación del conocimiento disciplinar en la práctica clínica. Para ello se ha considerado apropiado, a la luz de lo que plantean diversos autores (Festinger y Katz, 1979, Polit y Hungler, 1997 y García, Ibáñez y Alvira, 1996), abordar la investigación con un diseño descriptivo transversal. Se trata de una investigación participativa, ya que los resultados tendrán consecuencias positivas sobre los propios participantes, puesto que facilita la reflexión sobre la práctica profesional y sobre la enfermería en general, al ofrecer un análisis sobre el pensamiento que rige el ejercicio de la profesión actualmente.

El conocimiento explícito es relativamente fácil de valorar. La didáctica ha ido mejorando las técnicas y los procedimientos para afinar su evaluación, mientras que el implícito o tácito resulta más difícil, a pesar de ser precisamente éste el que impregna las acciones. Para Farrerons y Sánchez (2006),*"las enfermeras saben más de su profesión de lo que acredita su conocimiento explícito, es decir, de su formación académica"*. Esta afirmación hace pensar que el conocimiento táctico se va adquiriendo con la experiencia y como afirma Alberdi (1986) es necesario visibilizarlo. Las autoras referenciadas dicen que *"el conocimiento enfermero será valioso en la medida en que demuestre su existencia y su validez para el cuidado de la salud de aquellos a quien van dirigidos los servicios"*, y

será más valioso todavía cuando permita predecir los resultados de sus acciones de cuidados.

Este trabajo se inicia con la búsqueda y el estudio de la documentación existente sobre la epistemología enfermera y la situación actual de la práctica de la enfermería. Para conocer el estado de la cuestión se han utilizado los buscadores MEDLINE (US NLM), CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health), CUIDEN (Fundación Index), CUIDATGE (Universidad de Valencia), BDIE (Instituto de Salud Carlos III) y TESEO (Bases de Datos de Tesis Doctorales). Fundamentalmente se han utilizado fuentes españolas justificadas por el objeto de estudio planteado.

La población de estudio son las enfermeras y los enfermeros (como sujetos y agentes del mismo) que ejercen en hospitales y centros de salud de la Comunidad de Madrid.

El objeto de este estudio está relacionado con la competencia profesional. Ésta es una realidad compleja por referirse a aspectos personales difíciles de objetivar y cuantificar (Pulpón et ál., 1999), por lo que ha resultado arduo elegir el método de estudio más apropiado. La competencia y el conocimiento están íntimamente relacionados. Harper (1978) distingue en el pensamiento enfermero diferentes tipos de conocimiento, y los califica como empírico, ético, estético y personal. Este trabajo trata de identificar el significado que para las enfermeras tienen los fenómenos fundamentales que componen la realidad de su práctica.

Después de haber valorado la oportunidad de diferentes métodos, desde las recomendaciones de Festinger y Katz (1979), Selltiz, Wrightsman y Cook (1980)

y García, Ibáñez y Alvira (1996) para estudios en ciencias sociales, y Polit y Hugler (1997) en ciencias de la salud, se valoró la pertinencia de diferentes metodologías como la observación directa, la entrevista en profundidad y la historia de vida, desde las recomendaciones de Delgado y Gutierrez (1994) y Amezcua y Jiménez (1996). Finalmente se optó por un cuestionario semiestructurado por considerar que era la metodología que facilitaba la recogida y el tratamiento de la información y el posterior análisis de la misma, sobre la base de lo expresado en los trabajos de López (1986) y Rojas, Fernández y Pérez (1998).

Determinación de las concepciones que fundamentan la práctica enfermera

Como se ha señalado anteriormente, en la literatura consultada no se ha encontrado un instrumento validado para medir la aplicación de los conocimientos teóricos en la práctica de la enfermería. Un estudio que presenta alguna coincidencia con éste es el realizado por Pavan, Ferreira y Ferrera (2007) con el que tratan de establecer las similitudes y diferencias que sobre la percepción de cuidar tienen estudiantes y profesores, en el que llegaban a la conclusión de *"la necesidad de mayor afinación entre la enseñanza y su aplicación en el ejercicio de la profesión"*. El instrumento utilizado por el equipo investigador fue una *"escala de evaluación del significado de cuidar"*. Utilizaron para ello cinco clasificaciones ontológicas de cuidar, entendido éste como: 1) característica humana, 2) imperativo moral o ideal, 3) afecto, 4) relación interpersonal y 5) acción terapéutica de enfermería. Este trabajo se

limita al estudio del significado de cuidar; no se propone analizar el resto de los fenómenos nucleares: persona, salud y entorno. Por otra parte, su objetivo se centra en identificar los valores que se otorgan a la acción de cuidar sin tratar de indagar en el pensamiento que guía esta acción. Otros estudios tratan de explicar la relación entre la práctica y los resultados de las intervenciones enfermeras (Romero, 2004).

Con esta investigación se pretende recoger opciones complejas sobre el pensamiento enfermero materializado en los conceptos paradigmáticos de **1) cuidado, 2) persona, 3) salud** y **4) entorno**. Para ello se utiliza una metodología de análisis de conceptos. Se opta por determinar los factores y dimensiones de los fenómenos de estudio a través de un grupo de discusión formado por un grupo informante de expertas. La investigadora propone al grupo de expertas el trabajo que hay que realizar, consistente en:

- Interpretar los fenómenos paradigmáticos.
- Determinar las dimensiones de elementos que hay que analizar.
- Hipotetizar unas dimensiones para cada fenómeno y factor que se analizarán.
- Interpretar los significados.
- Aportar las propias concepciones sobre los fenómenos y factores de estudio.
- Otorgar a cada uno de los fenómenos paradigmáticos las dimensiones que se consideran como características del mismo.

La construcción del cuestionario

Definición de los conceptos paradigmáticos

Las concepciones validadas por los expertos

Determinación de las concepciones. Cuidado humano

- Interpretación de las concepciones sobre el cuidado humano

Determinación de las concepciones. Cuidado enfermero

- Interpretación de las concepciones sobre el cuidado enfermero

Determinación de las concepciones. Persona

- Interpretación de las concepciones sobre la persona

Determinación de las concepciones. Salud

- Interpretación de las concepciones sobre la salud

Determinación de las concepciones. Entorno

- Interpretación de las concepciones sobre el entorno

Conclusiones generales

La construcción del cuestionario

Por ser la finalidad de esta tesis identificar las concepciones teóricas de los conceptos paradigmáticos de la enfermería y no sus cualidades, se ha elaborado un cuestionario propio con el fin de recoger la información. Se trata de un conjunto de preguntas cerradas y mixtas, que ha sido elaborado a lo largo de un proceso en el que han participado dos grupos de expertas. La redacción final se ha realizado siguiendo las directrices y recomendaciones de Cohen y Manion (1990).

El cuestionario fue pilotado en un grupo de enfermeras, en ejercicio en centros ajenos al objeto de estudio y a la población de estudio. Posteriormente, aplicando las modificaciones necesarias, ser cumplimentado por una muestra representativa de enfermeras y enfermeros de la población de estudio.

Para su cumplimentación se ha optado por un sistema de autoadministración presencial, por grupos de enfermeras, en el lugar en el que llevan a cabo su ejercicio profesional, dentro de su horario laboral y con presencia de la investigadora, excepcionalmente de una colaboradora de ésta o alguna enfermera delegada por la dirección del centro correspondiente ya que, en todos los casos, se contó con el apoyo de las direcciones.

Se parte de un trabajo de tipo cualitativo para el diseño. Además, la construcción del cuestionario permite identificar las concepciones que tienen las enfermeras,

participantes en los grupos de expertas, como sujetos del estudio, sobre los elementos paradigmáticos de la enfermería.

Para facilitar la consecución del objetivo de analizar los aspectos fundamentales, las variables y los factores singulares de la práctica profesional científica de la enfermería, se realiza un grupo de trabajo con ocho enfermeras expertas, consideradas informantes clave. Han sido escogidas a partir de características prefijadas y composición heterogénea. Cuatro de ellas ejercen en la clínica y otras cuatro en la docencia. De todas ellas, cuatro cuentan con experiencia profesional en la gestión, y se da la circunstancia de que dos cuentan con experiencia, a lo largo de su vida profesional, en estos tres campos profesionales reseñados[60]. Las características de las componentes del grupo se pueden apreciar en la tabla siguiente:

	Ejercicio en clínica	Ejercicio en docencia	Ejercicio en gestión
Experta 1	X		
Experta 2	X		
Experta 3	X		X
Experta 4	X	X	X
Experta 5	X	X	X
Experta 6		X	X
Experta 7		X	
Experta 8		X	

Tabla 1. Características de las expertas participantes en la formulación de las dimensiones.

En esta primera parte de trabajo se utilizó la metodología de grupo de discusión siguiendo las directrices de Ibáñez (1992) y Callejo (2000). El objetivo consistió

[60] No se ha considerado específicamente el campo de la investigación por creer que su práctica es generalmente, en la enfermería, una actividad complementaria a la docencia, la cínica y/o la gestión y muy excepcionalmente es ejercida como actividad única.

en identificar y contrastar las concepciones expresadas y desarrolladas en los diferentes modelos teóricos de cuidados. Posteriormente se han elaborado localizadamente unas dimensiones que recogieran el significado de estas concepciones, desde dimensiones generales hasta expresiones u observaciones concretas, y siempre abiertas a la aportación de nuevos conceptos por parte de las integrantes del grupo.

La dinámica del grupo se llevó a cabo con el esquema siguiente:

- Se tuvieron en cuenta las recomendaciones de Wimpenny (2002) al considerar como fuentes para determinar los conceptos, además de los modelos teóricos, reconocidos en la literatura profesional, lo que este autor describe como el modelo mental, en referencia a las concepciones que las enfermeras van elaborando con la experiencia y el modelo sustituto, en referencia a la interpretación que se hace de la teoría para su aplicación en la práctica. Ello ha quedado de manifiesto a la hora de elegir a las integrantes del grupo.
- La investigadora aportó al grupo una documentación que recogía las diferentes concepciones sobre los conceptos paradigmáticos, agrupados por escuelas de pensamiento, así como la bibliografía más relevante sobre el tema (Kérouac et ál., 1996, Marriner y Raile, 2007 y Benavent, Francisco y Ferrer, 2001).
- Durante las diferentes sesiones de trabajo y de acuerdo con las concepciones expresadas en los diferentes modelos, que habían sido tomados como marco, y utilizando como técnica el análisis de contenido según la describen Alaminos y Penalva (1998) y la técnica de consenso, se solicitó a las integrantes del grupo que aportasen las concepciones que cada una consideraba de interés. Así se fueron sacando conclusiones que

posteriormente serían tenidas en cuenta para la elaboración de un primer documento que recogiese las concepciones más relevantes sobre los fenómenos paradigmáticos. En este apartado de la investigación, interpretando las recomendaciones de Wimpenny (2002) se introducen como dimensiones de las concepciones los enunciados propuestos y consensuados por el grupo.

Definición de los conceptos paradigmáticos

El primer documento elaborado (anexo 1) consta de cinco apartados. Cada uno de ellos sobre cada uno de los conceptos paradigmáticos de la enfermería, a excepción del concepto de cuidado, que se acuerda desdoblar en dos, pues se contempla desde su doble perspectiva: como cuidado humano y como cuidado enfermero. Quedan, por lo tanto, las concepciones de análisis categorizádas en cinco grupos: 1) cuidado humano, 2) cuidado enfermero, 3) persona, 4) salud y 5) entorno. Así, el cuidado, cobra significado, en sí mismo, como actividad humana y, por otra parte, el cuidado enfermero como profesionalización del cuidado humano.

En cada uno de los apartados se recogen diez dimensiones conceptuales sobre cada uno de los cinco fenómenos conceptualizado y se acuerda ofrecer un espacio abierto para que se puedan añadir las aportaciones que los expertos, participantes en la siguiente etapa del estudio, consideren de interés.

Resalta el alto grado de implicación y compromiso de las componentes del grupo

a la hora de contribuir y justificar los atributos a las concepciones, así como la facilidad para el acuerdo, tanto para aceptar como para desechar las dimensiones aportadas. También hubo un fácil acuerdo para la redacción final de las diferentes dimensiones atribuidas a las distintas concepciones y el orden aleatorio con el que finalmente se presenta en el cuestionario.

Para determinar las dimensiones adjudicadas a cada uno de los conceptos se realizaron cuatro sesiones de trabajo:

- En la primera sesión se fijaron las reglas del trabajo, se concretaron los objetivos, se distribuyó y se comentó la documentación seleccionada por la investigadora. Se instó a las componentes del grupo para que aportaran o recomendaran otra documentación que considerasen relevante.
- En la segunda sesión, utilizando la técnica de grupo nominal, se fueron exponiendo individualmente las propuestas que sobre las dimensiones a adjudicar a cada uno de los conceptos se consideraban relevantes. La totalidad de la documentación elaborada por las expertas se facilitó a todas las componentes del grupo, para que pudiesen ser estudiadas individualmente y se pudiesen aportar propuestas fundamentadas en la siguiente sesión de trabajo.
- En la tercera sesión se reflexionó sobre cada una de las dimensiones propuestas aportadas por cada una de las componentes del grupo y se justificó su oportunidad argumentando el significado en relacionan al modelo de cuidados correspondiente.
- En la cuarta y última sesión se acordaron los enunciados de las dimensiones a incluir en cada uno de los conceptos. Se consensuó la redacción final y el orden aleatorio para su presentación en cada uno de los conceptos correspondientes.

Las concepciones validadas por los expertos

Una vez elaborado este primer documento por las expertas, se pasa a una segunda fase en la investigación, en la que se le da forma de cuestionario y es sometido a revisión. Para ello se reparte entre diez enfermeras, distribuidas proporcionalmente entre enfermeras que ejercen en atención primaria y especializada, seleccionadas por conveniencia y de acuerdo a tres criterios: 1) contar con una experiencia profesional superior a cuatro años, 2) estar en ejercicio en la clínica (atención especializada o primaria) y 3) contar con una experiencia profesional, simultaneada o no con la clínica, en la docencia o la gestión[61]. En el gráfico que aparece a continuación se puede observar el perfil de los componentes de este segundo grupo de expertas:

	Atención primaria	Atención especializada	Gestión	Docencia
Experta 1	X			X
Experto 2	X			X
Experta 3	X		X	
Experta 4	X		X	
Experta 5	X		X	
Experta 6		X		X
Experto 7		X	X	
Experta 8		X		X
Experta 9		X	X	
Experta 10		X		X

Tabla 2. Características de los expertos participantes en la validación de las dimensiones formuladas.

[61] Por las mismas razones que se apuntaban anteriormente no se ha considerado el campo de la investigación como un área específica del ejercicio profesional.

El trabajo con este grupo de expertos, considerado como informante, se lleva a cabo individualmente, con cada uno de sus integrantes. Se les explica el objetivo del trabajo y de su participación en el mismo. Dicho objetivo consiste en la validación de las dimensiones determinadas por un grupo de expertas. Para ello, se les presenta el documento elaborado solicitándoles su cumplimentación.

Los enunciados propuestos por el grupo de expertas son sometidos a la valoración de este nuevo grupo de expertos para que valoren la capacidad del documento y el significado de los conceptos paradigmáticos a través de las dimensiones incluidas en cada uno de ellos. Se les solicita que concedan un valor entre 0 y 10 a cada una de las dimensiones otorgadas a cada concepto y se ofrece un espacio abierto, en cada uno de ellos, para que los participantes aporten otras dimensiones que consideren relevantes.

Los resultados obtenidos que representan la base para la elaboración del cuestionario definitivo, se ofrecen en apartados por cada uno de los conceptos paradigmáticos: 1) cuidado humano, 2) cuidado enfermero, 3) persona, 4) salud y 5) entorno. Estos resultados están ordenados, en cada apartado, de la manera siguiente:

1. Se presentan en una tabla, en la que se identifican las características de cada experto, los valores absolutos concedidos individualmente por cada uno de ellos en relación a cada una de las 10 concepciones definidas por las expertas en la etapa anterior. Se señala la dimensión valorada con mayor puntuación. En las filas finales de cada una de las tablas se formulan las concepciones ofrecidas por los expertos correspondientes.
2. Los expertos del número 1 al 5 ejercen en atención primaria (a partir de aquí

nos referimos a ellos como grupo 1) y del número 6 al 10 en hospitales o atención especializada (a partir de aquí nos referimos a ellos como grupo 2).

3. Se realiza una interpretación de estos datos.
4. Después se ofrecen sendas tablas en las que se destacan los conceptos que han sido valorados más positivamente por cada grupo de expertos con las observaciones pertinentes.
5. Cada apartado se concluye con la interpretación de la información.
6. El análisis de la información finaliza con unas conclusiones generales sobre todos los apartados tratados.

Determinación de las concepciones. Cuidado humano

Concepciones. Cuidado	1[62]	2[63]	3[64]	4[65]	5[66]	6[67]	7[68]	8[69]	9[70]	10[71]	X[72]
1. Está orientado a eliminar problemas	10	7	6	8	2	0	0	5	3	7	4,8
2. Tiene como finalidad cubrir un déficit	9	6	7	8	5	0	9	8	6	8	6,6
3. Es imprescindible para la supervivencia	6	7	9	7	8	10	10	7	9	10	8,3
4. Es individual y único	9	6	9	7	2	10	10	8	8	10	7,9
5. Es el objeto de estudio de la enfermería	10	10	9	10	9	10	8	7	5	9	8.7
6. Varía por diferentes factores como la edad y el estado de salud	10	10	10	10	10	10	10	9	8	9	9,6
7. Es universal y se requiere de manera permanente	10	10	9	9	10	10	10	9	4	8	8,9
8. Se concibe desde dimensiones espirituales y/o culturales	9	9	7	8	9	7	10	8	8	9	8,4
9. Su verdadero significado se adquiere cuando existe una enfermedad	8	6	5	7	2	0	2	4	2	6	4,2
10. Está ligado al concepto de independencia	10	10	8	8	10	10	7	8	7	8	8,6
Requiere de un proceso de aprendizaje-imitación					9						
Influido por el conocimiento						10					
Implica el cuidado de los semejantes							10				
Tiene un componente instintivo										8	

Tabla 3. Valores otorgados por el grupo de expertos a las dimensiones adjudicadas al concepto de cuidado humano.

[62] PS. Enfermera en ejercicio en atención primaria de salud (15 años). Profesora asociada.
[63] JG. Enfermero en ejercicio en atención primaria de salud (10 años). Profesor asociado.
[64] CM. Enfermera en ejercicio en atención primaria de salud (12 años). Coordinadora de centro de salud.
[65] PR. Enfermera en ejercicio en atención primaria de salud (12 años). Coordinadora de centro de salud.
[66] CS. Enfermera en ejercicio en atención primaria de salud (16 años). Técnica de salud.
[67] MVM. Enfermera en ejercicio en hospital, unidad de crónicos (20 años). Profesora asociada.
[68] CG. Enfermero en ejercicio en hospital, unidad de agudos (22 años). Supervisor de unidad.
[69] PL. Enfermera en ejercicio en hospital, unidad de urgencias (16 años). Profesora asociada.
[70] MLP. Enfermera en ejercicio en hospital, unidad de pediatría (18 años). Supervisor de área.
[71] MLP. Enfermera en ejercicio en hospital, hospitalización de día (21 años). Profesora asociada.
[72] Medias.

Interpretación de las concepciones sobre el cuidado humano

Se puede observar una homogeneidad en las valoraciones de los expertos que ejercen en el mismo ámbito, hospital y centros de atención primaria.

Los expertos que ejercen en atención primaria otorgan unas puntuaciones medias superiores en los siete de los enunciados, sobre el concepto de cuidado humano, siguientes:

Concepciones. Cuidado humano	X.1[73]	X.2[74]	Observaciones
Está orientado a eliminar problemas	6,6	3	Valorado de manera muy desigual por parte de los dos grupos y especialmente baja por el grupo 2
Tiene como finalidad cubrir un déficit	7	6,2	Valoración bastante homogénea en los dos grupos. A excepción de las expertas 5 y 6, (especialmente la 6) que puntúan con una valoración baja
Es el objeto de estudio de la enfermería	9,6	7,8	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos
Varía por diferentes factores como la edad y el estado de salud	10	9,2	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos
Es universal y se requiere de manera permanente	9,6	8,2	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos
Su verdadero significado se adquiere cuando existe una enfermedad	5,6	2,8	Valoración muy homogénea, similar y baja, especialmente por las expertas 5 y 6, (especialmente la 6)
Está ligado al concepto de independencia	9,2	8	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos

Tabla 4. Comparación de las valoraciones sobre cuidado humano, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención primaria.

Los expertos que ejercen en atención especializada otorgan unas puntuaciones medias superiores en los dos enunciados, sobre el concepto de cuidado humano, siguientes:

[73] X.1 se refiere al grupo que ejerce en atención primaria.
[74] X.2 se refiere al grupo que ejerce en atención especializada.

Concepciones. Cuidado humano	X.2	X.1	Observaciones
Es imprescindible para la supervivencia	9,2	7,4	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos
Es individual y único	9,2	6,6	Valoración muy homogénea y similar en ambos grupos, a excepción del experto 5 del grupo 1

Tabla 5. Comparación de las valoraciones sobre cuidado humano, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención especializada.

Es valorada de la misma manera por los dos grupos la dimensión siguiente:

Concepciones. Cuidado humano	X.1	X.2	Observaciones
Se concibe desde dimensiones espirituales y/o culturales	8,4	8,4	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos

Tabla 6. Comparación de las valoraciones sobre cuidado humano, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones exactas por parte de ambos grupos.

En consecuencia, destacan tres concepciones por su similitud en las puntuaciones y lo elevado de las mismas. En primer lugar, la que define el cuidado humano como *"varía por diferentes factores como la edad y el estado de salud"* (9,6 sobre 10). En segundo lugar, la que lo concibe como *"universal y se requiere de manera permanente"* (8,9 sobre 10). En tercer lugar, la que se describe como que *"está ligado al concepto de independencia"* (8,6 sobre 10).

Estas tres concepciones están presentes en los enunciados de los modelos de cuidados que cuentan con mayor aceptación entre las enfermeras españolas, especialmente en los modelos de Henderson (1971 y 1994) y Orem (1993 y 2001).

Resulta igualmente llamativo el bajo valor otorgado por los dos grupos al

concepto de cuidado humano como *"su verdadero significado se adquiere cuando existe una enfermedad"*, con un 4,2 sobre 10, y también la valoración del grupo 2 a la dimensión *"está orientado a eliminar problemas"* (4,8 sobre 10).

Aunque efectivamente las necesidades y la configuración de los autocuidados son de carácter universal y cotidiano (con independencia de la situación de salud de la persona) sí que se ven influidos por ésta. Pero como se verá más adelante, parece observarse un interés especial por minusvalorar todos los enunciados que contienen el término enfermedad como si se tratara de no querer contaminar la nueva enfermería con un término que nos une a un pasado no deseado.

Se observan diferencias muy importantes de puntuación en algunas de las dimensiones enunciadas, aunque el hecho de ser valorado con la máxima puntuación o muy elevada por la mayoría de los expertos se interpreta como que son enunciados de interés y se considerará este extremo para finalmente incluirlos en la redacción del cuestionario definitivo.

En cuanto a los cuatro enunciados propuestos por las expertas, uno de ellos es formulado por una enfermera que ejerce en atención primaria y los restantes por tres enfermeras que ejercen en atención hospitalaria. Una vez analizados se observan incluidos en los ofrecidos en el documento de partida, por lo que no se incluye ninguno de ellos. La nueva dimensión aportada por la experta número 5 *"requiere de un proceso de aprendizaje-imitación"*, así como la aportada por la experta 6 *"influido por el conocimiento"* quedan incluidas en la formulada como *"se concibe desde dimensiones espirituales y/o culturales"*. La descripción que realiza la experta 7 *"implica el cuidado de los semejantes"* pensamos que está implícita en la descripción del concepto de persona descrito como *"se concibe*

dentro de la familia, o grupo, como unidad en interacción constante". El enunciado descrito por la experta 10 como el cuidado *"tiene un componente instintivo"*, no parece aportar un significado relevante.

Determinación de las concepciones. Cuidado enfermero

Concepciones. Cuidado enfermero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
1. Se trata de hacer para la persona	8	9	7	8	10	0	8	9	7	7	7,3
2. Es preciso cuando se requieren conocimientos y habilidades específicas	9	9	7	9	10	5	7	7	6	10	7,0
3. Se trata de actuar con la persona	10	10	9	10	10	10	9	8	7	10	9,3
4. Se organiza en función de las percepciones y expectativas de la persona que le requiere	8	9	9	9	9	0	8	8	6	8	7,4
5. Se trata de acompañar a la persona en sus experiencias de salud	10	10	7	9	10	0	7	8	6	7	7,4
6. La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados	10	10	9	9	10	10	9	9	8	10	9,4
7. Es un conjunto de reglas y técnicas especializadas y protocolizadas	7	8	5	7	10	0	6	8	6	0	5,7
8. Está centrado en la independencia de la persona	10	8	8	8	5	10	7	9	8	8	8,1
9. Su finalidad es la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona	9	8	9	9	7	5	9	8	8	10	8,2
10. Es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada	10	10	9	10	10	10	9	10	9	8	9,5
Se sustenta en conocimientos científicos					8	8				9	
Procura la salud de la persona y su familia						8					

Tabla 7. Valores otorgados por el grupo de expertos a las dimensiones adjudicadas al concepto de cuidado enfermero.

Interpretación de las concepciones sobre el cuidado enfermero

Al igual que en el concepto de cuidado humano, se observan unas puntuaciones homogéneas entre los integrantes del grupo 1. Entre los del grupo 2 sin embargo, llega a haber oscilaciones de hasta nueve puntos.

Los expertos que ejercen en atención primaria otorgan unas puntuaciones medias superiores en los nueve enunciados siguientes, sobre el concepto de cuidado enfermero:

Concepciones. Cuidado enfermero	X.1	X.2	Observaciones
Se trata de hacer para la persona	8,4	6,2	Valoración bastante homogénea en los dos grupos. A excepción de la experta 6 que puntúa con 0
Es preciso cuando se requieren conocimientos y habilidades específicas	8,8	7	Valoración muy homogénea y elevada en el grupo 1, y baja en el grupo 2 con la excepción de la experta 10, que valora con 10
Se trata de actuar con la persona	9,8	8,8	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos
Se organiza en función de las percepciones y expectativas de la persona que le requiere	8,8	6	Valoración homogénea en cada uno de los grupos, con la excepción de la experta 6 que valora con 0
Se trata de acompañar a la persona en sus experiencias de salud	9,2	5,6	Valoraciones muy diferentes en los dos grupos. Homogénea similar y elevada en el grupo 1 y baja y homogénea, a excepción de la experta 6, en el grupo 2
La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados	9,6	9,2	Valoración muy homogénea, similar y muy elevada en ambos grupos
Es un conjunto de reglas y técnicas especializadas y protocolizadas	7,4	4	Valorado de manera muy desigual por parte de los dos grupos, especialmente baja por el grupo 2
Su finalidad es la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona	8,4	8	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos
Es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada	9,8	9,2	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos

Tabla 8. Comparación de las valoraciones sobre cuidado enfermero, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención primaria.

Los expertos que ejercen en atención especializada otorgan unas puntuaciones medias superiores en el enunciado, sobre el concepto de cuidado humano, siguiente:

Concepciones. Cuidado enfermero	X.2	X.1	Observaciones
Está centrado en la independencia de la persona	7,8	8,4	Valoración similar en ambos grupos, más heterogénea en el grupo 2

Tabla 9. Comparación de las valoraciones sobre cuidado enfermero, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención especializada.

Al igual que en el apartado anterior, sobre el cuidado humano, se observan importantes diferencias de puntuación en algunos de los enunciados. Son de destacar tres concepciones, complementarias entre sí, con un valor global muy alto. Se refieren a la visión de los cuidados enfermeros como *"un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda"* (9,5 sobre 10) que se complementa con la concepción de *"la enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados"* (9,4 sobre 10) y con la que afirma que *"se trata de actuar con la persona"* (9,3 sobre 10).

Como ocurre con el concepto de cuidado humano, las dimensiones sobre el cuidado enfermero a las que se les ha otorgado una mayor valoración, son concepciones contenidas en los modelos más extendidos y conocidos en nuestro entorno, (Henderson, 1994 y Orem, 1993 y 2001).

En este apartado, el concepto valorado con una puntuación más baja es la concepción de cuidado enfermero como *"un conjunto de reglas y técnicas especializadas y protocolizadas"* (5,7 sobre 10), la valoración siguiente se encuentra por encima de siete.

La interpretación que puede hacerse viene, de alguna manera, a reforzar la comentada en el apartado anterior, pues parece ponerse de manifiesto un interés por relacionar los cuidados enfermeros con aspectos humanistas y científicos en

detrimento de lo que durante mucho tiempo se ha considerado de gran valor, como son los aspectos más técnicos y alejados de la persona. Sin embargo, como se ha afirmado anteriormente, esta es una concepción con la que frecuentemente se identifican las enfermeras, como se pone de manifiesto en el trabajo de García y Buendía (2001).

En cuanto a los dos enunciados propuestos por un total de cuatro expertas —una en ejercicio en atención primaria y tres en hospitalaria— y una vez analizados, se consideran incluidos en los ofrecidos. El enunciado propuesto por las expertas cinco, seis y diez como *"se sustenta en conocimientos científicos"*, se considera una obviedad ya que es un elemento básico para la práctica de los cuidados profesionales. Respecto a la propuesta formulada por la experta seis sobre el cuidado enfermero como *"procura la salud de la persona y su familia"*, está presente en las descripciones de persona, salud y entorno.

Determinación de las concepciones. Persona

Concepciones. Persona	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
1. Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales	10	10	8	10	10	10	9	10	8	8	9,3
2. Tiene la capacidad y la responsabilidad de decidir sobre su situación	9	10	8	9	10	10	9	9	8	10	9,2
3. No tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas	6	5	6	7	2	0	6	6	5	0	4,3
4. Como conjunto de estructuras y funciones	8	6	7	8	2	0	5	4	3	0	4,3
5. Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes en relación mutua con su entorno en continuo cambio	5	6	9	7	7	10	9	10	9	10	8,2
6. Con necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales	8	8	9	9	9	10	9	9	8	9	8,8
7. Tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas	4	7	7	7	10	10	8	9	8	6	7,6
8. Con capacidad para aprender y desarrollar habilidades	9	10	9	8	10	10	10	10	9	10	9,5
9. Se concibe dentro de la familia, o grupo, como unidad en interacción constante	9	10	9	9	10	10	10	9	7	10	9,3
10. Es holística, espiritual y cultural	10	10	9	10	10	10	9	9	8	10	9,5
Tiene un componente psíquico, moral y social						7					
Posee una triple realidad, material, racional y espiritual						10					

Tabla 10. Valores otorgados por el grupo de expertos a las dimensiones adjudicadas al concepto de persona.

Interpretación de las concepciones sobre la persona

En relación al concepto de persona, se observan unas puntuaciones homogéneas entre los integrantes de ambos grupos, con una puntuación muy similar en la mayoría de los enunciados e idéntica en la concepción de la persona como "*tiene*

la capacidad y la responsabilidad de decidir sobre su situación". En él las puntuaciones de todos los participantes oscilan entre 8 y 10, con una puntuación media de 9,2 sobre 10.

Los expertos que ejercen en atención primaria otorgan unas puntuaciones medias superiores en los cinco enunciados siguientes, sobre el concepto de persona:

Concepciones. Persona	X.1	X.2	Observaciones
Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales	9,6	9	Valoración bastante homogénea y elevada en los dos grupos
No tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas	5,2	3,4	Valoración homogénea y muy baja en los dos grupos y en el grupo 2 especialmente baja por parte de los participantes, que valoran con 0
Como conjunto de estructuras y funciones	6,2	2,4	Valoración homogénea y baja en los dos grupos, y en el grupo 2 especialmente baja por parte de dos participantes, que valoran con 0
Se concibe dentro de la familia, o grupo, como unidad en interacción constante	9,4	9,2	Valoración bastante homogénea y elevada en los dos grupos
Es holística, espiritual y cultural	9,8	9,2	Valoración bastante homogénea y elevada en los dos grupos

Tabla 11. Comparación de las valoraciones sobre persona, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención primaria.

Los expertos que ejercen en atención especializada otorgan unas puntuaciones medias superiores en los cuatro enunciados, sobre el concepto de persona, siguientes:

Concepciones. Persona	X.2	X.1	Observaciones
Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes en relación mutua con su entorno en continuo cambio	9,6	6,8	Valoración bastante homogénea en cada uno de los grupos y sensiblemente inferior en el grupo 2 respecto al 1
Con necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales	9	8,6	Valoración muy homogénea, similar y muy elevada en ambos grupos
Tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas	8,2	7	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos
Con capacidad para aprender y desarrollar habilidades	9,8	9,2	Valoración muy homogénea, similar y muy elevada en ambos grupos

Tabla 12. Comparación de las valoraciones sobre persona, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención especializada.

Es valorado de la misma manera por los dos grupos el concepto siguiente:

Concepciones. Persona	X.2	X.1	Observaciones
Tiene la capacidad y la responsabilidad de decidir sobre su situación	9,2	9,2	Valoración muy homogénea, similar y muy elevada en ambos grupos

Tabla 13. Comparación de las valoraciones sobre persona, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones exactas por parte de ambos grupos.

Las diferencias de puntuación son menos llamativas que en los enunciados de los apartados anteriores. Destacan —por una puntuación de 9,5 sobre 10— la concepción de persona como *"holística, espiritual y cultural"* y las que la describe *"con capacidad para aprender y desarrollar habilidades"*. Y con una valoración de 9,3 sobre 10 las dimensiones que describen a la persona *"con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales"*, así como la que la considera *"dentro de la familia, o grupo, como unidad en interacción constante"*. Estas concepciones coinciden con las expresadas por Watson, (Neil y Marriner, 2007 y Watson, 1988) y por Leininger (McFarland, 2007 y Leininger, 1999).

Es relevante la importancia que se concede a los aspectos espirituales y culturales de la persona, por encima de dimensiones que están más significadas en los modelos más comunes (Orem, 1993 y 2001 y Henderson, 1971) y que contemplan a la persona desde la perspectiva de las necesidades humanas (Henderson, 1971) y desde los requisitos de autocuidado (Orem, 1993 y 2001).

La elección de las opciones reseñadas puede ser debida a que en los últimos tiempos se han realizado varias publicaciones sobre el pensamiento de Watson (2006 (1) y (2)) y su aplicación en la práctica (Vives, Rodero y Acebedo, 2006). En cuanto a considerar la importancia de los aspectos culturales que son

especialmente considerados por Leininger (McFarland, 2007 y Leininger 1999), pudiera pensarse en la influencia del pensamiento de las enfermeras que vienen profundizado en el estudio y conocimiento de este modelo a través de la Antropología como estudios de segundo ciclo a partir de la Diplomatura de Enfermería.

Dos son las concepciones con valoraciones llamativamente bajas en relación al resto. En primer lugar, la que se refiere a que la persona *"no tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas"* (4,3 sobre 10). Resulta positivo que se considere de esta manera y es congruente con las valoraciones restantes, ya que la dimensión formulada como *"tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas"* está inspirada en el pensamiento de Orem (1993 y 2001). No obstante, también pudiera haber influido en una valoración tan negativa el hecho de ser un enunciado planteado en términos negativos.

En cuanto a la concepción que expresa la idea de persona como un *"conjunto de estructuras y funciones"* (4,3 sobre 10), la baja valoración tiene una interpretación que viene a reforzar las ideas de lo expresado en los dos apartados anteriores, ya que se vuelve a observar un interés especial por desechar concepciones que caracterizaron una época anterior. Es correcto contemplar a la persona desde una perspectiva integral y multidimensional, pero ante todo es un conjunto de estructuras y funciones y el hecho de contemplarla desde esta perspectiva, en este momento del trabajo y según se planteó en la dinámica del grupo, no representaba descartar otras miradas.

En cuanto a los dos enunciados propuestos por la experta seis que ejerce en

atención hospitalaria, expresados como la persona *"tiene un componente psíquico, moral y social"* y un segundo enunciado que considera a la persona como *"posee una triple realidad, material, racional y espiritual"*, una vez analizados, se considera que no representan aportaciones relevantes, ya que en principio son dos enunciados muy similares en cuanto al contenido y pensamos que ambos están incluidos en el enunciado que describe a la persona desde una perspectiva que la considera *"con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales"*.

Determinación de las concepciones. Salud

Concepciones: Salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
1. La capacidad y el deseo de utilizar bien cada capacidad que se posee	10	9	6	8	0	8	9	8	7	5	7,0
2. Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente	10	8	8	7	6	10	8	8	8	8	8,1
3. Ausencia de enfermedad	8	8	4	7	0	0	5	5	6	0	4,3
4. La salud y la enfermedad como un proceso en interacción continua	9	9	6	7	8	5	7	9	9	5	7,4
5. Ideal que se ha de conseguir según el contexto en el que la persona vive	8	6	7	7	2	8	6	8	6	5	6,3
6. Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona	9	8	8	9	9	0	10	9	7	10	7,9
7. Realización del potencial de creación de la persona	8	9	6	9	9	9	9	8	7	8	8,2
8. Independencia	10	10	8	8	9	8	8	9	7	7	8,4
9. Integridad física y homeostática	9	9	6	9	9	5	6	9	7	0	6,9
10. Preservar la energía y comportamientos saludables	9	9	7	9	9	5	7	9	7	5	7,9
Satisfacción y desarrollo psicosocial					8						
Capacidad de desarrollo y respuesta a los retos						10					

Tabla 14. Valores otorgados por el grupo de expertos a las dimensiones adjudicadas al concepto de salud.

Interpretación de las concepciones sobre la salud

Las puntuaciones son en general más bajas que las concedidas a los conceptos anteriores y también son homogéneas en cada uno de los grupos y similares entre sí. Es considerada de idéntica manera la dimensión expresada en la concepción de salud como *"realización del potencial de creación de la persona"*, valorada con una puntuación de 8,2 sobre 10.

Los expertos que ejercen en atención primaria otorgan unas puntuaciones medias superiores en los seis enunciados, sobre el concepto de entorno, siguientes:

Concepciones. Salud	X.1	X.2	Observaciones
Ausencia de enfermedad	5,4	3,2	Valoración baja y heterogénea en los dos grupos. En total la valoran con 0 tres participantes
La salud y la enfermedad como un proceso en interacción continua	7,8	7	Valoración muy similar en ambos grupos, más homogénea en el grupo 1
Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona	8,6	7,2	Valoración muy similar en ambos grupos, más homogénea en el grupo 1
Independencia	9	7,8	Valoración muy homogénea en cada grupo, más elevada en el grupo 1
Integridad física y homeostática	8,4	5,4	Valoración homogénea en el grupo 1 y más heterogénea en al grupo 2
Preservar la energía y comportamientos saludables	8,6	6,6	Valoración homogénea en el grupo 1 y más heterogénea en al grupo 2

Tabla 15. Comparación de las valoraciones sobre salud, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención primaria.

Los expertos que ejercen en atención especializada otorgan unas puntuaciones medias superiores en los tres enunciados siguientes, sobre el concepto de salud:

Concepciones. Salud	X.2	X.1	Observaciones
La capacidad y el deseo de utilizar bien cada capacidad que se posee	7,4	6,6	Valoración bastante más homogénea en el grupo 2. En el grupo 1 con diferencias muy marcadas de 10 a 0
Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente	8,4	7,4	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos
Ideal que se ha de conseguir según el contexto en el que la persona vive	6,6	6	Valoración bastante más homogénea en el grupo 2. En el grupo 1 con diferencias importantes

Tabla 16. Comparación de las valoraciones sobre salud, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención especializada.

Es valorado de la misma manera por los dos grupos la concepción siguiente:

Concepciones. Salud	X.2	X.1	Observaciones
Realización del potencial de creación de la persona	8,2	8,2	Valoración muy homogénea, similar y muy elevada en ambos grupos

Tabla 17. Comparación de las valoraciones sobre salud, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones exactas por parte de ambos grupos.

Las diferencias de puntuación son menos marcadas que en los enunciados anteriores. En cuanto a los enunciados valorados con mayor puntuación, aunque más bajos que en los apartados anteriores también coinciden, como en éstos, con los descritos en los modelos más difundidos. Se refieren a la concepción de salud como *"independencia"* con un valor de 8,4 sobre 10 y como *"realización del potencial de creación de la persona"*, con un valor de 8,2 sobre 10 y *"estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente"* (8,1 sobre 10). Unos valores tan elevados a estas dimensiones podrían interpretarse como la expresión de un afán por poner en evidencia el desacuerdo con dimensiones que pudieran acercarse a concepciones más biologicistas sobre la salud.

Nuevamente la baja valoración que se le concede al concepto de salud como *"ausencia de enfermedad"* con un valor de 4,3 sobre 10, viene a reforzar la idea

que se viene exponiendo de desechar expresamente concepciones en las que los aspectos biofisiológicos eran los hegemónicos, ya que resalta al compararla con el alto valor otorgado a lo que podía considerarse una concepción moderna de salud como la expresada en *"la realización del potencial de creación de la persona"* (8,2 sobre 10). Nuevamente con una valoración tan elevada a esta dimensión de la salud, nos parece que también se ha querido proyectar una mirada nueva y huir de concepciones que han caracterizado etapas anteriores.

En cuanto a los dos enunciados propuestos por dos de las expertas, una en ejercicio en atención primaria que describe la salud como *"satisfacción y desarrollo psicosocial"*, y la segunda en ejercicio en atención especializada —que aporta la dimensión de *"capacidad de desarrollo y respuesta a los retos"*—, se han considerado enunciados incluidos en los ofrecidos, fundamentalmente en el concepto de salud descrito como *"capacidad y el deseo de utilizar bien cada capacidad que se posee"*.

Determinación de las concepciones. Entorno

Concepciones. Entorno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
1. Compuesto por todos los elementos externos que rodean a la persona	10	10	6	8	10	10	8	10	8	3	8,3
2. Separado de la persona	5	4	8	9	0	10	8	6	6	0	5,6
3. Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales	9	9	4	8	9	9	7	9	8	8	8,0
4. Lo percibido por cada persona de manera única	10	10	6	10	10	10	9	9	7	4	8,5
5. Factores que deben ser manipulados y controlados	6	5	7	6	2	5	6	6	6	5	5,4
6. Constituido por los contextos histórico, social, político y cultural	10	7	8	9	5	10	6	8	8	7	7,8
7. Rico en estímulos positivos y negativos	8	8	6	8	10	10	8	8	7	7	8,0
8. Compuesto por un conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente	7	8	8	7	8	10	8	9	9	8	8,2
9. Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible	9	9	6	9	9	5	6	8	7	3	7,1
10. Conjunto de elementos fácilmente identificables	6	4	7	6	0	5	6	8	7	2	5,1
Determinado por aspectos biológicos		6									
Armonía						6					
Supone una interacción constante de estímulos y adaptación						10					

Tabla 18. Valores otorgados por el grupo de expertos a las dimensiones adjudicadas al concepto de entorno.

Interpretación de las concepciones sobre el entorno

Al igual que sucede con el concepto de salud, las valoraciones de entorno son, en general, más bajas que las concedidas a cuidado y persona. Este apartado destaca

por ser más altas las valoraciones otorgadas por el grupo 2. Se observan puntuaciones similares y una de ellas con idéntica valoración: la que considera el entorno *"rico en estímulos positivos y negativos"*, con un valor de 8 sobre 10.

Los expertos que ejercen en atención primaria otorgan unas puntuaciones medias superiores en los tres enunciados siguientes, sobre el concepto de entorno:

Concepciones. Entorno	X.1	X.2	Observaciones
Compuesto por todos los elementos externos que rodean a la persona	8,8	7,8	Valoración bastante homogénea en los dos grupos. A excepción de la experta 10 que puntúa con 3
Lo percibido por cada persona de manera única	9,2	7,8	Valoración muy homogénea y elevada en los dos grupos
Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible	8,4	5,8	Valoración muy homogénea en cada grupo, aunque muy diferentes entre si

Tabla 19. Comparación de las valoraciones sobre entorno, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención primaria.

Los expertos que ejercen en atención especializada otorgan unas puntuaciones medias superiores en los cinco enunciados, sobre el concepto de entorno, siguientes:

Concepciones. Entorno	X.2	X.1	Observaciones
Separado de la persona	6	5,2	Valoración bastante heterogénea y baja en los dos grupos
Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales	8,2	7,8	Valoración muy homogénea y elevada en los dos grupos
Factores que deben ser manipulados y controlados	5,6	5,2	Valoración muy homogénea, similar y baja en los dos grupos
Compuesto por un conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente	8,8	7,6	Valoración muy homogénea y elevada en los dos grupos
Conjunto de elementos fácilmente identificables	5,6	4,6	Valoración muy homogénea, similar y baja en los dos grupos

Tabla 20. Comparación de las valoraciones sobre entorno, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes recen en atención especializada.

Dos enunciados son valorados de la misma manera por los dos grupos:

Concepciones. Entorno	X.1	X.2	Observaciones
Constituido por los contextos histórico, social, político y cultural	7,8	7,8	Valoración muy homogénea y similar en ambos grupos
Rico en estímulos positivos y negativos	8,0	8,0	Valoración muy homogénea, similar y elevada en ambos grupos

Tabla 21. Comparación de las valoraciones sobre entorno, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones exactas por parte de ambos grupos.

Las diferencias de puntuación son poco relevantes. Destacan tres conceptos, complementarios entre sí, que además son los puntuados más altos: el concepto de entorno como *"lo percibido por cada persona de manera única"* (8,5 sobre 10); el que se describe como *"compuesto por todos los elementos externos que rodean a la persona"* (8,3 sobre 10); y el que lo conceptualiza como "*compuesto por un conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente"* (con 8,2 sobre 10). Estas concepciones se corresponden con las expresadas en el modelo de Roy (Phillips, 2007), una de las teorías más conocidas en nuestro medio y que más importancia concede al entorno dentro de su estructura teórica.

En este apartado no se observan puntuaciones especialmente bajas. Sin embargo hay que tener en cuenta que la valoración general sobre el entorno es el único apartado que ha sido valorado globalmente con puntuaciones más elevadas por las enfermeras que ejercen en hospitales que por quienes lo hacen en centros de salud. Y ello cuando es precisamente el hospital el lugar que menos en cuenta tiene el entorno de la persona, es más, frecuentemente se la despoja de él. Han sido consideradas con valores bajos las dimensiones que consideran el entorno "*separado de la persona*" (5,6 sobre 10) y como "*factores que deben ser manipulados y controlados*" (5,4 sobre 10).

En cuanto a los tres enunciados propuestos por dos de las expertas, la dos en ejercicio en atención primaria que considera el entorno de la persona *"determinado por aspectos biológicos"*, y la experta seis, en ejercicio en atención hospitalaria que aporta dos nuevas dimensiones, la que considera el entorno como *"armonía"* y descrito como *"supone una interacción constante de estímulos y adaptación"*, se consideran incluidas en las ofrecidas, fundamentalmente en las que describen el entorno *"determinado por aspectos físicos, sociales y culturales"* y el la que lo hace como *"factores que deben ser manipulados y controlados"*.

Conclusiones

Una vez determinadas las dimensiones que se han considerado como relevantes para comprender y explicar los conceptos paradigmáticos y como paso previo a la construcción del cuestionario definitivo para la recogida de la información se plantean las conclusiones siguientes:

- En un principio se reflexionó sobre la posibilidad de desechar las valoraciones extremas, pero al analizarlas en profundidad se decidió mantenerlas, dado que conviven en un mismo enunciado valoraciones muy bajas (incluso de 0 sobre 10 siempre por un número reducido de expertos), con otras muy altas (incluso de 10 sobre 10). La existencia de valoraciones tan dicotómicas se ha interpretado como una correspondencia con enunciados de modelos más o menos conocidos por cada experta en cuestión, pero en

ningún caso a la falta de significación, ya que también se comprobó su significado en las diferentes escuelas de pensamiento. Se planteará una nueva comprobación sobre su oportunidad tras el pilotaje.

- Las valoraciones son más altas por parte de los expertos que ejercen en atención primaria que quienes lo hacen en especializada, a excepción del concepto de entorno. Este es un hallazgo sobre el que se profundizará en el estudio, ya que parece apuntar a que el ámbito de ejercicio profesional no condiciona la concepción sobre los fenómenos. Desde un planteamiento puramente teórico el entorno parece adquirir mayor significado en el ambiente habitual de la persona, que es el que se encuentra cuando es atendida en atención primaria.
- Se observa una mayor homogeneidad, en general, entre las valoraciones realizadas por el grupo que ejerce en atención primaria, en comparación al grupo que ejerce en la atención hospitalaria que realizan unas valoraciones más heterogéneas.
- Las nuevas concepciones aportadas por los diferentes expertos relacionadas con los distintos fenómenos son escasas. Resalta que es superior la propuesta por parte de quienes ejercen en hospitales (nueve frente a cuatro de primaria). Respecto a las dimensiones propuestas, se han considerado, consultando las fuentes apropiadas (Kérouac et ál., 1996, Marriner y Raile, 2007 y Benavent, Ferrer y Francisco, 2001), incluidas en las ofrecidas, tanto dentro del fenómeno en el que se propone, por los expertos del segundo grupo, como en otros.
- Sobre la base de los resultados obtenidos se elabora el cuestionario definitivo y se pasa a realizar la prueba piloto. (Anexo2).

Diseño del cuestionario

Operativización de las variables de estudio

- Caracterización de la población de de estudio
- Datos relacionados con la formación
- Datos relacionados con las concepciones presentes en la práctica
- Datos relacionados con la valoración del ejercicio profesional

Posibles limitaciones del estudio

Prueba piloto

Diseño del cuestionario

La información que se pretende obtener, a través del cuestionario elaborado, se relaciona con los objetivos planteados. Por una parte, se intenta identificar las concepciones que guían la práctica profesional. Por otra parte, se relaciona con los aspectos expresados a través de las dimensiones enunciadas, que hipotéticamente pudieran influir en las enfermeras objeto del estudio para desarrollar las concepciones expresadas.

Se ha considerado necesario tener en cuenta una serie de variables relacionadas directamente con las enfermeras, con el tipo de trabajo que desarrollan y con los conceptos presentes en el ejercicio profesional sobre los elementos paradigmáticos, cuidado (humano y enfermero), persona, salud y entorno. Los aspectos relacionados con las concepciones que guían la práctica se corresponden con los resultados del trabajo de los expertos realizado en las dos fases del estudio anteriormente descritas.

Operativización de las variables de estudio

Se han considerado variables que pueden influir en las concepciones sobre los fenómenos paradigmáticos: edad, sexo, antigüedad, titulación, formación

(continuada y de postgrado), tipo de centro, unidad hospitalaria y categoría profesional, distribuidas en los apartados de caracterización, formación y valoración profesional. A continuación se describen los apartados del cuestionario.

Caracterización de la población de estudio

- Edad: abierto para especificar la cifra en años, para posteriormente agrupar.
- Sexo: mujer/ hombre.
- Escuela en la que se realizaron los estudios: universidad, centro y universidad con la que se vincula éste.
- Titulación: ATS. Diplomatura por homologación y diplomatura.
- La formación realizada con posterioridad a la titulación: Se proponen cinco opciones y se deja abierta a otras: 1) continuada, 2) de postgrado, 3) otras diplomaturas, 4) licenciatura, 5) doctorado y 6) otras.
- El tiempo de ejercicio profesional: abierto para especificar la cifra en años, para posteriormente agrupar.
- El lugar en el que en la actualidad ejerce la profesión: 1) hospital público, 2) hospital privado, 3) centro de salud urbano, 4) centro de salud rural, 5) residencia de media y larga estancia.

  Este apartado se deja abierto para que se puedan especificar otros lugares, con los que se comparte la actividad profesional y que por su concreción no figuran entre los mencionados.
- En el caso de ejercer en el hospital, se pasa a un nuevo apartado que contempla 10 unidades o servicios diferentes, habituales en la mayoría de los hospitales.

Este espacio también se ofrece abierto, para que la persona encuestada pueda añadir la unidad o servicio específico en el que lleva a cabo su actividad profesional y que por su singularidad no se encuentra entre los ofrecidos.

- La categoría profesional: se especifican las seis categorías más comunes: 1) enfermera asistencial, 2) supervisora de unidad, 3) supervisora de área, 4) subdirectora, 5) directora, y 6) coordinadora.

  Al igual, que los dos apartados anteriores, éste se deja abierto para, que de existir, se puedan concretar otras categorías profesionales que, por su excepcionalidad, no se especifican entre las enunciadas.

Datos relacionados con la formación

Para los apartados que aparecen a continuación se establece la escala de Liker con cinco posibilidades: 1) muy en desacuerdo, 2) más bien en desacuerdo, 3) ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4) más bien de acuerdo y 5) muy de acuerdo.

- Las razones que se tuvieron para estudiar enfermería: 1) vocación, 2) poder ejercer la profesión que más le gustaba, 3) ser estudios de corta duración, 4) tener buenas salidas profesionales, 5) tradición familiar, 6) considerar que eran estudios fácilmente superables, 7) otras razones, especificar.
- La percepción sobre la formación recibida: 1) teórica, 2) práctica.
- La importancia que tuvieron durante la formación los contenidos relacionados con los modelos enfermeros: 1) Dorothea E. Orem, 2) Virginia Henderson, 3) Callista Roy, 4) Hildegard E. Peplau, 5) Martha E. Rogers y 6) otros.
- La importancia que tuvieron durante la formación los contenidos relacionados con diferentes clasificaciones que se corresponden con las

diferentes etapas del proceso de cuidados: 1) NANDA, 2) NOC, 3) NIC y 4) otros, especificar.

– La integración teoría y método durante la formación: 1) con un modelo como referente conceptual, 2) con una clasificación diagnóstica como referente metodológica, y 3) con ambos.

Para los dos enunciados siguientes la escala utilizada se corresponde con: 1) nunca, 2) excepcionalmente, 3) con frecuencia, 4) casi siempre y 5) siempre.

– ¿En los centros o unidades en las que realizó sus prácticas clínicas se trabajaba con planes de cuidados?
– ¿En los centros o unidades en las que realizó sus prácticas clínicas se trabajaba con alguna clasificación diagnóstica?

Para conocer la actividad investigadora desarrollada por las enfermeras participantes en el estudio, se enuncia la cuestión siguiente:

– Trabajos, publicaciones, investigaciones realizadas sobre: 1) teorías, 2) modelos, 3) métodos, 4) técnicas, 5) cuidados, 6) profesión y 7) satisfacción de los clientes.

Para valorar ¿qué considera característico de la profesión?, se utiliza la escala: 1) nada, 2) poco, 3) en cierta medida, 4) mucho y 5) totalmente. Se proponen tres opciones:

- El rol autónomo relacionado con los cuidados de salud de la persona.
- Las actividades interdependientes destinadas a contribuir al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Las actividades dependientes del diagnóstico y tratamiento médico.

Datos relacionados con las concepciones presentes en la práctica profesional

Las diferentes dimensiones que componen cada fenómeno se ordenan aleatoriamente. Se propone seleccionar tres dimensiones de entre las 10 que se ofrecen, enumeradas con 1) la que se considera con mayor valor, 2) la considerada en segundo lugar y 3) la considerada en tercer lugar de importancia, en relación a cada uno de elementos paradigmáticos: 1) cuidado humano, 2) cuidados enfermeros, 3) persona, 4) salud y 5) entorno.

Cuidado humano, entendido como los aspectos que se tienen en cuenta para determinar la necesidad, diseñar y priorizar el tipo de cuidados que requiere la persona. Las dimensiones concedidas al cuidado humano son:

1. Está orientado a eliminar problemas.
2. Tiene como finalidad cubrir un déficit.
3. Es imprescindible para la supervivencia.
4. Es individual y único.
5. Es el objeto de estudio de la enfermería.
6. Varía por diferentes factores como la edad y el estado de salud.
7. Es universal y se requiere de manera permanente.
8. Se concibe desde dimensiones espirituales y/o culturales.
9. Su verdadero significado se adquiere cuando existe una enfermedad.
10. Está ligado al concepto de independencia.

Estas diez dimensiones adjudicadas, se dejan abiertas para que cada enfermera pueda añadir otras concepciones sobre el cuidado humano que considere de interés.

Cuidado enfermero, entendido como los aspectos que se consideran al ofrecer los cuidados. Las dimensiones atribuidas al concepto de cuidado enfermero son:

1. Se trata de hacer para la persona.
2. Es preciso cuando se requieren conocimientos y habilidades específicas.
3. Se trata de actuar con la persona.
4. Se organiza en función de las percepciones y expectativas de la persona que le requiere.
5. Se trata de acompañar a la persona en sus experiencias de salud.
6. La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados.
7. Es un conjunto de reglas y técnicas especializadas y protocolizadas.
8. Está centrado en la independencia de la persona.
9. Su finalidad es la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona.
10. Es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada.

Las dimensiones aportadas se dejan abiertas para que se puedan añadir otras concepciones sobre el cuidado enfermero que se consideren relevantes.

Persona, referido a la manera de considerar a la persona, por parte de la enfermera, a la hora de establecer la relación terapéutica y llevar a cabo el proceso de cuidados. Las dimensiones consideradas relevantes respecto al concepto de persona son:

1. Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales.
2. Tiene capacidad y responsabilidad de decidir sobre su situación.
3. Sin capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas.

4. Como conjunto de estructuras y funciones.
5. Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes en relación mutua con su entorno en continuo cambio.
6. Con necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales.
7. Con capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas.
8. Con capacidad para aprender y desarrollar habilidades.
9. Se concibe dentro de la familia, o grupo, como unidad en interacción constante.
10. Es holística, espiritual y cultural.

Se añade un apartado abierto para que los participantes en el estudio puedan aportar otras concepciones sobre persona que consideren de interés.

Salud, referido al concepto de cómo se entiende la situación de la persona, en relación con su funcionamiento, desde una perspectiva global. Las dimensiones concedidas al concepto de salud son:

1. La capacidad y el deseo de utilizar bien cada capacidad que se posee.
2. Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente.
3. Ausencia de enfermedad.
4. La salud y la enfermedad como un proceso en interacción continua.
5. Ideal que se ha de conseguir según el contexto en el que la persona vive.
6. Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona.
7. Realización del potencial de creación de la persona.
8. Independencia.
9. Integridad física y homeostática.
10. Preservar la energía y comportamientos saludables.

Estas dimensiones se dejan abiertas para que se puedan aportar otras concepciones sobre salud que los entrevistados consideren características de este concepto.

Entorno, referido a los aspectos del medio de la persona, que son representativos para ésta y que se deben considerar en el cuidado de la persona. Las dimensiones atribuidas al concepto de entorno son:

1. Compuesto por todos los elementos externos que rodean a la persona.
2. Separado de la persona.
3. Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales.
4. Lo percibido por cada persona de manera única.
5. Factores que deben ser manipulados y controlados.
6. Constituido por los contextos histórico, social, político y cultural.
7. Rico en estímulos positivos y negativos.
8. Compuesto por un conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente.
9. Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible.
10. Conjunto de elementos fácilmente identificables.

Estas dimensiones se dejan abiertas para que puedan añadirse otras concepciones sobre el entorno que se consideren relevantes.

Datos relacionados con la valoración del ejercicio profesional

Se propone valorar la satisfacción personal a las cuestiones que se plantean a continuación, en la siguiente escala: 1) muy insatisfecho, 2) más bien insatisfecho, 3) ni satisfecho, ni insatisfecho, 4) más bien satisfecho y 5) muy

satisfecho:

- El ejercicio profesional.
- La relación entre lo que aprendió en su formación y lo que aplica en el ejercicio de la profesión.
- La valoración de la profesión por las enfermeras y enfermeros, en general.
- La valoración de la profesión por los otros profesionales de la salud.
- La valoración de la profesión por las personas que reciben sus servicios.
- La valoración de la profesión por la población en general.
- La valoración de la profesión por los medios de comunicación.

El cuestionario finaliza con una pregunta para valorar la opinión que se tiene en relación al área del ejercicio profesional desde la que se considera que se pueden realizar aportaciones más importantes para la profesión y la disciplina, y se especifican las cuatro áreas clásicas y dos opciones más, una integrando las diferentes áreas y la otra considerando la actitud del profesional como elemento determinante para la actividad investigadora, con independencia del área en la que ejerce: 1) la clínica, 2) la docencia, 3) la gestión, 4) la investigación, 5) desde todas ellas por igual y 6) depende de cada profesional.

Posibles limitaciones del estudio

El estudio requiere un alto compromiso por parte de los participantes a lo largo todo el proceso, tanto intelectual como de actitudes y aptitudes, ya que se trata de recoger las ideas y los valores que orientan la práctica profesional. Por ello en el momento de iniciar la recogida de la información se planteó la posibilidad de que

pudieran aparecer sesgos relacionados con el sentido que cada persona tiene de la propia imagen y de la profesional y que pudieran repercutir en las respuestas positiva o negativamente.

En el diseño del cuestionario se han tenido en cuenta, con el fin de prever su aparición o ser controlados, en su caso, los sesgos siguientes:

- Relacionados con el contenido de las preguntas, ya que éste tiene que ver con los conocimientos y con los valores del sujeto objeto de estudio con respecto al sujeto entrevistado, que se manifiesta en el estilo de ejercer la profesión, lo que puede dar lugar a prejuicios o inclinaciones subjetivas que sesgan la percepción y la formación del juicio y la formulación de la respuesta.

  Con el fin de reducir estos riesgos, se presentó el cuestionario a las personas que han participado en el estudio, especificando que todas las dimensiones tienen el mimo valor, ya que se trata de valorar la tendencia.
- Relacionados con la investigadora, por la posible existencia de una predisposición a enjuiciar y valorar más positivamente unas concepciones que otras.
- Este sesgo se ha tratado de neutralizar al buscar la participación de diferentes expertas en las distintas fases del estudio y buscando el orden aleatorio de las dimensiones de cada uno de los fenómenos, huyendo de la lógica de fechas o escuelas de pensamiento, como se propuso en algún momento del proceso ordenar las dimensiones concedidas a cada uno de los conceptos paradigmáticos.
- De tipo general, por la predisposición que puede existir a la hora de preferir unas respuestas sobre otras, incluso la tendencia de optar por puntuaciones intermedias en el propio proceso de construcción del cuestionario por parte de las expertas. Estos extremos se han tratado de paliar con la técnica

utilizada en su construcción, siguiendo las recomendaciones de Krueger (1991) en el grupo de discusión y de Cohen y Manion (1990) en la construcción de los cuestionarios y siempre propiciando y ofreciendo las explicaciones oportunas sobre la importancia de incluir las dimensiones aportadas que libremente hicieran las expertas.

Se tuvieron en cuenta las aportaciones del primer grupo de expertas y se fundamentaron aquellas que se incluyeron. Además, se consensuó la redacción de las dimensiones. Aunque como se ha fundamentado anteriormente no se ha encontrado justificación para incluir ninguna de las aportaciones realizadas por el segundo grupo de expertas.

Finalmente, los dos grupos conocieron y manifestaron su acuerdo con los resultados de su participación.

- En relación a los aspectos técnicos de selección, redacción y escalamiento de los enunciados o ítems (López, 1986), (Cohen y Manion, 1990) y (Rojas, Fernández y Pérez, 1998), se ha puesto un interés especial en formular dimensiones representativas. La elección de los significados nos ha exigido un proceso de selección de los contenidos de los distintos conceptos, la exclusión de aspectos que podrían ser considerados como relevantes, la excesiva presencia de otros menos importantes e incluso la inclusión de aspectos ajenos al concepto, dependiendo del conocimiento que se tenga sobre los distintos modelos de cuidados, como se ha valorado en la validación realizada por los expertos, pueden llegar a sesgar las respuestas del cuestionario.

  Con la solvencia y variedad de los expertos consultados se ha tratado de ofrecer una propuesta bien fundamentada que nos sirviera para neutralizar este posible sesgo.

- Se ha tratado que la redacción de los ítems fuese clara, inequívoca, neutral,

unívoca y que cumpliese los requisitos sobre los que orientan distintos autores (López, 1986, Cohen y Manion, 1990 y Rojas Fernández y Pérez, 1998).

Para evitar sesgos derivados de la redacción de las preguntas, a los que además podrían añadirse sesgos relacionados con las opciones de respuesta, ha sido fundamental la aportación de los expertos y la validación por éstos en las distintas fases del estudio.

- A la hora de solicitar la cumplimentación del cuestionario, se han tratado de evitar los sesgos relacionados con las respuestas, por la posible tendencia a contestar lo que se considera más correcto, congruente o lo que se piensa que es lo esperado por la investigadora. Para ello, y como se ha comentado anteriormente, se hace mucho hincapié, al presentar el cuestionario, en que ninguna dimensión tiene mayor importancia que otra.
- Otra limitación importante de este estudio, común en las investigaciones de este tipo, es la tasa de no respuesta.

  Para reducir esta limitación se ha puesto especial interés en la distribución de los cuestionarios entre las enfermeras de la muestra y en contactar con enfermeras con distintos niveles de responsabilidad (directoras, responsables de formación continuada, coordinadoras de centros de salud, etc.) que han facilitado la participación de las enfermeras y enfermeros seleccionados en la muestra.

  También, para neutralizar este posible sesgo, se ha llevado a cabo todo el proceso de entrega, cumplimentación y recogida del cuestionario en una misma actividad, todo ello por parte de la autora de la tesis, con el apoyo de personal de los centros y unidades en los que ejerce la profesión la población estudiada.

Prueba piloto

El estudio se inicia con el pilotaje del cuestionario para su validación, siguiendo las recomendaciones de Delgado, Llorca y Doménech (2005). Con el pilotaje del cuestionario se pretende comprobar:

- La adecuación de las preguntas.
- El enunciado de las cuestiones y su comprensión.
- La categorización de las respuestas.
- La posible existencia o el rechazo, si lo hubiere, a las preguntas.
- El tiempo necesario para su correcta cumplimentación.
- La valoración general del cuestionario por parte de los participantes.

La prueba piloto se lleva a cabo con veinticinco enfermeras y enfermeros, fundamentada la elección en la metodología de muestreo probabilístico aleatorio y de la representatividad de los datos. El criterio de inclusión se estableció por la presencia del sujeto en el lugar (sala de estar de enfermería de la unidad del hospital y de los centros de salud seleccionados). La muestra seleccionada para la prueba piloto estuvo compuesta por quince profesionales procedentes de un hospital y otros diez de tres centros de salud (de dos centros de salud participaron tres enfermeras, de cada uno de ellos, y del restante cuatro enfermeras) del área de salud de Guadalajara (todos ellos centros ajenos a la Comunidad de Madrid).

Se solicitó el consentimiento a las instituciones implicadas. Se produjo a

indicación de éstas la selección de los centros de salud, de atención primaria, y de las unidades o servicios de los hospitales y se procedió a la realización de los cuestionarios.

Se escogió a las enfermeras y enfermeros que se encontraban en el lugar y el momento elegidos su participación. Una vez manifestado su deseo de participar, se les dieron las instrucciones oportunas y se les explicó que se trataba de una prueba piloto y que por lo tanto podían añadir en el cuestionario cualquier anotación que les pareciera oportuna, además de rellenarlo, con el fin de mejorar el instrumento.

La respuesta, por parte de las enfermeras a quienes se solicitó su participación, fue muy positiva. Tan solo dos, de aquellas a las que se les pidió que cumplimentaran el cuestionario, declinaron su realización y, lo hicieron pidiendo disculpas y justificando que tenían alguna tarea que realizar que no podían demorar. Quienes cumplimentaron el cuestionario manifestaron, a lo largo de todo el proceso, una actitud de gran interés.

Los resultados fueron positivos. No hubo ningún problema, ni posibles interpretaciones con los enunciados de las cuestiones aportados en el cuestionario, ni rechazo a ninguna de las cuestiones planteadas. Se estimó como óptimo una dedicación de tiempo de treinta minutos necesarios para su correcta tramitación. La valoración fue muy positiva por parte del grupo.

Al analizar la información recogida en la prueba piloto se observa que todas las cuestiones planteadas fueron interpretadas y respondidas correctamente. La cuestión planteada como “1.3 *Escuela en la que curso los Estudios*”, para la que

se planteaban dos alternativas: 1) universidad y 2) centro y universidad con la que se vincula, para los casos de las escuelas adscritas, también se cumplimenta adecuadamente, a excepción de una enfermera, por el grupo. Sin embargo, no sucede lo mismo con la población de estudio que, o bien, no se cumplimenta o, se responde de la misma manera para las dos opciones, por lo que será un dato que se decida desestimar en las conclusiones finales.

Encuesta de opinión

Distribución y selección de la muestra

Recogida de datos

Tratamiento de los datos

Encuesta de opinión

Una vez validado el cuestionario se realiza la encuesta a la población de estudio, fundamentada ésta, al igual que la selección de muestra para la prueba piloto, en el muestreo aleatorio y de la representatividad de los datos. Son características técnicas de la encuesta el universo de 31.152[75] enfermeras y enfermeros en ejercio en la Comunidad de Madrid.

Distribución y selección de la muestra

La población de estudio se selecciona mediante estratificación y por hospitales públicos y centros de salud [76]. Dentro de estos dos ámbitos a enfermeras que ejercen en las diferentes áreas, la clínica, la docencia y la gestión. Las entrevistas se llevaron a cabo en los centros de trabajo.

Los centros sanitarios seleccionados para el estudio responden a criterios de accesibilidad. Estos son:

- Centros de salud de las áreas de salud de la Comunidad de Madrid 3, 4 y 7.

[75] Fuente Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Total de colegiados a fecha 31 de diciembre de 2006. En esta cifra no se incluyen los colegiados jubilados.

[76] En los datos recogidos se observa una pequeña presencia de enfermeras que ejercen en hospitales públicos. Un 0.8% se entiende que practica una doble jornada haciendo compatible su actividad a la atención sanitaria pública (hospitalaria o extrahospitalaria) y la sanidad privada.

Las dos primeras áreas de salud están vinculadas a la Universidad de Alcalá y el área 7 a la Universidad Complutense.

- Hospitales universitarios de la Comunidad de Madrid: Príncipe de Asturias, Ramón y Cajal y Clínico de San Carlos. Al igual que con las dos primeras áreas de salud, los dos primeros hospitales también están vinculados con la Universidad de Alcalá y el Hospital Universitario de San Carlos a la Universidad Complutense.

La solicitud para acceder a los centros y a los profesionales se realizó mediante una petición a la directora de enfermería correspondiente y en todo momento se contó con la colaboración y apoyo bien de la propia directora o de la persona en la que ésta delegó.

Recogida de datos

Se realiza a través del cuestionario autoadministrado (ver anexo 2) con preguntas cerradas y mixtas. El cuestionario ha sido cumplimentado por las enfermeras y enfermeros que reúnan las características fijadas en la selección de la muestra y el criterio de inclusión.

Para garantizar la fiabilidad (Pérez, 1994), se cuenta con las direcciones de enfermería y las responsables de formación continuada de los hospitales y las direcciones de las áreas de salud y coordinadoras de los centros de atención primaria.

En todo el proceso de la investigación se han respetado las normas éticas de conducta tanto por parte de la investigadora como por todos los participantes.

Tratamiento de los datos

La información de los cuestionarios ha sido grabada, validada y tabulada con el programa BarbWin (v. 6.0).

Además de la obtención de los marginales, se tabularon como cabeceras los siguientes campos: edad, sexo, antigüedad, titulación, formación (continuada y de postgrado), tipo de centro, unidad hospitalaria y categoría profesional.

El tratamiento estadístico se realiza mediante índices de estadística descriptiva e inferencia. Para la interpretación de los datos relacionados con la caracterización, la formación y la valoración del ejercicio profesional y comprobar la existencia de diferencias significativas en el comportamiento de la variable, entre los grupos estudiados, se aplica el intervalo de confianza para la diferencia de la media y el test de *Mann Whitney* para la comparación de variables cualitativas. Para la interpretación de los resultados del significado de las concepciones paradigmáticas, al aplicar el test de *Mann Whitney* y de *Ji-cuadrado de Pearson*, apenas se encuentra relación significativa debido al alto numero de opciones propuestas y a la gran dispersión de las frecuencias de las propias respuestas, por lo que se realiza un análisis e interpretación de los resultados global sobre las diferencias porcentules entre los grupos estudiados

Capitulo III. Resultados

Es de verdad fundamental entender la relación que hay entre unos fenómenos y otros, y aproximarse y tratar de resolver los problemas de un modo equilibrado, considerando los distintos aspectos.

Dalai Lama (Tíber)

Un sentido de responsabilidad universal.

Discurso Premio Novel 1989.

Cooperación Andina de Fomento y Cooperación Latinoamericana Misión Rural. (2002).

Resultados

Características de la población estudiada

Datos de caracterización

Datos relacionados con la formación profesional

Datos relacionados con la valoración del ejercicio profesional

Resultados

Los resultados se presentan siguiendo el esquema siguiente:

1 En primer lugar se especifican los datos que caracterizan a la población estudiada.
2 Después se desarrolla un análisis de los resultados obtenidos en relación a cada uno de los conceptos paradigmáticos y su relación con las variables que se ha hipotetizado que pueden influir en las diferentes concepciones.
3 En tercer lugar se hace un análisis sobre la visión general de los conceptos interrelacionados.
4 Se concluye con unas conclusiones generales.

Características de la población estudiada

La población de estudio está formada por un total de 243 enfermeras y enfermeros en ejercicio en la Comunidad de Madrid en el momento de realizar la recogida de la información a través del cuestionario construido.

Se trata de una muestra no probabilística, de conveniencia por la relación con los hospitales y centros de salud elegidos para el estudio y por su presencia en el lugar en el que se realiza el cuestionario.

Las características que presenta la población estudiada son representativas de la totalidad de las enfermeras y enfermeros que ejercen en la Comunidad de Madrid y extrapolables al conjunto del Estado. Son las siguientes:

1. Datos de caracterización

Por edad

Años	Menos de 30	30-39	40-49	50 y más
Total: 243	55	81	64	40

Tabla 22. Distribución de la población de estudio por grupos de edad.

Los datos que arrojan los grupos de edades parecen corresponderse con la edad de la población de enfermeras en ejercicio a nivel general.

Por sexo

Sexo	Mujer	Hombre
Total: 243	203	39

Tabla 23. Distribución de la población de estudio por sexos.

En las cifras relacionadas con el sexo de los participantes se pone de manifiesto de manera clara, que la enfermería es una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres, afirmación que se ha venido formulando en diferentes apartados de este trabajo.

Titulación

Título	ATS	DUE. Homologación	DUE
Total: 243	5	49	189

Tabla 24. Distribución de la población de estudio por titulación.

En este apartado se evidencia el interés de las enfermeras, formadas con anterioridad al nivel de diplomatura, por adaptarse a esta titulación. Los datos de nuestra población de estudio parecen representativos de la realidad, ya que coinciden con los expresados por Calvo y Mompart (1992) que afirman, como resultado de un estudio, que el curso de homologación de conocimientos fue seguido y superado a lo largo de la década de los años 1980 por el 80% de las ayudantes técnico sanitarias.

Formación posterior a la titulación como enfermera

Formación	Continuada	Estudios de grado	Especialidad	Postgrado
Total: 243	220	22	34	22

Tabla 25. Distribución de la población de estudio por la formación posterior a la titulación.

Llama la atención el elevado número de enfermeras que afirman llevar a cabo formación permanente (220 enfermeras de las 243 estudiadas). También es relevante que 22 enfermeras hayan realizado otra diplomatura o licenciatura y que otras 22 hayan llevado a cabo estudios de doctorado. Lo más llamativo es que estas 44 enfermeras, a pesar de contar con otra titulación, siguen ejerciendo como tales.

Tiempo de ejercicio profesional

Años	Menos de 5	5-9	10-19	20-29	30 y más
Total: 243	36	43	87	51	25

Tabla 26. Distribución de la población de estudio por grupos según el tiempo de ejercicio profesional.

El dato relacionado con el tiempo de ejercicio profesional se ha considerado de interés tanto para valorar su influencia en las concepciones que guían la práctica en el sentido expresado por Benner (1987 y 2001), como para observar su

relación con la satisfacción profesional, pues según expresan Moreno et ál. (2002) el tiempo pasado en contacto directo con los enfermos supone un elemento fundamental en el desgaste profesional.

Tipo de centro en el que ejercen

Ámbito	Atención especializada	Atención primaria
Total: 243	157	88

Tabla 27. Distribución de la población de estudio por grupos según el ámbito de ejercicio profesional.

El dividir la población de estudio entre quienes ejercen en atención primaria, concretamente en centros de salud, y quienes lo hacen en atención especializada, es decir hospitales, encuentra su razón en poder valorar la influencia del medio en las concepciones estudiadas que prevalecen o se van desarrollando con la práctica, por adquirir mayor significado para explicar las situaciones cotidianas.

Parece existir una corriente de opinión sobre que la actividad enfermera en atención primaria está más orientada a los cuidados de salud, mientras que en el hospital lo está más a los aspectos relacionados con la enfermedad. Elías, Piqué y Torra (1989) afirman que con el desarrollo de la Atención Primaria en España, se produce un cambio de paradigma en la atención a la salud, y se pasa de lo que denominan *"un modelo básicamente «medicalizado», con unos contenidos eminentemente curativos"* a un modelo centrado en la promoción, protección, curación y rehabilitación, con un enfoque individual y colectivo, en el que la participación de los ciudadanos es fundamental. Nos parece de interés comprobar como se ponen de manifiesto, estas dos corrientes, en las concepciones que expresan ambos grupos estudiados.

Dentro del ámbito hospitalario distribuidos de la manera siguiente

Unidad	Hospitalización	Unidad especial	Servicio central	Otras
Total: 157	80	54	15	8

Tabla 28. Distribución de la población de estudio por grupos según el ámbito de ejercicio profesional, en atención hospitalaria.

La distribución de las enfermeras que ejercen en hospitales en servicios concretos se considera una información que puede adquirir significado por los mismos argumentos que el dato anteriormente comentado. Es decir, si el tipo de enfermo atendido, en función de la enfermedad que padece y su grado de autonomía, puede influir en las concepciones relacionadas con los cuidados que requiere.

Categoría profesional

Categoría	Enfermera asistencial	Cargo directivo
Total: 243	210	31

Tabla. 29. Distribución de la población de estudio por grupos según la categoría de ejercicio profesional.

También hemos considerado que la categoría profesional, desde la que se ejerce la profesión, puede influir en la mirada que se proyecta sobre los conceptos nucleares. La distribución se hace entre enfermeras clínicas, o asistenciales, con relación directa con las personas atendidas y con la responsabilidad de ofrecer cuidados directos. Por otra parte están, las enfermeras con puestos de gestión, con una mayor relación con las enfermeras y una responsabilidad orientada a facilitar la acción de cuidar.

2. Datos relacionados con la formación profesional

En este apartado se recogen una serie de datos relacionados con aspectos previos a iniciar la formación como enfermeras y otros relacionados con la formación propiamente dicha.

Para cada una de las variables estudiadas se presentan dos tablas. En la primera, identificada como A), se presentan como cabeceras de las columnas los resultados de la población estudiada agrupados por: Edad ((A) de menos de 30 años, (B) de 30 a 39 años, (C) de 40 a 49 años y (D) de 50 años y más). Sexo ((A) mujer y (B) hombre). Tiempo de experiencia profesional ((A) de menos de 5 años, (B) de 5 a 9 años, (C) de 10 a 19 años, (D) de 20 a 29 años y (E) de más de 30 años). Los resultados recogidos en la tabla B), se refieren a la población de estudio agrupada por: Titulación de origen ((A) ATS, (B) DUE por homologación de estudios y (C) DUE). Formación posterior ((A) continuada y en servicio, (B) otros estudios de grado, (C) especialidad de enfermería y (D) estudios de postgrado). Tipo de centro en el que se ejerce la profesión ((A) hospital y (B) centro de atención primaria. No se especifican en las tablas los resultados agrupados por categoría profesional porque no se han encontrado diferencias significativas en ningún caso.

Cada una de las tablas consta de seis filas, la primera se corresponde con la variable, la segunda con la especificación de los grupos correspondientes, la tercera con la población total estudiada en cada uno de ellos, la cuarta con las respuestas reales obtenidas, la quinta con el resultado de la media y la sexta con la desviación típica.

Aplicado el intervalo de confianza al 95% y *el test de Mann Whitney,* recomendado para la comparación de dos muestras independientes, cuando aparece en las tablas, en la casilla de la media (sobre 5), en relación al grupo concreto, una letra minúscula significa que existe una diferencia estadísticamente significativa (p<0,05), en relación al grupo identificado con la letra. Cuando la letra es mayúscula significa que p<0,01.

Estudiar Enfermería por vocación

La primera cuestión planteada se refiere al papel que ha jugado la vocación en la elección de la profesión. Es una información que consideramos de interés, porque a lo largo de este trabajo hemos visto que la vocación ha sido y, de alguna manera sigue siendo considerada una garantía para una buena práctica, (Martínez y Napione, 1996 y Falcó, 2005). Es por ello por lo que se ha considerado de interés formular una pregunta concreta sobre el papel que ha tenido esta motivación en la decisión de *ser enfermera* y valorar su influencia en las concepciones que guían el ejercicio profesional.

Tabla 30 (A y B) **Decidió estudiar Enfermería por vocación**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	216	55	73	52	34	185	34	36	41	77	40	22
Media	4,05	4,24 b	3,75	4,04	4,32 B	4,15 B	3,5	4,19	4,12	3,99	3,83	4,27
Desviación	1,18	1,04	1,26	1,34	0,84	1,12	1,33	1,17	1,05	1,19	1,47	0,77

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	216	5	39	172	196	19	30	19	138	80
Media	4,05	4	4,15	4,02	4,04	3,42	4,37 b	4,05	4,20 b	3,8
Desviación	1,18	1,41	1,16	1,18	1,18	1,54	1,03	0,97	1,05	1,34

Las repuestas ponen de manifiesto la existencia de un alto consenso sobre que el sentimiento vocacional fue un motivo para la elección de la profesión, con una media de 4,05 (sobre 5). De la población de estudio, el 67,5% manifiesta estar de acuerdo y el 11,1% en desacuerdo ($p<0,0001$). Los resultados se distribuyen de la manera siguiente:

- Por grupos de edad son las enfermeras que tienen 50 años y más quienes se muestran más de acuerdo con haber elegido los estudios por vocación (media de 4,32), seguidas de quienes tienen menos de 30 años (4,24). Estos resultados resultan estadísticamente significativos en relación al grupo de enfermeras con edades comprendidas entre los 30 y 39 años, para el que el sentimiento de vocación no parece haber sido tan determinante, (3,75), $p<0,01$ respecto al grupo de más de 50 años, y $p<0,05$ respecto al formado por el grupo con menos de 30 años.
- Las mujeres (4,15) en relación a los hombres (3,5) ($p<0,01$).
- Quienes han realizado una especialidad (4,37) en relación a quienes cuentan con otros estudios de grado (3,42) $p<0,05$.
- También nos parece llamativo el que pese la vocación más entre las enfermeras que ejercen en el hospital (4,20) que para quienes lo hacen en atención primaria (3,8) $p<0,05$.

Ejercer la profesión que más le gustaba

La segunda cuestión planteada, dentro de este apartado, se orienta a conocer si la elección está motivada por tratarse de elegir la profesión que más satisfacía las preferencias de las enfermeras participantes en el estudio, en el momento que tomaron la decisión de estudiar enfermería.

Tabla 31 (A y B) **Por poder ejercer la profesión que más le gustaba**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	218	55	72	55	33	183	34	35	40	78	41	
Media	4,24	4,29	4,01	4,29	4,48 B	4,34 B	3,65	4,23	4,28	4,1	4,27	4,57 C
Desviación	0,95	0,69	1,09	1,05	0,76	0,89	1,07	0,84	0,78	1,1	1	0,66

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	218	3	41	174	198	17	29	21	141	79
Media	4,24	3,67	4,39	4,21	4,24	3,76	4,55 aB	4,29	4,34 b	4,06
Desviación	0,95	1,15	1	0,93	0,94	1,15	0,74	0,78	0,84	1,09

Al igual que en la cuestión anterior, las repuestas ponen de manifiesto la existencia de un consenso alto, con una media de 4,24 sobre 5. Un 73,7% manifiesta estar de acuerdo y el 4,9% en desacuerdo ($p<0,0001$). Tan solo una enfermera de las participantes en el estudio, apunto que estudió enfermería porque no obtuvo nota para estudiar otra carrera. Sin embargo, existe una corriente de opinión, más extendida en ámbitos ajenos a ésta, que atribuye la

elección de los estudios de la enfermería a no haber podido optar a la elección de los estudios de medicina.

Conocer este dato nos ha parecido de interés pues como afirman Suárez y Fernández (2005) la investigación educativa apunta a que los estudiantes más motivados tienen un mayor rendimiento académico, lo que orienta a un aprendizaje más significativo que puede influir en las concepciones que guían la práctica. Además estos resultados representan un reto para las enfermeras docentes.

El hecho de elegir los estudios de enfermería para poder ejercer la profesión que más gusta, se refuerza con la respuesta a la cuestión planteada, dentro del tercer apartado —*"satisfacción con el ejercicio profesional"*— en la que manifiestan estar de acuerdo el 74,9% de las enfermeras estudiadas. Los resultados de nuestro estudio entran en contradicción con los de Pico y Tobón (2005) que identifican en su estudio que la enfermeras tienen un conflicto entre la formación académica y la oferta laboral. Estos autores atribuyen el conflicto a que no se desarrollan las capacidades de liderazgo profesional.

La distribución de los porcentajes también es muy similar a la cuestión anterior, siendo estadísticamente significativo en los grupos siguientes:

- Manifiestan un mayor acuerdo las enfermeras que tienen 50 años y más (4,48), en relación a quienes tienen entre 30 y 39 años (4,01), $p<0,01$.
- Las mujeres (4,34) en relación a los hombres (3,65) $p<0,01$.
- Quienes cuentan con una experiencia profesional de más de 30 años (4,57) en relación a las enfermeras con un ejercicio profesional de entre 10 y 19 años (4,1) $p<0,01$.

- Las enfermeras que han realizado una especialidad (4,55) en relación a quienes desarrollan formación continuada (4,24) $p<0,05$ y a quienes cuentan con otros estudios de grado (3,76) $p<0,01$.
- También es significativo para quienes ejercen en el hospital (4,34) en relación a quienes lo hacen en primaria (4,06) $p<0,05$.

Estudios de corta duración

La cuestión siguiente, sobre si influye en la elección de los estudios el hecho de ser unos estudios de corta duración, se plantea, por su propio significado pero, fundamentalmente, como cuestión que puede tener un papel de reafirmación de las cuestiones anteriores.

Tabla 32 (A y B) **Por ser unos estudios de corta duración**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	197	54	69	47	26	163	34	34	41	68	35	19
Media	2,75	2,65	2,9	2,72	2,65	2,69	3,03	2,94	2,56	2,81	2,77	2,53
Desviación	1,3	1,26	1,24	1,39	1,41	1,34	1,09	1,35	1,27	1,22	1,42	1,43

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	197	3	32	162	179	16	27	18	127	72
Media	2,75	3	2,69	2,75	2,78	2,94	2,78	2,72	2,63	2,94
Desviación	1,3	1,73	1,51	1,26	1,31	1,39	1,42	1,32	1,31	1,29

En cuanto a una posible relación entre la corta duración de los estudios y su elección, el consenso es menor que en las anteriores cuestiones. La media es de 2,75 y los porcentajes son muy similares: un 25,9% manifiesta estar de acuerdo y un 36,2% expresa su desacuerdo, destaca que un 18,9% no responde a esta cuestión. Resulta significativo que en la elección de los estudios no influya su corta duración (p=0,0239). En el análisis de las respuestas por grupos no se obtienen resultados estadísticamente significativos.

Buenas salidas profesionales

Se ha tratado de valorar la influencia que pudiera tener en la elección de los estudios la facilidad para ejercer la profesión, pues tradicionalmente, a excepción de unos años al final de la década de los años 1990, la incorporación al mundo profesional se produce de manera automática a la finalización de los estudios. Al igual que la cuestión anterior esta pregunta tiene interés para la reafirmación de las cuestiones anteriores.

Tabla 33 (A y B) **Por tener buenas salidas profesionales**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	200	53	70	47	29	166	34	33	41	69	37	20
Media	3,25	3,49 D	3,36 d	3,13	2,72	3,16	3,68 A	3,58 E	3,24 E	3,43 E	3,14 e	2,3
Desviación	1,3	1,23	1,17	1,44	1,41	1,36	0,88	1,39	1,14	1,16	1,46	1,3

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	200	3	35	162	182	17	29	18	128	74
Media	3,25	3	2,57	3,40 B	3,29	2,94	3,1	3,44	3,31	3,16
Desviación	1,3	1,73	1,4	1,23	1,3	1,09	1,26	1,04	1,27	1,36

Se aprecia un consenso relativo en cuanto a la elección de la profesión por sus buenas salidas desde el punto de vista laboral, con una media de 3,25. Están de acuerdo en la elección de los estudios por sus buenas salidas profesionales el 40,7% y en desacuerdo el 23% (p=0,0004).

Las características de los grupos que están de acuerdo y son significativos, responden a:

- Quienes tienen menos de 30 años (3,49) y el grupo de entre 30 y 39 años (3,36), en relación al formado por enfermeras con más de 50 años (2,72), p<0,01 y p<0,05 respectivamente.
- Los hombres (3,68) en relación a las mujeres (3,16) p<0,01.
- Se observa una significación entre los cuatros grupos con menos experiencia profesional y el grupo con una experiencia superior a los 30 años, p<0,01 en los tres primeros y p<0,05 entre el compuesto por quienes tienen una experiencia de entre 20 y 29 años y más de 30 años.
- Los titulados DUE, (3,40) en relación al grupo de DUE por nivelación de conocimientos (2,57) p<0,01.

Tradición familiar

Se ha incluido la influencia que pudiera tener la tradición familiar en la elección de los estudios, porque es una cuestión que con cierta frecuencia se formula como una de las motivaciones que lleva a tomar la decisión.

Tabla 34 (A y B) **Elección de los estudios por tradición familiar**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	196	54	68	45	28	163	33	34	40	68	34	20
Media	1,46	1,41	1,34	1,58	1,71	1,47	1,45	1,26	1,6	1,26	1,85 AC	1,55
Desviación	0,97	1	0,86	0,99	1,15	1	0,83	0,79	1,24	0,66	1,21	0,94

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	196	3	33	160	178	16	27	18	127	71
Media	1,46	3,33 c	1,73 c	1,38	1,47	1,63	1,63	1,61	1,48	1,48
Desviación	0,97	2,08	1,13	0,87	0,98	1,09	1,11	1,14	1,01	0,98

Existe un alto consenso en que no existe, o no influye, una tradición familiar para optar por los estudios (media 1,46). El 70,4% manifiesta su desacuerdo y solamente un 5,8% su acuerdo ($p<0,0001$). Aunque también destaca un elevado porcentaje de no respuesta (19,3%).

Los resultados son significativos en los grupos siguientes:

- Sobresale que estén de acuerdo, con la influencia de la tradición familiar, el

grupo de enfermeras con una experiencia profesional de entre 20 y 29 años (1,85) en relación con quienes cuentan con menos de 5 años (1,26) y entre 10 y 19 años (1,26) p<0,01.

- El grupo formado por los titulados ATS (3,33) y DUE por nivelación de conocimientos (1,73) en relación a los titulados DUE (1,38) p<0,05.

Considerar los estudios fácilmente superables

Esta cuestión también se considera de interés porque, considerando las afirmaciones de Suárez y Fernández (2005) en cuanto a que la motivación está relacionada con el rendimiento académico, se entiende que cuando la motivación radica en la facilidad de los estudios desciende el rendimiento, lo que puede influir en el aprendizaje significativo.

Tabla 35 (A y B) **Elección de los estudios por considérales fácilmente superables**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	196	53	69	46	27	163	33	33	41	68	35	19
Media	1,84	1,81	1,59	2,00 b	2,26 B	1,79	2,09	1,97 b	1,44	1,71	2,17 Bc	2,32 Bc
Desviación	1,08	1,02	0,86	1,28	1,2	1,07	1,1	1,13	0,71	0,95	1,32	1,29

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	196	2	33	161	178	16	27	18	126	72
Media	1,84	2,50 c	2,12	1,77	1,85	1,88	1,96	1,72	1,79	1,92
Desviación	1,08	0,71	1,36	1,01	1,09	1,15	1,26	0,96	1,03	1,16

Se observa un alto consenso en optar por señalar que en la elección de los estudios no influyó el considerar que fueran fácilmente superables (media 1,84). Un 60,1% afirma que no eligió los estudios por considerarles fáciles, frente a un 7,8% que si está de acuerdo con esta afirmación (p<0,0001). Es relativamente relevante el que un 19,3% no responda esta cuestión.

Los resultados son significativos en los grupos siguientes:

- Para los grupos que cuentan con una edad entre 40 y 49 años (2,00) y más de 50 años (2,26), en relación a quienes tienen entre 30 y 39 años (1,59), p<0,05 y p<0,01 respectivamente.
- Quienes cuentan con una experiencia profesional de menos de 5 años (1,97), en relación a quienes la tienen de entre 5 y 9 años (1,44) p<0,05. Y de los grupos formados por quienes cuentan con una experiencia de entre 20 y 29 años (2,17) y de más de 30 años (2,32) en relación al grupo con experiencia de entre 5 y 9 años (1,44) p<0,01 y el grupo con experiencia profesional de entre 10 y 19 años (1,71) p<0,05.

La formación teórica recibida en la formación

Nos parece de interés relacionar el conocimiento que se requiere para el ejercicio

profesional con el adquirido durante el periodo de formación. En este sentido, el formular a enfermeras, con experiencia profesional, si consideran suficiente la formación teórica que recibieron, puede dar origen a respuestas interpretativas. La elección de la respuesta puede relacionarse con la seguridad para resolver los problemas a los que se enfrentan y por lo tanto con los conocimientos adquiridos y recordados, pero también con la expertía que se ha ido desarrollando, porque como afirman estudiosos del tema como Medina (1998 y 2002), el aprendizaje es continuo.

Tabla 36 (A y B) **Consideran suficiente la formación teórica recibida**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Media	3,69	3,55	3,67	3,64	4,08 Abc	3,68	3,82	3,61	3,63	3,77	3,49	4,08 bd
Desviación	1,06	1,067	1,02	1,16	0,9	1,07	1,02	1,08	1,05	1	1,24	0,81

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Media	3,69	4,80 BC	3,71	3,66	3,77 d	3,77	4,06 aD	3,27	3,73	3,63
Desviación	1,06	0,45	1,13	1,04	1,06	1,02	0,92	0,98	1,02	1,12

Se aprecia un amplio consenso en cuanto a considerar como adecuada la formación teórica recibida (media 3,69), así como el alto índice de repuesta (100%). El 64,6% manifiesta estar de acuerdo, con la formación teórica recibida,

y el 16% en desacuerdo, (p<0,0001).

Los resultados son estadísticamente significativos en los grupos siguientes:

- El grupo formado por enfermeras que tienen 50 años y más (4,08) en relación a quienes tienen menos de 30 años (3,55) p<0,01 y a los grupos de 30 a 39 (3,67) y de 40 a 49 años (3,64) p<0,05.
- Quienes cuentan con una experiencia profesional superior a los 30 años (4,08) en relación a quienes cuentan con entre 5 y 9 años (3,63) y entre 20 y 29 años (3,49) p<0,05.
- Destaca el grupo formado por las tituladas como ATS (4,80) en relación a las DUE (por homologación) (3,71) y DUE (3,66) p<0,01.
- Las enfermeras que han cursado alguna especialidad (4,06) en relación a quienes han desarrollado formación continuada (3,77) p<0,05 y a quienes han desarrollado otros estudios de potgrado (3,27) p<0,01. Quienes cuentan con formación continuada (3,77), en relación a quienes cuentan con estudios de postgrado (3,27) p<0,05.

La formación práctica recibida en la formación

En cuanto a la formación práctica recibida, durante el proceso de formación, los resultados son similares a los expresados en relación a la formación teórica. Aquí puede adquirir significado el pensamiento de teóricas como Benner (1987 y 2001) que desarrolla la idea de que el grado de experta se adquiere con el ejercicio profesional. Esta idea puede justificar que las enfermeras más expertas estén más satisfechas con la formación recibida. Esta afirmación pudiera entrar en contradicción con los resultados del estudio de Juanola, et ál. (1998) que afirman que los estudiantes están más satisfechos con su formación práctica, que

los profesionales. En nuestro estudio, los más jóvenes (menores de 30 años) y con menos experiencia profesional (menos de 5años) son los grupos que expresan menos satisfacción con la formación recibida, (3,55 y 3,61 de media respectivamente).

Tabla 37 (A y B) **Consideran suficiente la formación práctica recibida**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	242	54	81	64	40	203	38	35	43	87	51	25
Media	3,63	3,37	3,33	3,84 aB	4,28 ABc	3,69	3,37	3,49	3,26	3,49	3,90 Bc	4,36 ABC
Desviación	1,18	1,17	1,18	1,09	1,09	1,19	1,13	1,25	1,11	1,19	1,06	1,08

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	242	5	49	188	219	22	34	22	156	88
Media	3,63	4,80 bC	4,31 C	3,43	3,65	3,55	3,76	3,59	3,62	3,61
Desviación	1,18	0,45	1	1,16	1,18	1,26	1,3	1,14	1,17	1,25

El consenso es alto, aunque menor que en relación a la formación teórica, (media 3,63). También, como en la cuestión anterior, destaca la baja abstención en este apartado (0,4%). El 57,6% manifiesta estar de acuerdo y el 20,2% en desacuerdo, ($p<0,0001$).

Las diferencias son significativas en los grupos siguientes:

- Destacan el grupo de enfermeras que cuentan con 50 años y más (4,28) en

relación a quienes tienen menos de 30 años (3,37) y entre 30 y 39 años (3,33) p<0,01 y entre 40 y 49 años (3,84) p<0,05. Le siguen el grupo de enfermeras que tienen entre 40 y 49 años (3,84) en relación a quienes tienen menos de 30 años (3,37) p<0,05 y a quienes tienen entre 30 y 39 años (3,33) p<0,01.

- En cuanto a los grupos en función del tiempo de experiencia profesional, son significativos los resultados de grupo que cuenta con un ejercicio profesional de entre 20 y 29 años (3,90) en relación a quienes cuentan con una experiencia de entre 5 y 9 años (3,26) p<0,01 y de entre 10 y 19 años (3,49) p<0,05. Y el grupo que cuenta con una experiencia profesional de más de 30 años (4,36) en relación al grupo con menos de 5 años de experiencia (3,49), de entre 5 y 9 años (3,26) y de entre 10 y 19 años (3,49) p<0,01.
- En cuanto a los grupos por titulación, destaca el grupo de ATS (4,80) en relación con las DUE por homologación (4,31) p<0,05, y de estos dos grupos con el de DUE (3,43) p<0,01.

La explicación, de los resultados señalados, en la que los grupos más veteranos en el ejercicio profesional expresan una mayor satisfacción con la formación práctica recibida, puede estar, en que el aprendizaje de la enfermería, hasta finales de los años 1970, era fundamentalmente práctico, representando un 80% del total de la formación cursada, con lo que éste adquiría una importancia singular, progresivamente se ha ido concediendo más importancia a los contenidos teóricos.

Las diferencias entre la consideración, más positiva, que se le concede, en general, a la formación teórica (3,69), frente a la formación práctica (3,63), puede explicarse porque en la formación en las prácticas clínicas concurren escenarios y actores que no se corresponden con el ámbito académico, como se

analizaba en el apartado de esta tesis dedicado a la formación. Así la organización de esta parte del aprendizaje es compleja y los profesionales asistenciales, generalmente, consideran escaso el tiempo de aprendizaje dedicado actualmente a las prácticas, idea que, por una parte, transmiten a los estudiantes y forma parte de su imaginario durante los primeros años de ejercicio profesional. Además está la propia vivencia de este aprendizaje que, como afirman Ferrer et ál. (2002), se caracteriza por crear en el estudiante un alto grado de ansiedad, lo que puede llevar a recordarlo de manera menos positiva que el aprendizaje de la teoría.

En los cuatro apartados que se presentan a continuación, se concreta sobre la formación teórica y práctica recibida. En cuanto a los modelos de cuidados y a la metodología enfermera, concretando ésta en las taxonomías de diagnósticos, resultados e intervenciones más extendidas.

Modelos de cuidados estudiados en profundidad durante la formación

Esta cuestión tiene como finalidad conocer los modelos de cuidados que se ha estudiado en profundidad durante el proceso de formación, con el fin de comprobar si los postulados desarrollados en el modelo representan la línea de pensamiento que impregna las concepciones paradigmáticas.

Se proponen los modelos de Dorothea E. Orem, Virginia Henderson, Callista Roy, Hildergade Peplau y Martha Rogers, por ser los que están incluidos en la mayoría de los planes de estudio, aunque con distintos niveles de profundización, y por ser los más conocidos en nuestro entorno. Martínez, Cabrero, y Vizcaya (1999), hacen un estudio sobre la utilización de los modelos en las publicaciones,

y llegan a la conclusión de su uso escaso y apuntan a que los más usados son los de Henderson, Orem y Rogers.

Tabla 38 (A y B) **Estudio en profundidad del Modelo de DE. Orem**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	192	51	73	43	24	160	32	36	36	74	30	15
Media	3,19	3,76 bCD	3,23 d	2,79	2,54	3,22	3,06	3,69 cD E	3,67 cDE	3,12 e	2,7	2,33
Desviación	1,38	1,18	1,41	1,3	1,38	1,35	1,5	1,12	1,26	1,44	1,21	1,4

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	192	1	29	162	173	17	24	19	120	74
Media	3,19	5	2,31	3,34 B	3,17 D	3,06	3,38 D	2,37	3,50 B	2,69
Desviación	1,38		1,28	1,33	1,36	1,43	1,17	1,26	1,21	1,51

Manifiestan haber estudiado en profundidad el modelo de Orem el 37%, de la población de estudio, y no haberlo hecho 25,9% (p=0,0224). Es significativo el estudio de este modelo en los grupos siguientes:

- Enfermeras con menos de 30 años (3,76), en relación a quienes tienen entre 30 y 39 años (3,23) p<0,05, y a quienes cuentan con entre 40 y 49 años (2,79) y 50 años y más (2,54) p<0,01. Y del grupo de quienes tienen entre 30 y 39 años (3,23), en relación con quienes cuentan con 50 años y más (2,54) p<0,05.
- En cuanto a los grupos en función del tiempo de ejercicio profesional,

destacan quienes cuentan con menos de 5 años (3,69) y el de entre 5 y 9 años (3,67), en relación a quienes cuentan con entre 10 y 19 años (3,12) p< 0,05, y a quienes cuentan con una experiencia de entre 20 y 29 años (2,7) y de más de 30 años (2,33) p<0,01. Los resultados del grupo de quienes cuentan con entre 10 y 19 años (3,12), a su vez, presentan una diferencia significativa en relación a quienes cuentan con una experiencia de más de 30 años (2,33) p< 0,05.

- Las tituladas DUE (3,34), en relación a las DUE por homologación (2,31) p<0,01. No pueden establecerse relaciones estadísticamente significativas con el grupo de ATS, por el bajo porcentaje de respuestas de este grupo.
- Quienes desarrollan formación continuada (3,17) y el grupo que ha desarrollado una especialidad (3,38), en relación a quienes cuentan con estudios de postgrado (2,37) p<0,01.
- El grupo de enfermeras que ejercen en hospital (3,50), en relación a quienes lo hacen en centro de salud (2,69) p<0,01.

Tabla 39 (A y B) **Estudio en profundidad del Modelo de V. Hederson**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	208	51	76	48	30	173	34	34	40	80	34	19
Media	3,49	4,10 BCD	3,36	3,42	2,97	3,57	3,15	4,06 CDE	3,98 CDE	3,45 de	2,97	2,68
Desviación	1,29	0,96	1,3	1,22	1,56	1,3	1,21	0,98	0,92	1,36	1,17	1,53

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	208	2	34	172	188	19	28	20	131	79
Media	3,49	5,00 BC	2,71	3,63 B	3,55	3,26	3,21	3,1	3,79 B	3
Desviación	1,29	0	1,49	1,2	1,27	1,37	1,17	1,62	1,09	1,44

Manifiestan haber estudiado en profundidad el modelo de Henderson el 48,1%, de la población de estudio, y no haberlo hecho 17,3% ($p<0,0001$). Es significativo el estudio de este modelo de en los grupos siguientes:

- Enfermeras con menos de 30 años (4,10), en relación a quienes tienen entre 30 y 39 años (3,36), entre 40 y 49 años (3,42) y de 50 años y más (2,97) $p<0,01$.
- En cuanto a los grupos en función del tiempo de ejercicio profesional, destacan quienes cuentan con menos de 5 años (4,06) y el de entre 5 y 9 años (3,98), en relación a quienes cuentan con entre 10 y 19 años (3,45), entre 20 y 29 años (2,97) y de más de 30 años (2,68) $p<0,01$. Los resultados del grupo de quienes cuentan con una experiencia de entre 10 y 19 años (3,45), a su vez, presentan una diferencia significativa en relación a quienes cuentan con una experiencia de entre 20 y 29 años (2,97) y más de 30 años (2,68) $p< 0,05$.
- Las tituladas como ATS (5) en relación a las DUE por homologación (2,71) y al grupo de DUE (3,63) $p<0,01$. Y de estas últimas en relación al grupo de DUE por homologación (2,71) $p<0,01$.
- El grupo de enfermeras que ejercen en hospital (3,79), en relación a quienes lo hacen en centro de salud (3) $p<0,01$.

Tabla 40 (A y B) **Estudio en profundidad del Modelo de C. Roy**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	175	49	66	37	22	146	29	35	34	67	24	14
Media	2,26	2,47	2,2	2,19	2,05	2,36 B	1,76	2,43 e	2,38 e	2,22 e	2,33 e	1,71
Desviación	1,1	1,08	1,03	1,05	1,36	1,11	0,91	1,07	1,04	1,07	1,27	1,07

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	175	1	26	148	158	16	21	19	107	70
Media	2,26	5	1,85	2,32 B	2,27 B	1,56	2,67 B	2,11	2,50 B	1,87
Desviación	1,1		1,16	1,06	1,1	0,89	1,24	1,05	1,09	1,01

Los resultados ponen en evidencia la falta de estudio del modelo de Roy. Manifiestan haberlo estudiado en profundidad el 9,1%, de la población de estudio, y no haberlo hecho 41,2% ($p<0,0001$). Es significativo el estudio del modelo en los grupos siguientes:

- Las enfermeras mujeres (2,36) en relación a los hombres (1,76) $p<0,01$.
- En cuanto a los grupos en función del tiempo de ejercicio profesional, destacan quienes cuentan con menos de 5 años (2,43), de entre 5 y 9 años (2,38), quienes cuentan con experiencia de entre 10 y 19 años (2,22) y entre 20 y 29 años (2,33), en relación al grupo con de más de 30 años (1,71) $p<0,05$.
- Las tituladas DUE (2,32), en relación al grupo de de DUE por nivelación (1,85) $p<0,01$. Por el bajo porcentaje de respuesta no se pueden establecer

relaciones estadísticamente significativas con el grupo de ATS.

- Quienes desarrollan actividades de formación continua (2,27) y han cursado especialidad (2,67), en relación a quienes cuentan con otros estudios de grado (1,56) p<0,01.
- El grupo de enfermeras que ejercen en hospital (2,50), en relación a quienes lo hacen en centro de salud (1,87) p<0,01.

Tabla 41 (A y B) **Estudio en profundidad del Modelo de H. Peplau**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	172	48	65	37	21	144	28	34	34	66	24	13
Media	2,13	2,33 b	1,93	2,14	2,24	2,20 b	1,79	2,21	2,26	2,06	2,25	1,85
Desviación	1,01	0,88	0,92	1	1,34	1,01	0,99	0,77	1,11	0,97	1,22	1,14

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	172	1	25	146	155	16	21	19	105	69
Media	2,13	5	1,88	2,16	2,13	1,69	2,57 aBd	1,95	2,30 B	1,86
Desviación	1,01		1,09	0,97	1,01	1,08	1,16	1,03	0,97	1,03

Los resultados ponen en evidencia la falta de estudio del modelo de Peplau (2,13 sobre 5). Manifiestan conocerlo en profundidad el 6,2%, de la población de estudio, y no haberlo hecho 44% (p<0,0001). Es significativo el estudio del modelo de Peplau en los grupos siguientes:

- Enfermeras con menos de 30 años (2,33), en relación a quienes tienen entre

30 y 39 años (1,92) p<0,05.

- Las enfermeras mujeres (2,20) en relación a los hombres (1,79) p<0,05.
- Quienes han cursado especialidad (2,57), en relación a quienes cuentan con otros estudios de grado (1,69) <p<0,01, y en relación a quienes desarrollan actividades de formación continua (2,13) y el grupo con estudios de postgrado (1,95) p<0,05.
- El grupo de enfermeras que ejercen en hospital (2,30), en relación a quienes lo hacen en centro de salud (1,86) p<0,01.

Tabla 42 (A y B) **Estudio en profundidad del Modelo de M. Rogers**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	173	48	66	37	21	144	29	34	34	67	24	13
Media	2,04	2,23 d	1,94	2,08	1,76	2,13 B	1,59	2,12 e	2,21 E	2,00 e	2,13 e	1,54
Desviación	1	1,02	0,93	0,98	1,14	1,01	0,82	0,91	1,12	0,92	1,19	0,88

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	173	1	25	147	156	16	21	18	106	69
Media	2,04	5	1,6	2,10 B	2,04 b	1,56	2,38 B	2	2,19 B	1,78
Desviación	1		0,87	0,98	1	1,03	1,16	1,03	O,99	0,98

Los resultados ponen en evidencia la falta de estudio del modelo de Rogers. Manifiestan haberlo estudiado en profundidad el 5,3%, de la población de

estudio, y no haberlo hecho 47,3% (p<0,0001). Es significativo el estudio de este modelo en los grupos siguientes:

- Enfermeras con menos de 30 años (2,23), en relación a quienes tienen 50 años y más (1,76) p<0,05.
- Las enfermeras mujeres (2,13) en relación a los hombres (1,59) p<0,01.
- En cuanto a los grupos en función del tiempo de ejercicio profesional, destacan quienes entre 5 y 9 años (2,21), en relación al grupo con de más de 30 años (1,54) p<0,01. Y los grupos que cuentan con menos de 5 años (2,12), entre 10 y 19 años (2,00) y entre 20 y 29 años (2,13), en relación al grupo con de más de 30 años (1,54) p<0,05.
- Las tituladas DUE (2,10), en relación al grupo de de DUE por homologación (1,6) p<0,01. Por el bajo porcentaje de respuesta no se pueden establecer relaciones estadísticamente significativas con el grupo de ATS.
- Quienes han cursado especialidad (2,38), en relación a quienes cuentan con otros estudios de grado (1,56) p<0,01, y quienes desarrollan formación continuada (2,04), respecto a quienes cuentan con otros estudios de grado (1,56) p<0,05.
- El grupo de enfermeras que ejercen en hospital (2,19), en relación a quienes lo hacen en centro de salud (1,78) p<0,01.

El modelo más estudiado en profundidad es el de V. Henderson (3,49, sobre 5), seguido del de D. Orem (3,19), Roy (2,26), Peplau (2,13) y Rogers (2,04). Sorprende el bajo porcentaje que afirma haber estudiado en profundidad un modelo de cuidados. Estos resultados se alejan de los de Llamas (2003) que afirma que el 95,6% de las enfermeras expresa conocer el modelo de Henderson, aunque dicen utilizarlo en su práctica el 47,8%. De nuestro estudio manifiestan conocerlo el 48,1% de la población.

Se observa con cierta inquietud, que los modelos de C. Roy (9,1%), H. Peplau (6,2%) y M. Rogers (5,3%), sean tan escasamente estudiados, aunque también se observa como es significativo su estudio entre los profesionales más noveles, tanto en relación a la edad, como a la experiencia de tiempo de ejercicio profesional. Destaca que los modelos de cuidados, en general sean más estudiados por las enfermeras mujeres que por los enfermeros hombres y por quienes ejercen en hospitales en relación a quienes lo hacen en centros de salud. También es importante el elevado porcentaje que no responde, en general a esta cuestión, y especialmente en relación a tres modelos menos estudiados (28,0%, 29,2% y 28,8%, respectivamente) lo que pudiera interpretarse como un desconocimiento total de los mismos. Aunque destaca que quienes han estudiado en profundidad los modelos de Orem y Henderson afirman haberlo hecho también de los otros tres que se plantean. Este dato puede justificar que las expresiones contenidas en estos modelos, son después identificadas como relevantes en las dimensiones elegidas en los conceptos paradigmáticos.

Llama la atención que tan solo una de las enfermeras participantes en el estudio afirme que estudió en profundidad el modelo de Peplau exclusivamente.

Este apartado se ofrecía abierto, con el fin de que se pudieran añadir otros modelos. Dos enfermeras hacen aportaciones concretas. Una de ellas destaca que estudió en profundidad el modelo de Nightingale y otra que el modelo de Gordon. En esta última aportación se pone de manifiesto la confusión existente sobre la teoría y el método enfermero, que se ha comentado anteriormente, ya que Marjory Gordon (1996), con su obra, no pretende desarrollar un marco teórico, su objetivo es proponer una estructura metodológica, con el diagnóstico

enfermero como eje, para sistematizar el proceso de cuidados.

Por existir una relación especial entre las concepciones expresadas en los modelos de cuidados y el objetivo de esta tesis, se ofrece a continuación una tabla en la que se especifica la distribución de las respuestas:

Modelo	Conocimiento	Distribución
Orem	Lo conocen en profundidad: 37% Lo desconocen: 25,9%	Menores de 30 años: 58,2% Menos de 5 años de experiencia profesional: 58,3% Mujeres: 38,9% Hombres: 28,2% Hospital: 41,4% Atención primaria de salud: 29,5% Con especialidad: 41,2%
Henderson	Lo conocen en profundidad: 48,1% Lo desconocen: 17,3%	Menores de 30 años: 69,1% Menos de 5 años de experiencia profesional: 69,4% Con experiencia profesional entre 5 y 9 años: 72% Mujeres: 51,2% Hombres:33,3% Hospital: 54,1% Atención primaria de salud: 37,5%
Roy	Lo conocen en profundidad: 9,1% Lo desconocen: 41,2%	Menores de 30 años: 14,5% Con menos de 5 años de experiencia profesional:16,7%
Peplau	Lo conocen en profundidad: 6,2% Lo desconocen: 44%	Con 50 años o más: 10% Con una experiencia profesional de entre5 y 9 años 11,6% Con especialidad: 11,8
Rogers	Lo conocen en profundidad: 5,3% Lo desconocen: 47,3%	Con una experiencia profesional de entre5 y 9 años 11,6% Con otros estudios de grada 9,1%

Tabla 43. Distribución de la población de estudio en relación a los modelos de cuidados estudiados y el nivel de conocimientos que manifiestan tener.

Estudio en profundidad de clasificaciones enfermeras

Respecto al estudio de las taxonomías metodológicas, los resultados resultan

similares que al estudio de los modelos.

Tabla 44 (A y B) **Considera que durante su formación estudió en profundidad la clasificación de NANDA**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	215	55	81	50	27	177	38	36	43	84	33	18
Media	3,37	4,35 BCD	3,59 CD	2,48	2,33	3,41	3,18	4,28 CDE	4,26 CDE	3,30 DE	2,06	2,28
Desviación	1,42	0,82	1,17	1,39	1,62	1,42	1,43	0,88	0,88	1,28	1,25	1,56

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	215	0	35	180	194	19	26	20	135	82
Media	3,37		2,23	3,59 B	3,40 c	3,26	2,77	3	3,70 B	2,84
Desviación	1,42		1,52	1,3	1,42	1,48	1,53	1,72	1,28	1,49

Los resultados ponen de manifiesto que el 49,4% de la población de estudio ha estudiado en profundidad la clasificación de diagnósticos NANDA, expresa no haberlo hecho el 23,9% ($p<0,0001$). La media es de 3,37 (sobre 5) y la distribución de las enfermeras que manifiestan haber estudiado en profundidad esta clasificación se corresponde con:

- Enfermeras con menos de 30 años (4,35), en relación a quienes tienen entre 30 y 39 años (3,59), entre 40 y 49 años (2,48) y de 50 años y más (2,33) y del grupo de enfermeras que tienen entre 30 y 39 años (3,59), en relación a quienes tienen entre 40 y 49 años (2,48) y de 50 años y más (2,33) $p<0,01$.

- En cuanto a los grupos en función del tiempo de ejercicio profesional, destacan quienes llevan menos de 5 años (4,28) y de entre 5 y 9 años (4,26), en relación a los grupos con experiencia de entre 10 y 19 años (3,30), de entre 20 y 29 años (2,06) y 30 años y más (2,28) $p<0,01$. El grupo con experiencia de entre 10 y 19 años (3,30), presenta diferencias significativas en relación a los grupos con experiencia entre 20 y 29 años (2,06) y 30 años y más (2,28) $p<0,01$.
- Las tituladas DUE (3,59), en relación al grupo de de DUE por nivelación (2,23) $p<0,01$. Por el bajo porcentaje de respuesta no se pueden establecer relaciones estadísticamente significativas con el grupo de ATS.
- El grupo de enfermeras que desarrolla formación continuada (3,40), en relación con quienes cuentan con una especialidad (2,77) $p<0,05$.
- El grupo de enfermeras que ejercen en hospital (3,70), en relación a quienes lo hacen en centro de salud (2,84) $p<0,01$.

La clasificación de diagnósticos enfermeros (NANDA) se estudia en profundidad por prácticamente la mitad de la población estudiada (49,4%). Este dato coincide básicamente con los resultados de otros estudios, sobre el grado de la formación en los diagnósticos, llevados a cabo en nuestro medio, como son el de Puig, Martí y Farras (1995), realizado con enfermeras que ejercen en Lérida y en el que el 32% manifestaba su conocimiento sobre los diagnósticos enfermeros, el de Trigueros et ál. (2003) realizado con enfermeras que ejercen en Palencia y en el que el 35,06% afirmaba contar con conocimientos sobre los diagnósticos y el estudio de Raña, Pita y Barreiro (2000) llevado a cabo en A Coruña, en el que un 41,86% de enfermeras afirma tener conocimientos sobre los diagnósticos. Aunque esta afirmación pierde fuerza al analizar el estudio de Maña, Mesas y González (2000) realizado en El Bierzo, en el que tan solo el 13,50% de las

enfermeras que participan en el estudio manifiestan tener conocimientos sobre los diagnósticos.

Los resultados parecen apuntar a que progresivamente se va teniendo un mayor conocimiento a medida que se van incorporando nuevos profesionales con un mayor y mejor nivel de formación. En nuestro estudio se pone de manifiesto esta afirmación ya que expresan haber estudiado en profundidad la clasificación de diagnósticos el 88,9% de enfermeras con menos de 5 años de experiencia profesional, el 81,4% de quienes cuentan con una experiencia de entre 5 y 9 años, un 48, 3% de quienes ejercen desde hace de 10 a 19 años, el 11,8% de quienes se encuentran entre los 20 y 29 años de ejercicio y el 20,0% de quienes superan los 30 años.

Tabla 45 (A y B) **Considera que durante su formación estudió en profundidad la clasificación de NOC**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	179	50	66	35	24	145	31	35	34	66	23	17
Media	1,93	2,76 ACB	1,56	1,46	1,83	1,94	1,87	3,06 BCDE	1,94 cD	1,56	1,35	1,82
Desviación	1,12	1,19	0,83	0,66	1,27	1,13	1,06	1,06	1,07	0,86	0,65	1,19

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	179	0	29	147	161	16	21	18	104	74
Media	1,93		1,59	1,99 b	1,93 c	1,81	1,57	1,61	2,19 B	1,55
Desviación	1,12		1,02	1,13	1,12	1,11	0,93	1,09	1,22	0,83

Los resultados ponen en evidencia la falta de estudio de la clasificación de resultados de NOC, con una media de 1,93 sobre 5. Manifiestan haberla estudiado en profundidad el 8,2%, de la población de estudio, y no haberlo hecho 51,4% (p<0,0001). Es significativo el estudio de esta clasificación en los grupos siguientes:

- Enfermeras con menos de 30 años (2,76), en relación a quienes tienen entre 30 y 39 años (1,56), entre 40 y 49 años (1,46) y de 50 años y más (1,83) p<0,01.
- En cuanto a los grupos en función del tiempo de ejercicio profesional, destacan quienes llevan menos de 5 años (3,06), en relación con el resto de grupos, quienes cuentan con un tiempo de ejercicio profesional de entre 5 y 9 años (1,94), de entre 10 y 19 años (1,56), de entre 20 y 29 años (1,35) y 30 años y más (1,82) p<0,01. También es significativo, el estudio de la clasificación NOC, por parte de quienes cuentan con una experiencia de entre 5 y 9 años (1,94), en relación a quienes cuentan con un ejercicio profesional de entre 20 y 29 años (1,35) p<0,01 y de entre 10 y 19 años (1,56) p<0,05.
- Las tituladas DUE (1,99), en relación al grupo de de DUE por nivelación (1,59) p<0,05. Por el bajo porcentaje de respuesta no se pueden establecer relaciones estadísticamente significativas con el grupo de ATS.
- El grupo de enfermeras que ejercen en hospital (2,19), en relación a quienes

lo hacen en centro de salud (1,55) p<0,01.

Tabla 46 (A y B) **Considera que durante su formación estudió en profundidad la clasificación de NIC**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	177	50	66	36	24	146	31	35	34	67	23	17
Media	1,92	2,78 BCD	1,52	1,56	1,75	1,94	1,84	3,06 BCDE	1,94 cD	1,55	1,35	1,82
Desviación	1,12	1,18	0,81	0,88	1,11	1,16	0,93	1,06	1,1	0,86	0,65	1,19

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	177	0	29	148	162	17	21	18	104	75
Media	1,92		1,59	1,99 b	1,93 c	2	1,57	1,61	2,14 B	1,61
Desviación	1,12		1,02	1,13	1,13	1,32	0,93	1,09	1,19	0,93

Los resultados ponen en evidencia la falta de estudio de la clasificación de intervenciones de NIC (19,5 sobre 5), con porcentajes idénticos al estudio de la clasificación NOC. Manifiestan haberla estudiado en profundidad el 8,2%, de la población de estudio, y no haberlo hecho 51,4% (p<0,0001). Es significativo el estudio de esta clasificación en los grupos siguientes:

- Enfermeras con menos de 30 años (2,78), en relación a quienes tienen entre 30 y 39 años (1,52), entre 40 y 49 años (1,56) y de 50 años y más (1,75) p<0,01.
- En cuanto a los grupos en función del tiempo de ejercicio profesional,

destacan quienes llevan menos de 5 años (3,06), en relación con el resto de grupos, quienes cuentan con un tiempo de ejercicio profesional de entre 5 y 9 años (1,94), de entre 10 y 19 años (1,55), de entre 20 y 29 años (1,35) y 30 años y más (1,82) $p<0,01$. También es significativo, el estudio de la clasificación NOC, por parte de quienes cuentan con una experiencia de entre 5 y 9 años (1,94), en relación a quienes cuentan con un ejercicio profesional de entre 20 y 29 años (1,35) $p<0,01$ y de entre 10 y 19 años (1,55) $p<0,05$.

- Las tituladas DUE (1,99), en relación al grupo de de DUE por nivelación (1,59) $p<0,05$. Por el bajo porcentaje de respuesta no se pueden establecer relaciones estadísticamente significativas con el grupo de ATS.
- El grupo de enfermeras que ejercen en hospital (2,14), en relación a quienes lo hacen en centro de salud (1,61) $p<0,01$.

El conocimiento sobre la clasificación de resultados enfermeros (NOC) e intervenciones (NIC) es muy escasa. Ambas taxonomías son conocidas por las mismas enfermeras y representan un 8,2% de la población estudiada.

Las diferencias entre que prácticamente la mitad de las enfermeras participantes en el estudio estudiaran en profundidad la clasificación NANDA y el escaso porcentaje que ha estudiado la clasificaciones de NOC y NIC, puede tener la explicación en que estas estructuras metodológicas tienen un desarrollo y difusión, en nuestro entorno, más reciente que la clasificación NANDA.

Realización de planes de cuidados en las prácticas

Con esta pregunta pretendemos conocer si durante el periodo de formación se realizaron planes de cuidados, tanto planteados desde la teoría, por el

profesorado, con una metodología de estudio de casos para integrar la teoría en la práctica, como planteados y desarrollados, con casos reales, en las prácticas clínicas y tutelados por las enfermeras clínicas.

Tabla 47 (A y B) **Realizó planes de cuidados con un Modelo como referente conceptual**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	196	55	71	44	24	162	33	36	37	76	33	13
Media	3,13	3,93 BCD	3,23 CD	2,59	2,13	3,17	2,97	3,78 CDE	33,81 CDE	3,03 D	2,24	2,46
Desviación	1,43	1,12	1,34	1,39	1,39	1,43	1,42	1,24	1,17	1,4	1,2	1,56

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	196	3	29	164	180	17	19	19	125	73
Media	3,13	1,67	2,14	3,34 AB	3,16 c	3,29	2,68	2,74	3,34 B	2,79
Desviación	1,43	1,15	1,41	1,35	1,42	1,4	1,2	1,59	1,34	1,51

Tabla 48 (A y B) **Realizó planes de cuidados con una clasificación como referente metodológico**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	186	50	69	42	25	155	31	32	37	71	32	13
Media	3,09	3,96 BCD	3,28 CD	2,17	2,4	3,1	3,06	3,94 CDE	3,81 CDE	2,89 D	2,06	2,77
Desviación	1,4	1,01	1,3	1,08	1,58	1,43	1,24	1,08	1,08	1,34	1,08	1,79

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	186	3	30	153	170	17	23	17	119	68
Media	3,09	1,67	2,17	3,30 AB	3,09 c	3,41 c	2,57	2,76	3,35 B	2,63
Desviación	1,4	1,15	1,49	1,3	1,4	1,42	1,31	1,44	1,31	1,42

Tabla 49 (A y B) **Realizó planes de cuidados con un modelo y una clasificación diagnóstica como referentes**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	150	40	54	32	23	125	25	24	34	53	25	13
Media	3,01	4,05 BCD	3,19 CD	1,94	2,26	3,02	3	3,96 CDE	3,85 CDE	2,79 D	1,72	2,62 D
Desviación	1,49	1,06	1,42	1,08	1,48	1,51	1,38	1,3	0,96	1,49	0,98	1,5

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	150	3	28	119	136	14	20	11	95	56
Media	3,01	1,67	1,96	3,29 AB	3,04 c	3,21	2,5	2,36	3,31 B	2,51
Desviación	1,49	1,15	1,35	1,4	1,51	1,53	1,28	1,69	1,35	1,57

Los resultados son similares en los tres apartados, cuando se pregunta sobre la realización de planes de cuidados con referente conceptual y metodológico, el porcentaje de no respuesta es más elevado (38,3%) que cuando se refiere a la realización de planes con un referente conceptual (19,3% de no respuesta) o metodológico (23,5%). Esto puede hacer pensar que no se conoce lo que se pregunta, por estar formulado en términos epistemológicos, sobre todo si lo relacionamos con las dos cuestiones siguientes, en las que a las preguntas de si se realizaban planes de cuidados y se trabajaba con una clasificación diagnóstica, que en definitiva se refieren a los mismos conceptos, la abstención es prácticamente insignificante.

Para su análisis nos centramos en el apartado en el que se concreta la realización de planes de cuidados con el doble referente, conceptual y metodológico, por representar la forma correcta para el diseño y ejecución de los planes de cuidados.

Manifiestan haber realizado planes de cuidados con referente conceptual y metodológico el 27,2% y no haberlo hecho el 23,5% (media de 3,01 sobre 5). La distribución de los grupos de enfermeras que manifiestan haber realizado planes de cuidados con perspectiva conceptual y metodológica es la siguiente:

- Enfermeras con menos de 30 años (4,05), en relación a quienes tienen entre 30 y 39 años (3,19), entre 40 y 49 años (1,94) y de 50 años y más (2,26) $p<0,01$. Y del grupo de enfermeras que tienen entre 30 y 39 años (3,19), en relación a quienes tienen entre 40 y 49 años (1,94) y de 50 años y más (2,26) $p<0,01$.
- En cuanto a los grupos en función del tiempo de ejercicio profesional, destacan los grupos de quienes llevan menos de 5 años (3,96) y de quienes cuentan con experiencia profesional de entre 5 y 9 años (3,85), en relación a los grupos con experiencia de entre 10 y 19 años (2,79), de entre 20 y 29 años (1,72) y 30 años y más (2,62) $p<0,01$. De los grupos con experiencia de entre 10 y 19 años (2,79) y 30 años y más (2,62), en relación al grupo con experiencia de entre 20 y 29 años (1,72) $p<0,01$.
- Las tituladas DUE (3,29), en relación a los grupos de DUE por homologación (1,96) y de ATS (1,67) $p<0,01$.
- El grupo que realiza formación continuada (3,04), en relación a quienes han desarrollado una especialidad (2,5) $p<0,05$.
- El grupo de enfermeras que ejercen en hospital (3,31), en relación a quienes lo hacen en centro de salud (2,51) $p<0,01$.

Utilización de planes de cuidados en las unidades de prácticas clínicas

Esta cuestión tiene un significado similar a la cuestión anterior. Se optó por hacer dos formulaciones; la primera con un enunciado epistemológico y esta con una redacción más acorde con el lenguaje común. Se observa, que en está cuestión el porcentaje de no respuesta es muy poco representativo, al contrario que en la anterior, lo que puede interpretarse como que las enfermeras estudiadas se manejan con más comodidad con el lenguaje corriente que con el científico.

Tabla 50 (A y B) **En las unidades de prácticas se trabajaba con planes de cuidados**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	237	55	81	63	36	197	39	36	43	86	50	21
Media	2,27	4,05 BCD	2,25 c	1,79	2	2,26	2,36	3,06 CDE	2,72 cDE	2,17 d	1,74	1,76
Desviación	1,21	1,08	1,11	1,03	1,35	1,22	1,14	1,12	1,22	1,06	1,08	1,22

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	237	4	45	188	215	22	33	22	154	85
Media	2,27	2,5	1,6	2,43 B	2,3	2,18	2,18	1,91	2,45 B	2
Desviación	1,21	1,73	1,07	1,17	1,22	1,14	1,31	1,15	1,24	1,1

Al analizar los resultados sobre las enfermeras que manifiestan haber realizado sus prácticas clínicas en las que se trabajaba con planes de cuidados encontramos que tan solo un 22% expresa haberlo hecho (media de 2,27). Resulta llamativa la escasa diferencia que se observa respecto a la cuestión anterior, sobre si habían realizado planes de cuidados con un modelo y una clasificación diagnóstica como referentes (3,01). Se entiende que, la primera cuestión se relaciona con la práctica clínica y la organización de los cuidados desde ésta, mientras que, la segunda se refiere al propio proceso formativo y por lo tanto de responsabilidad desde el ámbito docente, como una actividad de aprendizaje fundamental. Lo que nos obliga a reflexionar sobre la importancia del aprendizaje como elemento de

progreso e innovación y las razones por las que no juega este papel.

La distribución de los grupos de enfermeras es la siguiente:

- Enfermeras con menos de 30 años (4,05), en relación a quienes tienen entre 30 y 39 años (2,25), entre 40 y 49 años (1,79) y de 50 años y más (2) $p<0,01$. El grupo de enfermeras que tienen entre 30 y 39 años (2,25), en relación a quienes tienen entre 40 y 49 años (1,79) $p<0,05$.
- En cuanto a los grupos en función del tiempo de ejercicio profesional, destacan los grupos de quienes llevan menos de 5 años (3,06), en relación a los grupos con experiencia de entre 10 y 19 años (2,17), de entre 20 y 29 años (1,74) y 30 años y más (1,76) $p<0,01$. De quienes cuentan con experiencia profesional de entre 5 y 9 años (2,72), en relación a los grupos con experiencia de entre 20 y 29 años (1,74) y 30 años y más (1,76) $p<0,01$, y al grupo con experiencia de entre 10 y 19 años (2,17) $p<0,05$, y de este grupo, en relación con quienes cuentan con una experiencia de entre 20 y 29 años (1,74) $p<0,05$.
- Las tituladas DUE (2,43), en relación a los grupos de DUE por nivelación (1,6) $p<0,01$.
- El grupo de enfermeras que ejercen en hospital (2,45), en relación a quienes lo hacen en centro de salud (2) $p<0,01$.

Tabla 51 (A y B) **En las unidades de prácticas se trabajaba con una clasificación diagnóstica como referente**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	230	53	79	61	35	192	37	34	43	84	48	20
Media	2,03	2,77 BCD	1,97 c	1,61	1,74	2,02	2,05	2,74 CDE	2,60 CDE	1,86 d	1,52	1,55
Desviación	1,12	1,07	1,1	0,88	1,15	1,14	1,03	1,14	1,16	1,01	0,85	1

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	230	4	43	183	209	22	31	22	149	83
Media	2,03	1,5	1,49	2,16 aB	2,03	2,05	1,74	1,86	2,16 B	1,77
Desviación	1,12	0,58	0,94	1,13	1,14	1,17	0,86	1,17	1,14	1,04

Al analizar los datos, encontramos que los resultados a las dos opciones planteadas, sobre la aplicación de los cuidados con planes y clasificaciones son similares.

Los resultados ponen de manifiesto que se trabajaba con clasificaciones diagnósticas excepcionalmente (media de 2,03). La distribución de los grupos de enfermeras que manifiestan haber realizado sus prácticas clínicas en las que se trabajaba con clasificaciones diagnósticas es la siguiente:

- Enfermeras con menos de 30 años (2,77), en relación a quienes tienen entre 30 y 39 años (1,97), entre 40 y 49 años (1,61) y de 50 años y más (1,74) $p<0,01$, y del grupo de enfermeras que tienen entre 30 y 39 años (1,97), en

relación a quienes tienen entre 40 y 49 años (1,61) p<0,05.

- En cuanto a los grupos en función del tiempo de ejercicio profesional, destacan los grupos de quienes llevan menos de 5 años (2,74) y de quienes cuentan con experiencia profesional de entre 5 y 9 años (2,60), en relación a los grupos con experiencia de entre 10 y 19 años (1,86), de entre 20 y 29 años (1,52) y 30 años y más (1,55) p<0,01. Y del los grupo con experiencia de entre 10 y 19 años (1,86), en relación al que cuenta con experiencia de entre 20 y 29 años (1,52) p< 0.05.
- Las tituladas DUE (2,16), en relación a los grupos de DUE por nivelación (1,49) p<0,01 y de ATS (1,5) p<0,05.
- El grupo de enfermeras que ejercen en hospital (2,16), en relación a quienes lo hacen en centro de salud (1,77) p<0,01.

Trabajos, publicaciones o investigaciones realizadas

Esta cuestión relacionada con el tipo de trabajos, investigaciones y publicaciones que realizan las enfermeras participantes en nuestro estudio, tiene como finalidad conocer los intereses por profundizar en el estudio de los aspectos disciplinares y profesionales y por desarrollar el conocimiento y su aplicación en la práctica.

Trabajos, publicaciones o investigaciones realizadas	
	%
Teorías	3,7
Modelos	5,8
Métodos	7,4
Técnicas	22,2
Cuidados	42,8
Profesión	14,4
Satisfacción de los clientes	9,5
No contesta	37,9

Tabla 52. Porcentajes de la población de estudio según las diferentes áreas en las que han realizado estudios.

Las respuestas a esta cuestión resultan llamativas, sobre todo al observar que un 37,9% no responde, lo que puede interpretarse como que no han realizado ningún tipo de trabajo.

Al valorar las respuestas concedidas a los diferentes apartados se observa que el área más referida, como objeto de interés en los diferentes tipos de trabajos mencionados, es la relacionada con los cuidados (42,8%). Los porcentajes son muy homogéneos, aunque los grupos que destacan son:

- Las enfermeras con estudios de postgrado 68,2%) y las que cuentan con más de 30 años de experiencia profesional (60%).

En segundo lugar, son los trabajos relacionados con las técnicas los que se señalan como el objeto de estudio de nuestra población de estudio. Un 22,2% afirma haber realizado trabajos relacionados con esta área. Al igual que ocurre en el apartado de cuidados, en este la distribución es homogénea, aunque los grupos con porcentajes más altos se corresponden con:

- Las ATS (40,0%) y los enfermeros hombres (30,8%).

El interés por profundizar en aspectos relacionados con la profesión y por la satisfacción de los clientes es escaso, ya que tan solo ha llevado sus inquietudes e este terreno de estudio un 14,4% y un 9,5%, respectivamente de las enfermeras estudiadas.

En cuanto a los aspectos disciplinares, las respuestas refuerzan la idea que confirma un escaso interés por los aspectos profesionales, ya que tan solo un

3,7% afirma haber realizado trabajos sobre teorías enfermera, un 5,8% expresa haberlo hecho relacionado con los modelos y un 7,4% sobre la metodología. La distribución de las respuestas, como ocurre en los apartados anteriores, es homogénea. Destaca que:

- La enfermeras con menos de 5 años de experiencia profesional que ponen de manifiesto haber realizado trabajos sobre modelos (16,7%) y teorías (8,3%) y quienes cuentan con menos de 30 años, que afirman haber trabajado sobre los modelos (12,7%) y sobre teoría (7,3%).
- En cuanto a la realización de trabajos relacionados con la metodología hay un ligero repunte entre el grupo de enfermeras con más de 30 años de experiencia profesional.

En este apartado se pone de manifiesto un escaso interés por el estudio y la investigación, que coincide con la idea desarrollada por Meleis (1997) cuando expresa que las enfermeras investigamos poco y que frecuentemente, cuando se hace, se enfoca fuera del dominio propio.

¿Qué considera como característico de la profesión?

Para concluir con este apartado dedicado a la formación y la consideración de la disciplina y la posesión, se formula la pregunta de lo que se considera como característico de la profesión.

Tabla 53 (A y B) **Considera lo característico de la profesión el rol autónomo**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	232	55	80	59	36	193	38	36	43	82	48	22
Media	3,99	3,91	3,09	4,02	4,19	4,03	3,84	3,86	3,74	4,15 b	3,9	4,27 b
Desviación	0,94	0,87	1,01	0,88	0,89	0,95	0,89	0,87	1,16	0,83	0,93	0,94

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	232	5	44	183	2,09	22	32	22	149	85
Media	3,99	4	4,05	3,98	4	4,27	3,75	4,27	3,85	4,22 A
Desviación	0,94	0,71	0,99	0,94	0,93	0,94	1,24	0,77	1,02	0,73

Se observan resultados muy similares entre los diferentes grupos, con una media de 3,99. Nos parece preocupante que existan enfermeras que no consideren el rol autónomo, relacionado con los cuidados de salud de las personas y los grupos, el característico de la enfermería.

Tan solo tienen significación estadística los resultados de los grupos de enfermeras con una experiencia en el ejercicio profesional de entre 10 y 19 años (4,15) y con 30 años y más (4,27), en relación a quienes cuentan con experiencia de entre 5 y 9 años (3,74) $p<0,05$. En cuanto al ámbito en el que se desarrolla la actividad profesional, adquiere significación quienes ejercen en centros de salud (4,22), en relación a quienes lo hacen en hospital (3,85) $p<0,01$.

Tabla 54 (A y B) **Considera lo característico de la profesión las actividades interdependientes**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	226	55	77	60	31	188	37	36	41	83	46	19
Media	3,65	3,62	3,55	3,75	3,71	3,69	3,46	3,56	3,63	3,7	3,57	3,89
Desviación	0,87	0,91	0,87	0,88	0,78	0,85	0,93	1	0,89	0,84	0,86	0,74

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	226	3	41	182	206	21	31	21	146	82
Media	3,65	4	3,61	3,65	3,68	3,86	3,55	3,81	3,6	3,74
Desviación	0,87	1	0,83	0,88	0,85	0,85	1,12	0,75	0,94	0,73

Los resultados son muy homogéneos en los grupos, no existiendo significación estadística. Resulta muy llamativo y explicativo, de la falta de identidad de la enfermería, el hecho de que se considere de manera similar el rol autónomo (3,99, media sobre 5) y la actividades interdependientes (3,65), como lo característico de la enfermería.

Tabla 55 (A y B) **Considera lo característico de la profesión las actividades dependientes de la medicina**

	Total	Edad				Sexo		Antigüedad				
		(A) Menos de 30	(B) 30-39	(C) 40-49	(D) 50 y más	(A) Mujer	(B) Hombre	(A) Menos de 5	(B) 5-9	(C) 10-19	(D) 20-29	(E) 30 y más
N	243	55	81	64	40	203	39	36	43	87	51	25
Casos válidos	220	55	75	58	30	181	38	36	41	77	46	19
Media	3,14	3,27	2,97	3,09	3,33	3,13	3,16	3,39	2,98	3	3,37 c	3,05
Desviación	1	0,97	1,1	0,92	0,88	1	1	0,99	1,06	1,05	0,9	0,71

	Total	Titulación			Formación				Tipo de centro	
		(A) ATS	(B) DUE Homologado	(C) DUE	(A) Continua	(B) Otros grados	(C) Especialidad	(D) Postgrado	(A) Hospital	(B) Primaría
N	243	5	49	189	220	22	34	22	157	88
Casos válidos	220	3	40	177	200	21	29	21	143	79
Media	3,14	4	3,18	3,11	3,18	2,9	3,03	3,14	3,24 b	2,95
Desviación	1	1	0,9	1,02	0,98	1,14	1,21	1,24	1,02	0,92

Al igual que en la cuestión anterior, se observa con inquietud la alta consideración a las actividades dependientes de la medicina como característico de la enfermería (3,14). Los resultados de los diferentes grupos son similares. Tienen significación estadística el grupo de enfermeras que cuenta con una experiencia profesional de entre 20 y 29 años (3,37), en relación al que la tiene de entre 10 y 19 años (3) $p<0,05$. Y las enfermeras que ejercen en el hospital (3,24), en relación a quienes lo hacen en atención primaria (2,95) $p<0,05$.

Esta realidad coincide en lo sustancial con lo que afirman diferentes autores, como Meleis (1997), Collière, (1993) y Fargues y Subirana (2005) cuando

afirman que las actividades de colaboración al diagnóstico y tratamiento médicos están más claras que aquellas que conforman su rol propio. Teixidor (2002) (2), citando a Bisly (1996) y Halloran (1987), afirma que *"el diagnóstico médico induce el 40% de la actividad de los cuidados de enfermería"*. También se observa coincidencia con los resultados del trabajo de García y Buendía (2001). Estas autoras afirman que el 48% de las enfermeras de su estudio consideraba *"la esencia de la Enfermería: el binomio constituido por los cuidados de tratamiento y los relacionados con las necesidades básicas"*.

3. Datos relacionados con la valoración del ejercicio profesional

En el apartado anterior, hemos tratado de recoger información sobre la formación recibida y la proyección que de ésta se hace para construir una idea de profesión y contribuir a su desarrollo. En este apartado pretendemos recoger información sobre la satisfacción con el ejercicio profesional con el fin de comprobar si una prolongada práctica de éste, en el tiempo, influye sobre las concepciones de los fenómenos paradigmáticos.

Se ha preguntado por la satisfacción profesional en relación siete parámetros: 1) el ejercicio profesional, 2) lo aprendido y lo aplicado, 3) la valoración interna, 4) por otros profesionales, 5) los clientes reales, 6) la población en general y 7) los medios de comunicación. Los resultados obtenidos pueden observarse en la tabla siguiente:

%	Insatisfechos	Satisfechos	No contesta
Con su ejercicio profesional	7,4	74,9	5,8
En relación a lo aprendido con lo aplicado	16,5	49,4	5,3
Con la valoración interna de la profesión	27,6	36,2	5,3
Por parte de otros profesionales	42,2	23,0	7,4
Por parte de los clientes reales	11,1	60,5	6,2
Por la población en general	29,6	29,2	5,3
Por los medios de comunicación	53,1	13,6	5,3

Tabla 56. Porcentajes de la población de estudio según el nivel de satisfacción en relación a diferentes aspectos del ejercicio profesional.

Destaca que el porcentaje de mayor satisfacción se produzca en relación a los clientes reales (60,5%). La mayor insatisfacción se relaciona con la proyectada por los medios de comunicación (53,1%). Existen múltiples razones que justifican la insatisfacción sobre la imagen que, de la enfermería y de las enfermeras, proyectan los medios de comunicación, como se analizaba en el apartado de esta tesis dedicado a este tema. A continuación se analizan cada uno de los apartados.

Satisfacción con el ejercicio profesional

Existe un alto consenso en la satisfacción profesional de las enfermeras de nuestro estudio, en relación a su ejercicio profesional. Está satisfecha el 74,9% e insatisfecha el 7,4% de la población estudiada (p<0,0001).

- Están más satisfechas las enfermeras que tienen menos de 30 años (87,3%), en relación a quienes tienen entre 40 y 49 años (68,8%) (p=0,0289), al grupo compuesto por quienes cuentan con una experiencia profesional de entre 20 y 29 años (60,8%) (p=0,0037) y al de hombres (64,1) (p=0,0160).
- Destaca que el 80,0% de enfermeras con más de 30 años de ejercicio profesional manifiesten estar satisfechas, aunque sin diferencias

significativas en relación a otros grupos. Estos resultados parecen entrar en contradicción con las formulaciones de Moreno et ál. (2002) que establecen una relación entre la satisfacción profesional y el contacto directo con los enfermos. Atribuyen a esta relación un elemento de desgaste profesional.

- El mayor nivel de insatisfacción se observa en el grupo de ATS (20,0%), de quienes cuentan con estudios de postgrado (13,6%) y de los hombres (10,3%), aunque sin diferencias significativas con otros grupos.

Satisfacción con la relación entre lo aprendido y lo aplicado

El consenso es menos significativo que en el apartado anterior. Un 49,4% manifiesta estar satisfecho y un 16,5% insatisfecho ($p<0,0001$). Las respuestas se distribuyen entre los grupos de la manera siguiente:

- Manifiestan estar más satisfechas quienes ejercen cargos directivos (64,5%), aunque sin significación estadística. Las enfermeras con una experiencia profesional superior a los 30 años (64,0%), en relación al grupo formado por los hombres (35,5%) ($p=0,0476$).
- Están más insatisfechas las enfermeras con estudios de postgrado (31,8%), en relación a quienes cuentan con otros estudios de grado (4,4%) ($p=0,0490$).

Satisfacción de la valoración de la profesión por parte de las propias enfermeras

Las posiciones son divergentes. Un 36,2% de las enfermeras manifiesta sentirse satisfechas, frente a un 27% de insatisfechas. No se observan diferencias significativas entre satisfechas e insatisfechas. La distribución es la siguiente:

- Están más satisfechas las enfermeras que tienen menos de 30 años (52,7%),

en relación a quienes cuentan con más de 30 años de ejercicio profesional (36,0%) (p=0,0247), al grupo de DUE por homologación de estudios (30,6%) (p=0,0377) y a quienes cuentan con una especialidad (23,5%) (p=0,0126). También están más satisfechas quienes ejercen en cargos directivos (45,2%), en relación al grupo con edades entre 20 y 29 años (21,6%) (p=0,0452).

- Manifiestan estar más insatisfechas quienes cuentan con otros estudios de grado (40,9%), de postgrado (36,4%) y quienes tienen entre 30 y 39 años y una experiencia profesional de entre 10 y 19 años (33,3% en ambos grupos), aunque sin significación estadística en relación a otros grupos.

Satisfacción de la valoración de la profesión por parte de otros profesionales

Junto al de la valoración que se hace de la profesión **desde los medios de comunicación,** constituyen los dos aspectos en los que la insatisfacción es mayor que la satisfacción. Existe un consenso relativo que se inclina significativamente a la insatisfacción. El 23,0% expresa estar satisfecho, frente a un 42,4% que está insatisfecho (p<0,0001).

- Expresan estar más satisfechas un llamativo 60,0% de las ATS. En el resto de los grupos los porcentajes son más homogéneos. Sobresale ligeramente un 30,6% de enfermeras con menos de 5 años de experiencia y el 30,0% de quienes tienen más de 50 años. No existen diferencias significativas entre los grupos.
- Están más insatisfechas las enfermeras con otros estudios de grado (63,3%) y con estudios de postgrado (59,1%). Sin diferencias significativas entre los grupos.

Satisfacción de la valoración de la profesión por los clientes reales

Se observa un importante consenso al considerarse satisfechas el 60,5% e insatisfechas el 11,1% (p<0,0001).

- Manifiestan estar más satisfechas el grupo formado por quienes ejercen cargos directivos (77,4%), en relación a quienes cuentan con edades comprendidas entre los 40 y 49 años (5,0%) (p=0,0138), a quienes cuentan con experiencia profesional de entre 20 y 29 años (49,0%) (p=0,0209) y al grupo compuesto por los hombres (51,3%) (p=0,0459).
- Están más insatisfechas las enfermeras con estudios de postgrado (22,7%), los hombres (15,4%) y quienes ejercen en hospitales (15,0%), aunque sin significación estadística con otros grupos.

Estos resultados coinciden en lo sustancial con lo expresado en otros estudios (German, 2006) y refuerzan la idea sobre que la relación directa con los clientes es motivo de satisfacción, Pérez y Díaz (2008) llevan a cabo un estudio con enfermeras que ejercen en atención primaria y llegan a la conclusión de que la están más satisfechas quienes lo hacen en el ámbito rural, donde generalmente la relación es de mayor cercania.

Satisfacción con la valoración de la población en general

Se aprecia una división de opiniones absoluta. El 29,2% de las enfermeras están satisfechas y el 29,6% insatisfechas. Los resultados son más heterogéneos que en los otros apartados.

- Manifiestan estar satisfechas un 52,0% de enfermeras con más de 30 años de ejercicio profesional, en relación a quienes cuentan con una experiencia profesional de entre 20 y 29 años (17,6%) (p=0,0045) y al grupo con edades comprendidas entre los 40 y 49 años (20,3%) (p=0,0070).

- Están más insatisfechas las enfermeras con otros estudios de grado y quienes cuentan con estudios de postgrado (45,5% respectivamente) y los grupos formados por quienes tienen entre 30 y 39 años (33,3%), aunque sin significación en relación a otros grupos.

Satisfacción con la valoración que de la profesión hacen los medios de comunicación

Como se ha comentado anteriormente, este apartado junto el de valoración que de la profesión hacen **otros profesionales,** son los dos en los que la insatisfacción es superior a la satisfacción. En este apartado es más relevante la insatisfacción. El 53,9% de las enfermeras expresa estar insatisfecho tan solo el 13,6% manifiesta su satisfacción (p<0,0001).

- Están más satisfechas: El 40% de las ATS, el 25%, de quienes tienen más de 50 años y más (24,0%), en relación a quienes cuentan con menos de 30 años (5,5%) (p=0,0153) y de quienes cuentan con una experiencia profesional superior a los 30 años (24,0%), en relación al grupo formado por las enfermeras con menos de 30 años (5,5%) (p=0,0410)
- Manifiestan estar más insatisfechas un 81,8% de las enfermeras con otros estudios de grado, en relación a quienes siguen programas de formación continua (52,7%) (p=0,0167) y de quienes ejercen en atención primaria (67,0%), en relación a quienes ejercen en hospitales (45,9%), (p=0,0023).

Para concluir, con este apartado sobre los resultados de nuestro estudio en relación a la valoración de las enfermeras de su ejercicio profesional se pregunta sobre las **Áreas profesionales desde las que se realizan las aportaciones más significativas.**

Esta cuestión se plantea, con una doble finalidad, por una parte para valorar la idea que se tiene de las aportaciones, que como producto de la investigación y el estudio, se hacen al desarrollo disciplinar y profesional, y para observar si se concede diferente importancia a las propuestas innovadoras en función del área en la que ejerce el profesional que la propone.

Por otra parte, se ha planteado como una cuestión para la reflexión, ya que en las cuestiones siguientes se pide, a las enfermeras que participan en el estudio un ejercicio de reflexión para que opten entre diferentes dimensiones que describen el significado que para ellas tienen los conceptos paradigmáticos. El hecho de pensar sobre el área desde la que se pueden hacer aportaciones significativas, pensamos que lleva a cada una de ellas a reflexionar sobre el área en la que ejerce y a acercar los aspectos conceptuales a la realidad.

Los resultados obtenidos se presentan en la tabla siguiente:

Áreas profesionales desde las que se realizan las aportaciones más significativas	**%**
Clínica	18,9
Docencia	28,8
Gestión	9,9
Investigación	16,5
Todas por igual	53.9
No contesta	4,1

Tabla 57. Porcentajes de la población de estudio según el ámbito del ejercicio profesional desde el que consideran que se pueden realizar las aportaciones más significativas a la profesión y a la disciplina.

Se valora de manera muy positiva que el 53,9% considere que las aportaciones, a la profesión y a la disciplina, se pueden realizar desde todas las áreas por igual, con una distribución homogénea. Lo que coincide con la idea que se ha

defendido en esta tesis, cuando se sitúa el área de la clínica como punto central de la razón de ser de la enfermería y el resto de las actividades en función de ésta y por lo tanto con las mismas posibilidades de realizar aportaciones (Meleis, 1997 y Fernández, 1997).

Resulta especialmente llamativo el porcentaje tan bajo que se le concede al área de gestión (9,9%). En este apartado tres enfermeras añaden que le corresponde a la administración hacer las aportaciones más significativas.

No existen diferencias significativas entre los grupos.

Análisis de los resultados en relación a cada uno de los conceptos paradigmáticos

Dimensiones más valoradas. Cuidado humano

- Interpretación

Dimensiones más valoradas. Persona

- Interpretación

Dimensiones más valoradas. Salud

- Interpretación

Dimensiones más valoradas. Entorno

- Interpretación

Dimensiones más valoradas. Cuidado enfermero

- Interpretación

Análisis de los resultados en relación a cada uno de los conceptos paradigmáticos

Como se viene poniendo de manifiesto con los resultados de nuestro estudio aportados anteriormente, las enfermeras, durante su periodo de formación, estudian diferentes modelos y metodologías de cuidados, pero lo hacen con una profundidad relativa. Los modelos más estudiados son el de Virginia Henderson y el de Dorotea E. Orem y de entre las metodologías destaca la clasificación de diagnósticos de NANDA.

Para llegar a conocer los postulados e ideas que orientan el ejercicio profesional, y tanto de quienes se han formado en profundidad con un modelo de cuidados de referencia, como de quienes no han contado en su formación con este elemento, evidenciamos en las publicaciones profesionales que las enfermeras tienen determinadas aptitudes y actitudes en su forma de relacionarse con el paciente y su familia, de considerarles, tratarles y responder a las necesidades de quienes precisan de la atención enfermera. La forma, más o menos particular, que cada enfermera tiene de hacer la enfermería viene modelada por la idea adquirida con la formación y desarrollada con la práctica (Benner, 1987) de los fenómenos que concurren en cada situación y que toman cuerpo en las concepciones paradigmáticas descritas por Fawcett (1995) y Kérouac (1996).

Benner (1987) afirma que las actitudes profesionales tienen su origen en

postulados básicos y experiencias que se van adquiriendo conforme la enfermera adquiere pericia: *"se genera una sabiduría clínica que es una amalgama de saberes prácticos elementales de conocimientos teóricos no depurados"*. Esta misma autora reflexiona sobre la idea de si al profesional experto se limitara a la los contenidos teóricos su labor se vería empobrecida.

Por su parte, Zarate (2004) desarrolla una idea complementaria a la de Benner (1987). Esta autora plantea que los cuidados enfermeros se producen en una situación marcada por las interacciones que se producen entre la persona y la enfermera, por lo que las acciones de cuidados adquieren formas polivalentes, flexibles e interdisciplinarias, en las que son fundamentales la formación y los conocimientos de los profesionales, manifestados en las competencias y habilidades, y también las actitudes y valores profesionales. Y es que como afirmaba recientemente Watson, (Riva, Buendía y Fabrellas, 2008), las acciones de cuidados son complejas y describirlas requiere narrarlas, por la complejidad de elementos que influyen en ellas.

Consideramos pues, que las profesionales cuentan con un conocimiento explícito, fácil de identificar y explicar, al tiempo que también se va desarrollando un conocimiento modelado por la práctica, la experiencia y la tradición que adquiere significado en la manera de considerar y tratar una situación. Las razones implícitas en cada acción son difícilmente identificables, aunque tienen sus porqués en fundamentos adquiridos o elaborados (Benner, 1987), que nos proponemos conocer a través de identificar los significados que, que para la población de estudio adquieren los conceptos paradigmáticos.

A continuación se ofrecen los resultados obtenidos en nuestro estudio. El orden

es el siguiente: 1) cuidado humano, 2) persona, 3) salud, 4) entorno y 5) cuidado enfermero. Como ya se describió en la descripción del cuestionario, se consideró de interés tratar el concepto de cuidado como elemento paradigmático desde dos perspectivas; cuidado humano y cuidado enfermero. En el cuestionario se plantea el apartado de cuidado enfermero en segundo lugar, seguido del concepto de cuidado humano. Pero a la hora de hacer el análisis de los datos obtenidos, consideramos que en la concepción de cuidado enfermero cobran significado concepciones de todos los elementos paradigmáticos; es por ello por lo que va a ser analizado en el último lugar.

El esquema que se sigue para la presentación de los resultados es común para los cinco conceptos:

1. Se ofrece una tabla con una con una visión general con las tres dimensiones, con sus porcentajes, de los cinco conceptos paradigmáticos, que han sido señalados en primer lugar por la población de estudio.
2. En relación con cada uno de los conceptos paradigmático se ofrecen dos tablas. En la primera se formulan las tres dimensiones que han sido valoradas en primer lugar por un mayor porcentaje de las enfermeras participantes en el estudio. En la segunda tabla, se especifican las dimensiones con menor valoración. En ambas tablas se especifican los porcentajes correspondientes.
3. Se hace una interpretación sobre las valoraciones formuladas y que se encuentran en los puntos dicotómicos de la valoración.
4. Se realiza una interpretación, relacionando la dimensión más mencionada con las variables de la población de estudio.
5. El análisis de cada uno de los conceptos paradigmáticos se concluye con una interpretación general fundamentada y se finaliza con la descripción del

concepto a la luz de las dimensiones elegidas.

La visión general de los conceptos interrelacionados. Las tres dimensiones elegidas en primer lugar

Cuidado humano	Persona	Salud	Entorno	Cuidado enfermero
Es individual y único (21,8%)	Con componentes físicos, intelectuales y emocionales (23,5%)	Estado de equilibrio, armonía y estabilidad deseables positivos (46,5%)	Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales (22,2%)	Proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esa ayuda profesionalizada (27,2%)
Es el objeto de estudio de la enfermería (11,5%) Tiene como finalidad cubrir un déficit (11,5%)	Con necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales (15,2%)	Ausencia de enfermedad (9,5%)	Compuesto por todos los elementos externos que rodean a la persona (21%)	Su finalidad es la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona (15,6%)
Es universal y se requiere de manera permanente (8,2%) Está orientado a liminar problemas (8,2%)	Con capacidad y responsabilidad de decidir sobre su situación (14%)	La salud y la enfermedad en una proceso de interacción continua (7,4%)	Conjunto del universo del que la persona forma parte integrante (21%)	Centrado en la independencia de la persona (10,3%)

Tabla 58. Las tres dimensiones mencionadas en primer lugar en relación a cada uno de los conceptos paradigmáticos.

Dimensiones más valoradas. Cuidado humano

De las diez dimensiones propuestas y relacionadas con el concepto de cuidado humano, se señalan a continuación los porcentajes otorgados a las diferentes dimensiones, considerando la elegida en primer lugar.

Dimensiones. Cuidado humano	**%**
Está orientado a eliminar problemas	8,2
Tiene como finalidad cubrir un déficit	11,5
Es imprescindible para la supervivencia	5,3
Es individual y único*	21,8
Es el objeto de estudio de la enfermería	11,5
Varía por diferentes factores como la edad y el estado de salud	6,6
Es universal y se requiere de manera permanente	8,2
Se concibe desde dimensiones espirituales y/o culturales**	1,2
Su verdadero significado se adquiere cuando existe una enfermedad	1,6
Está ligado al concepto de independencia	6,2
No contesta	17,7

Tabla 59. Valoración de las dimensiones sobre el cuidado humano
*Dimensión valorada por un mayor porcentaje en primer lugar
**Dimensión valorada por el menor porcentaje en primer lugar

Parece existir una tendencia a considerar el cuidado desde una perspectiva holística, *"individual y único"*, (Orem, 1993 y 2001) y Levine (Moore, 2007), relacionado con la razón de ser de la enfermería, *"objeto de estudio de la*

enfermería" (Orem, 1993 y 2001 y Hall (Marriner y Rayle 2007)) y relacionado con la salud, *"orientado a eliminar problemas"* (Travelbee, 1999 y Marriner y Rayle, 2007)). Al tiempo que se alejan de concepciones relacionadas con *"dimensiones espirituales y culturales"* [Watson (Benavent, Ferrer y Francisco, 2004) y Leininger (McFarland, 2007)] darle significado *"cuando existe una enfermedad"* [Pender (Sakraida, 2007) y Newman (Newman, 1994 y Brown, 2007 (1)] e *"imprescindible para la supervivencia"*, como describe Parse (Mitchell, 2007).

El aspecto más mencionado en primer lugar es considerar el cuidado humano como *"universal y único"* (21,8%), con una diferencia significativa sobre las dos dimensiones elegidas en segundo lugar (11,5%) p=0,0085. Puede considerarse una concepción homogénea, ya que los resultados oscilan entre el 32,4% que lo consideran las enfermeras que cuentan con alguna especialidad y 13,6% de quienes han realizado otros estudios de grado. Desde la perspectiva, de las grades corrientes de pensamiento descrita por Kérouac et ál. (1996), esta visión se puede considerar incluida en *"la orientación de la apertura al mundo"*.

La dimensión sobre cuidado humano como *"universal y único"*, es también la valorada con el porcentaje más alto de la población de estudio, cuando se analiza la globalidad de los datos. Ha sido consideradora entre las tres dimensiones elegidas, por un 49,4%.

Esta concepción coincide con la propuesta expresada por Orem (1993 y 2001), con la descripción del concepto de autocuidado y de requisito de autocuidado universal y de Levine (Moore, 2007), con la descripción de los conceptos globalidad.

Los datos reflejan diferencias de porcentajes en la elección de esta dimensión por parte de los grupos de las enfermeras estudiadas en relación a la formación recibida, la edad, la experiencia profesional y la titulación, como queda representado en las tablas siguientes:

Tablas 60, 61, 62, 63 y 64. **Diferencias de porcentajes por grupos, en relación a la valoración de cuidado humano.**

Formación.

Cuidado humano:	Total	Continuada	Estudios grado	Especialidad	Postgrado
Universal y único	21,8	21,4	13,6	32,4	31,8

Edad.

Cuidado humano:	Total	Menos de 30 años	30-39	40-49	50 y más
Universal y único	21,8	23,6	17,3	28,1	17,5

Experiencia profesional.

Cuidado humano:	Total	Menos de 5 años	5-9	10-19	20-29	30 y más
Universal y único	21,8	19,4	27,9	20,7	23,5	16,0

Titulación.

Cuidado humano:	Total	A.T.S	Diplomado. Homologado	Diplomatura
Universal y único	21,8	20,0	16,3	23,3

No se observan diferencias de porcentajes en relación al sexo, al medio en el que se ejerce, ni a la categoría profesional:

Tablas 65, 66 y 67. **Grupos con valoraciones similares en relación al cuidado humano.**

Sexo.

Cuidado humano:	Total	Mujer	Hombre
Universal y único	21,8	22,2	20,5

Medio en el que se ejerce la profesión.

Cuidado humano:	Total	Hospitalario	Atención Primaria
Universal y único	21,8	22,9	20,5

Categoría profesional.

Cuidado humano:	Total	Enfermera asistencial	Cargo de responsabilidad
Universal y único	21,8	22,4	19,4

Tan solo el grupo formado por enfermeras que cuentan con otros estudios de grado concede mayor importancia que la media general a la dimensión enunciada como considerar el cuidado humano *"el objeto de estudio de la enfermería"* (22,7%), y al enunciado como *"universal y único"* (13,6%)

Interpretación

Se observa una marcada división en la elección de las dimensiones, lo que no es de extrañar dada la heterogeneidad existente en la descripción de este concepto, tanto en los propios modelos de cuidados, como en la literatura en general, que comprobamos a la hora de formular las dimensiones propuestas. Muñoz et ál. (2005) hacen una revisión bibliográfica sobre los diferentes instrumentos para medir los autocuidados y reconocen la existencia de una gran diversidad de

definiciones acerca de este constructo.

A la hora de interpretar el significado concedido al concepto de cuidado humano, se identifican dos tendencias: una pragmática, que se puede situar orientada desde la teoría de las necesidades, (Kérouac et ál., 1996 y Heller, 1996). En nuestro entorno, son habituales los trabajos que relacionan el cuidado con las necesidades (Domingo y Gómez, 2003). La otra tendencia, desde una perspectiva fenomenológica, orientada desde la propuesta desarrollada por Kérouac et ál. (1996) como escuela del *caring*. Aunque la primera corriente está más presente en nuestra cultura y es más estudiada por las enfermeras, como se demostraba en el apartado correspondiente, cada vez están adquiriendo más presencia, en la literatura y los foros profesionales las estructuras teóricas incluidas en la escuela del *caring*. No aparece ninguna referencia explícita a Virginia Henderson, el modelo identificado como más conocido por nuestra población de estudio, ya que esta teorizadora no describe el concepto de cuidado humano de manera explícita.

Partiendo de entender el cuidado humano como "*las actividades cotidianas que la persona lleva a cabo y que repercuten en sus estructuras y funciones*" y con los aspectos mencionados en primer lugar se puede concluir que la concepción de **cuidado humano** puede quedar descrita como: ***"es individual y único, representa el objeto de estudio de la enfermería y tiene como finalidad cubrir un déficit"***. Tomando como definición la concepción descrita pueden considerarse como atributos del cuidado humano, por la importancia concedida por la población estudiada, al ser el primer aspecto mencionado, el considerarlo como:

- Universal que se requiere de manera permanente.

- Orientado a eliminar problemas.
- Varía por diferentes factores como la edad y el estado de salud.
- Ligado al concepto de independencia.
- Imprescindible para la supervivencia.
- Adquiere su verdadero significado cuando existe una enfermedad.
- Concebido desde dimensiones espirituales y culturales.

La concepción de cuidado expresada puede compararse al concepto que otros autores formulan como *necesidad.* Siles (2003) se refiere al concepto de necesidad afirmando que *"existe un consenso en dotar al hombre de unas necesidades básicas que son innatas por el hecho de ser hombre, pero que vienen contextualizadas por la cultura"*.

Dimensiones más valoradas. Persona

De las diez dimensiones propuestas relacionadas con el concepto de persona, se señalan a continuación los porcentajes con los que han sido valoradas en primer lugar por la población estudiada:

Dimensiones. Persona	**%**
Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales*	23,5
Tiene capacidad y responsabilidad de decidir sobre su situación	14.0
No tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas	2,1
Como conjunto de estructuras y funciones**	1,6
Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes en relación mutua con su entorno en continuo cambio	9,1
Con necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales	15,2
Tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas	2,9
Tiene capacidad para aprender y desarrollar habilidades	5,3
Se concibe dentro de la familia, o grupo, como unidad en interacción constante	6,2
Es holística, espiritual y cultural	3,3
No contesta	16,9

Tabla 68. Valoración de las dimensiones sobre la persona
*Dimensión valorada por un mayor porcentaje en primer lugar
**Dimensión valorada por el menor porcentaje en primer lugar

La dimensión más mencionada, en primer lugar, le otorga a esta concepción una orientación holística al considerar a la persona con *"componentes físicos intelectuales, emocionales y espirituales"* [Watson (Watson, 1988 y 1998,

Benavent, Ferrer y Francisco, 2004)]. Con una diferencia significativa sobre la dos dimensión elegida en segundo lugar (15,2%) p=0,0483. Es de resaltar que el aspecto reseñado en segundo lugar es el que considera a la persona con *"necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales"* [Henderson, 1994, Parse (Vives, Rodero y Acebedo, 2006), Peplau, 1990 y Neuman (Freese, 2007)], concepción muy similar a la anterior, aunque más específica. La dimensión elegida en tercer lugar, se plantea desde la perspectiva de la relación terapéutica, es la enunciada como *"tiene la capacidad y la responsabilidad para decidir sobre su situación"* (Henderson, 1994 y Orem, 1993 y 2001).

Las dimensiones menos valoradas son las que describen a la persona como *"conjunto de estructuras y funciones"* (Orem, 2001). Una vez más se pone de manifiesto el interés por alejarse de concepciones con orientaciones biologicistas. La segunda dimensión menos valorada es la que se refiere a que la persona *"no tiene capacidad para participar en cuidados complejos"*. Se optó por esta dimensión como disuasoria, en relación a la que aparece, también entre las tres menos valorada *"tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas"* [Orem, 2001, Parse (Mitchell, 2007) y Wiedenbach (Marriner y Rayle, 2007)].

La primera dimensión elegida por un 23,5% de la población estudiada, es la que describe a la persona con *"componentes físicos intelectuales, emocionales y espirituales"*. Puede considerarse una concepción homogénea, ya que los resultados oscilan entre el 36,1% de las enfermeras más noveles, con una experiencia profesional de menos de cinco años, y el 15,4% de los enfermeros hombres. Desde la perspectiva de las grandes corrientes de pensamiento descrita por Kérouac et ál. (1996), esta visión se puede considerar incluida en *"la*

orientación a la salud pública”.

La dimensión de la concepción de persona con “*componentes físicos intelectuales, emocionales y espirituales”*, es valorada por un 43,6% de la población de estudio cuando se analizan todas las dimensiones mencionadas por los participantes. Del análisis de la totalidad de las dimensiones mencionadas, la que obtiene un mayor porcentaje es la que considera a la persona *“dentro de la familia o grupo en interacción constante”* (44,0%).

Los datos orientan a considerar que existen diferencias porcentuales en los grupos según la edad, experiencia profesional, sexo, formación, titulación y categoría profesional, como se puede observar en las tablas siguientes:

Tablas 69, 70, 71, 62, 73 y 74. **Diferencias de porcentajes por grupos, en relación a la valoración de persona.**

Edad.

Persona:	Total	Menos 30 años	30-39	40-49	50 y más
Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales	23,5	32,7	24,7	18,8	17,5

Experiencia profesional.

Persona:	Total	Menos de 5 años	5-9	10-19	20-29	30 y más
Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales	23,5	36,1	20,9	26,4	17,6	12,0

Sexo.

Persona:	Total	Mujer	Hombre
Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales	23,5	25,1	15,4

Formación.

Persona:	Total	Continuada	Estudios grado	Especialidad	Postgrado
Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales	23,5	22,7	31,8	17,6	31,8

Titulación.

Persona:	Total	A.T.S	Diplomado. Homologado	Diplomatura
Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales	23,5	20,0	18,4	24,9

Categoría profesional.

Persona:	Total	Enfermera asistencial	Cargo de responsabilidad
Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales	23,5	25,2	12,9

No es significativa la diferencia entre quienes ejercen el medio hospitalario en relación a quienes lo hacen en la atención primaria:

Tabla 75. **Grupos con valoraciones similares en relación al concepto de persona.**

Medio en el que se ejerce la profesión.

Persona:	Total	Hospitalario	Atención Primaria
Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales	23,5	24,8	20,5

Los porcentajes de la totalidad de los grupos en los que se agrupa la población estudiada arrojan unos resultados en los que coincide la dimensión más valorada en primer lugar. A excepción del grupo de enfermeras que ejercen en servicios centrales en el medio hospitalario, ya que la consideran en primer lugar un

13,3%, mientras que un 26,7% ha optado por la dimensión que considera a la persona *"con capacidad y responsabilidad para elegir"*.

Interpretación

Se observa una tendencia a dar importancia a la dimensión elegida en primer lugar (23,5%) con una diferencia de porcentajes importante en relación a la elegida en segundo lugar (15,2) p=0,0483, que como se apuntaba es muy similar a la anterior y a la tercera (14,0%) y muy distanciadas de las siguientes, valoradas por porcentajes muy bajos de entre (9,1%) y 1,6%).

Destaca la importancia concedida a la dimensión de persona, elegida en segundo lugar, expresada como *"necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales"*. La explicación puede estar en la importancia que adquiere el estudio de la teoría de las necesidades humanas en la formación (Maslow, 1983 y Doyal y Gough, 1996) y en especial a los aspectos psicosociales en relación con las vivencias y respuestas a la enfermedad (Olivé, 1992).

Es de resaltar que en la valoración de esta concepción la puntuación más baja es la expresada por las enfermeras que ejercen en servicios centrales en el medio hospitalario, ya que la consideran en primer lugar un 13,3%. Sin embargo este grupo concede gran importancia al aspecto descrito como *con capacidad y responsabilidad para elegir* (26,7%). La elección puede estar debida al tipo de asistencia que se ofrece a las personas desde servicios centrales de los hospitales como son laboratorio, radiología, etc., en el que la persona atendida, en muchos casos, presenta un alto grado de autonomía y capacidad para decidir y tiene un

papel más similar a lo que en general se entiende como cliente.

Son frecuentes, en la literatura, reflexiones que describen los valores necesarios para que se produzca una relación terapéutica. Ramió y Domínguez (2003) destacan el respeto, la tolerancia y el holismo como valores que no serían posibles sin una consideración de la autonomía personal (López, 1992). Al tiempo que se considera la educación para la salud como estrategia para que la persona llegue a ser autónoma en sus cuidados. Alarcón (2001) plantea la necesidad de llegar a *"un acuerdo cultural de intervención"*. Feito (2005) (2), desde la ética, apunta como características del cuidado enfermero el respeto a la dignidad, autonomía y valores del paciente como persona y la protección de sus intereses. Desde la perspectiva enfermera el respeto a la persona, que requiere de su atención, es fundamental para el desarrollo de sus potencialidades y crecimiento.

Sobre esta base, se proponía como opción posible considerar a la persona con *"capacidad y responsabilidad para elegir"*, dimensión que es elegida en tercer lugar por un 14,0%. Sin embargo cuando se especifica más *"con capacidad para participar en sus cuidados* ―especificando― *complejos"*, el porcentaje disminuye hasta situar esta dimensión en el numero ocho (2,9%). Parece que como *"complejos"* se interpreta exclusivamente los aspectos que tienen que ver con los aspectos técnicos del cuidado. Aunque cuando se analiza la dimensión enunciada como disuasoria *"no tiene capacidad para participar en sus cuidados* ―especificando― *cuando éstos requieren de tecnologías específicas"*, los resultados la sitúan por debajo, aunque todavía un 2,1% de la población estudiada la elige en primer lugar. Estas bajas puntuaciones nos hacen pensar que la corriente de considerar a la persona como la responsable última de sus

cuidados está más presente en el discurso teórico que en la práctica.

Diversos autores profundizan en la importancia que tiene la relación enfermera/ enfermo para el éxito de los cuidados. (Rubio, 2006) describe como imprescindible para la atención que ésta se produzca en el marco de *"una relación verdadera"*. Esta autora la describe como el paso de una orientación basada en el tratamiento —en la enfermedad— a basarse en la autonomía de la persona. Según Fernandes, Barbosa y Prado (2007), no se puede cuidar a una persona sin comprenderla. Hildergad Peplau (1990) desarrolla su modelo, teniendo presentes estos principios, y lo hace sobre la base de las relaciones interpersonales.

González-Valentín, Padín y Ramón (2005) realizan un estudio sobre la satisfacción de los enfermos tras ser dados de alta del hospital. De entre los hallazgos destaca que más del 90% de estas personas tienen una buena opinión del trato recibido de las enfermeras. Sin embargo solamente el 44% conocía el nombre de su enfermera. Similares son los resultados que encuentran Lupión et ál. (1998-99), en un estudio con mujeres puérperas señalan que el 84% identifica al médico, mientras que a la enfermera lo hacen el 64,4%.

La idea de persona desde la autonomía e individualidad ya estaba presente entre los filósofos de la Grecia Clásica (Zubiri, 1994). Concebir así a la persona orienta una manera de tratarla y de ofrecerle los cuidados, que potencia su participación en el proceso. Se establece una relación de reciprocidad que, como formulan diferentes autores, mejora la percepción de la calidad de la atención recibida, aumentando la implicación y la satisfacción de quienes participan en el proceso.

Otro de los resultados que resulta llamativo es el bajo valor concedido a la dimensión enunciada como considerar a la persona desde una perspectiva *"holística, espiritual y cultural"*, valorada en primer lugar por solamente un 3,3% de la población. La atención a la salud, desde una perspectiva general, se plantea, cada vez más, desde posicionamientos humanistas. Actitudes profesionales como responsabilidad, identidad, tolerancia, solidaridad, respeto y profesionalidad son considerados imprescindibles por autores como Fernández et ál. (1995). O como plantea Laín (1991) *"todo acto que se considere humano es a la vez mental y físico, psíquico y orgánico"*. Quizás con la baja consideración otorgada a esta dimensión se haya querido huir de concepciones que parece que deberían estar superadas, porque como afirman Cibanal y Siles (1998) se tiende a relacionar lo espiritual con lo católico, lo que lo convierte en *"algo tabú"*, cuando realmente tiene que ver con lo holístico.

Cada vez más se concibe a la persona como parte integrante de un grupo o familia, que cobran especial significado cuando la persona presenta problemas de salud, al tiempo que la enfermedad se convierte en un factor adverso para ésta. En el estudio de Solano y Siles (2005), sobre las vivencias que experimentan los enfermos con infarto de miocardio ingresados en una unidad de críticos, identifican entre las sensaciones vividas *"la asociación de la enfermedad a familiares y amigos y la añoranza familiar"*.

Pues bien, la dimensión que describe a la persona *"dentro de la familia o grupo en interacción constante"*, ha sido la dimensión más valorada cuando se analizan todos los aspectos mencionados, pero solamente en primer lugar por el 6,2% de la población estudiada. A pesar de la existencia de múltiples trabajos que ponen

de manifiesto la importancia de la familia en el proceso de socialización, y dentro de este proceso en la cultura de los cuidados (Musitu, 2006) y de manera singular cuando algún allegado enferma (Díaz et ál., 1997, Francisco y Mazarrasa, 2000, Millán, García y Cabañas, 2000 y Nieto, Abad y Esteban, 2004) y propuestas para integrar a la familia en el proceso de cuidados como el programa de apoyo desarrollado por Barrera, Pinto y Sánchez, (2006), la del cuidado integral (Ferreiros, 1999), o la de Cuesta (2004) para familias de enfermos con problemas mentales. Heredia (2004), haciendo referencia a las personas con diabetes, pone de manifiesto que las relaciones familiares influyen en el seguimiento del tratamiento. Bolaños y Sarria-Santamaría (2003) identifican la confianza como el aspecto fundamental para el éxito de los cuidados en personas con enfermedades crónicas como es la diabetes mellitus tipo 2, y afirman que los más jóvenes consideran el apoyo familiar imprescindible en la toma de decisiones. También, frecuentemente la persona que se ocupa del cuidado de un allegado se convierte en el objeto de interés de la enfermería (Merino, 2004).

Partiendo de entender el concepto de persona desde una perspectiva de "*individualidad con capacidad para tomar decisiones de manera autónoma en todos los órdenes de su vida*" y con los aspectos mencionados, en primer lugar se puede concluir que la concepción de **persona** puede quedar descrito como: ***"está compuesta por aspectos físicos, intelectuales y emocionales, con necesidades fisiológicas y psicológicas y con la capacidad y responsabilidad para decidir"***. Tomando como definición la concepción descrita pueden considerarse como atributos de la persona, por la importancia concedida por la población estudiada, al ser el primer aspecto mencionado, al considerarla como:

- Un todo indivisible mayor que la suma de sus partes en relación mutua con

su entorno en continuo cambio.

- Dentro de la familia, o grupo, como unidad en interacción constante.
- Con capacidad para aprender y desarrollar habilidades.
- Holística, espiritual y cultural.
- Con capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas.
- Sin capacidad para participar en cuidados complejos.
- Como un conjunto de estructuras y funciones.

Dimensiones más valoradas. Salud

De las diez dimensiones propuestas y relacionadas con el concepto de salud, se señalan a continuación los porcentajes que se corresponden con la dimensión elegida en primer lugar:

Dimensiones. Salud	**%**
La capacidad y el deseo de utilizar bien cada capacidad que se posee	2,5
Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente*	46,5
Ausencia de enfermedad	9,5
La salud y la enfermedad como un proceso en interacción continua	7,4
Ideal que se ha de conseguir según el contexto en el que la persona vive	6,6
Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona	2,9
Realización del potencial de creación de la persona**	1,2
Independencia	4,9
Integridad física y homeostática	2,1
Preservar la energía y comportamientos saludables	1,6
No contesta	14,8

Tabla 76. Valoración de las dimensiones sobre la salud
*Dimensión valorada por un mayor porcentaje en primer lugar
**Dimensión valorada por el menor porcentaje en primer lugar

La dimensión que más se ha mencionado en primer lugar es considerar la salud como *"equilibrio, armonía y estabilidad deseables y positivos"*. Esta concepción coincide con las propuestas expresadas por teóricas como Roy, (Roy y Andrews,

1999 y Philiips, 2007), Johnson, (Brown, 2007 (2)) y King (1987 y 1990) (Sieloff, 2007). Con una diferencia significativa en relación a la dimensión elegida en segundo lugar (9,5%) p<0,0001. Es de resaltar que el aspecto reseñado en segundo lugar es el que considerar *"como ausencia de enfermedad"*; una concepción muy generaliza, impulsada por la Organización Mundial de la Salud hasta los años 1940. No es de extrañar, por lo tanto, que solamente se encuentre una referencia explícita a esta concepción en los escritos de Nightingale (1990), al tiempo que encontramos reflexiones como las de Travelbee (Marriner y Raile, 2007), que apuntan todo lo contrario con afirmaciones como *"la salud no es la ausencia de enfermedad"*. La dimensión elegida en tercer lugar, se plantea desde la perspectiva dinámica, al optar por considerar la salud en relación a la enfermedad *"como un proceso en interacción continuo"* [Levine (Moore, 2007), Rogers (Gunther, 2007) y Roy (Roy y Andrews, 1999 y Philiips, 2007)].

Resulta muy llamativo que dos, de las tres dimensiones elegidas en primer lugar, aunque muy distanciadas de la primera, relacionen la salud con la enfermedad, en detrimento de concepciones más relacionadas con el bienestar y la percepción subjetiva que la persona hace de su vivencia, concepciones descritas en la escuela del *caring* (Kérouac, 1996). Cada vez es más evidente el significado relativo del concepto de salud y su relación con la enfermedad. Icart, et ál. (2001) afirman que las personas *"con frecuencia no reconocen el problema de salud que ha motivado su visita como una verdadera enfermedad"*.

Las dimensiones menos valoradas son las que describen la salud como *"realización del potencial de creación de la persona"* [Rogers (Gunther, 2007) (Roy y Andrews, 1999 y Philiips, 2007) y Reed (Coward, 2007)]. La segunda

dimensión menos valorada es la que se refiere a la salud como *"preservar la energía y comportamientos saludables"* [Leininger (McFarland, 2007)]. La tercera elegida es la que la describe como, *"integridad física y homeostática"* [Levine (Moore, 2007)].

La primera dimensión considerada por un 46,5% de la población estudiada es la de considerar la salud como *"estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente"*. Destaca por el alto porcentaje de enfermeras que han optado por esta concepción. Puede considerarse una concepción heterogénea, ya que los resultados oscilan entre el 63,3% de las enfermeras con estudios de postgrado y el 20,0% de quienes cuentan con más de 30 años de experiencia profesional. Ninguna de las ATS ha seleccionado esta dimensión en primer lugar. Desde la perspectiva de las grandes corrientes de pensamiento descrita por Kérouac et ál. (1996), esta visión de salud se puede considerar incluida en *"la orientación a la enfermedad"*.

La dimensión de considerar la salud como *"estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente"* es también la valorada con el porcentaje más alto de la población de estudio, cuando se analiza la globalidad de los datos. Ha sido consideradora entre las tres dimensiones elegidas por cada participante por un representativo 77,4%.

Los datos orientan a considerar que es especialmente relevanteo es este aspecto para las enfermeras agrupadas según su formación, experiencia profesional, edad, sexo y titulación. En la tabla que aparece a continuación se especifican estos datos:

Tablas 77, 78, 79, 80 y 81**. Diferencias de porcentajes por grupos, en relación a la valoración de salud.**

Formación.

Salud: **Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente**	Total	Continuada	Estudios grado	Especialidad	Postgrado
	46,5	46,4	50,0	47,1	63,6

Experiencia profesional.

Salud: **Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente**	Total	Menos de 5 años	5-9*	10-19**	20-29	30 y más
	46,5	47,2	53,5	49,4	49,0	20,0

* Existe una diferencia significativa entre el grupo que cuenta con una experiencia profesional de entre 5 y 9 años (53,5%), en relación al grupo con experiencia de 30 años y más (20,0%) p=0,0143.

** Se observa una diferencia significativa entre el grupo que cuenta con una experiencia profesional de entre 10 y 19 años (49,4%), en relación al grupo con experiencia de 30 años y más (20,0%) p=0,0169.

Edad.

Salud: **Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente**	Total	Menos de 30 años*	30-39	40-49	50 y más
	46,5	54,5	46,9	48,4	30,0

* Existe una diferencia significativa entre el grupo que cuenta con menos de 30 años (54,5%), en relación al grupo con quienes tienen 50 años y más (30,0%) p=0,0304.

Sexo.

Salud:	Total	Mujer*	Hombre
Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente	46,5	50,2	28,2

* Existe una diferencia significativa entre el grupo de mujeres (50,2%), en relación al grupo de hombres (28,2%) p=0,0189.

Titulación.

Salud:	Total	A.T.S	Diplomado. Homologado	Diplomatura*
Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente	46,5	0,0	32,7	51,3

* Existe una diferencia significativa entre el grupo de diplomadas (51,3%), en relación enfermeras tituladas como DUE por homologación (32,7%) p=0,0305.

Son similares las valoraciones de los grupos de quienes ejercen en distintas categorías profesionales y de quienes ejercen en el medio hospitalario en relación a quienes lo hacen en la atención primaria:

Tablas 82 y 83. **Grupos con valoraciones similares en relación al concepto de salud.**

Categoría profesional.

Salud:	Total	Enfermera asistencial	Cargo de responsabilidad
Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente	46,5	46,7	48,4

Medio en el que se ejerce la profesión.

Salud: **Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente**	Total	Hospitalario	Atención Primaria
	46,5	46,5	46.6

Los porcentajes de la totalidad de los grupos en los que se agrupa la población estudiada arrojan unos resultados en los que coincide la dimensión más valorada en primer lugar, por todos los grupos y con una gran diferencia en relación al resto de las dimensiones. A excepción del grupo de ATS, que no es seleccionada por ninguna de las cinco participantes, aunque destaca que se abstengan de responder dos de ellas.

En nuestro estudio la concepción de salud *"como ausencia de enfermedad"* es elegida en primer lugar por el 23,9% de enfermeras con menos de 5 años de experiencia profesional y por el 12,7% de enfermeras con menos de 30 años de edad. Estos porcentajes que pueden parecer llamativos, por considerar que es una concepción superada, como se verá más adelante, presenta algunas similitudes con el trabajo desarrollado por Isla (2004). Para identificar la concepción de la salud que tienen los estudiantes de enfermería. Esta autora ofreció, para que priorizasen los atributos de bienestar, equilibrio, autonomía, autoestima, optimismo, no enfermedad, educación, armonía, trabajo y familia. Los estudiantes priorizaron el de *"no enfermedad"* en primer lugar.

Interpretación

Se observa una tendencia a dar importancia a la dimensión elegida en primer lugar (46,5%) con una diferencia de porcentajes en relación la segunda

dimensión (9,5%) y a la tercera (7,4%).

Considerar la salud desde la dimensión de *"estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente"*, coincide con la idea desarrollada por Torralba i Roselló (1998) cuando describe el concepto *"enfermo sano"*, caracterizado por los comportamientos de la persona que se compromete con sus cuidados y se adapta a las limitaciones que le impone la enfermedad.

Destaca la importancia concedida a la dimensión de salud, elegida en segundo lugar, expresada como *"ausencia de enfermedad"*. La explicación puede estar en la importancia y presencia, que durante mucho tiempo, ha tenido esta concepción. Coincide sustancialmente con la expresada por la OMS y con la propia evolución que ha experimentado la concepción de la salud en este Organismo Internacional, primero considerada como ausencia de enfermedad, después como binomio (salud-enfermedad) y finalmente como equilibrio ecológico y social.

Una revisión a las concepciones difundidas por la OMS, nos permite identificar la evolución en su concepción. Este organismo describía la salud como *"ausencia de enfermedad"*, hasta que en el año 1958 completa esta concepción con una visión más integral que la describe como *"el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de la enfermedad"*. En 1984 la describe como *"la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente"*.

Desde la concepción de la salud expresada por la OMS como paradigmática, se ha profundizado en su estudio y definición y actualmente hay una corriente

humanista preocupada por profundizar en su significado. Diferentes autores (Lavinas, Freitag y Carvalho, 2007) coinciden en considerar la salud como un fenómeno cargado de elementos subjetivos. Destacan la importancia que adquiere esta subjetividad en la mirada enfermera, e incluyen aspectos como el bienestar, la mejora, el equilibrio y la armonía para acercarse al significado de la salud (Paterson y Zderad, 1979 y 1998).

Repasando lo que aportan autores de campos muy representativos encontramos análisis similares. Piédrola (2001), epidemiólogo de prestigio, desarrolla la evolución que ha experimentado el concepto de salud y señala que se ha pasado de un concepto negativo de salud, entendida como *"no enfermedad"* a un sentido más positivo, en la década de los años 1950, entendida como *"bienestar, ausencia de malestar"*. Laín Entralgo, historiador de la medicina, define la salud desde una perspectiva biológica como *"la capacidad del organismo de resistir sin reacción morbosa, un estado habitual en el que se aúnan la normalidad y la posibilidad de un rendimiento optimo"*.

Vista la evolución de este concepto se explica que en la valoración más elevada a la dimensión de salud como "ausencia de enfermedad" se corresponda con el grupo de las ATS y de quienes cuentan con más de 30 años de ejercicio profesional (20,0% respectivamente), culturizadas en esta visión. Aunque también destaca el amplio número de abstenciones en estos dos grupos, el 40,0% de las primeras y el 36,0% de las segundas.

Es importante el bajo valor otorgado a las dimensiones de salud enunciadas como *"realización del potencial de creación de la persona"* (1,2%), *"capacidad y deseo de usar bien cada capacidad que se pose"* (2,5%) y *"valor y*

experiencias vividas según las perspectivas de cada persona" (2,9%). Estas concepciones además de estar desarrolladas en los modelos de cuidados, comentados anteriormente, están presentes cada vez más, en las reflexiones y publicaciones como las de Newman (1994) y Brown (2007) (1) cuando describen la salud como un patrón de totalidad. Donati (1994) reflexiona sobre la salud como instrumento para vivir y conseguir fines y como producto influida por múltiples factores.

También nos parece importante destacar el significado que tiene la dimensión que considera la salud como *"ideal que se ha de conseguir según el contexto en el que la persona vive"* y que ha sido valorado en primer lugar por el 6,6% de la población de estudio, ya que se está imponiendo una corriente desde la que se otorga a la salud una dimensión social. Entre las propuestas más significativas destaca la de la OMS en el año 1981, que desarrollada al amparo del lema *"salud para todos en el año 2000"* no concibe la salud sin estrategias políticas y sobre todo sin el compromiso y la participación de las personas y comunidades. En este mismo sentido, Zabaleguí et ál. (2005) profundizan en la idea con lo que describen como *"el empoderamiento de la comunidad"* en las cuestiones relacionas con la salud. Cuesta (1986) al reflexionar sobre el significado de la atención primaria plantea que ésta tiene que pasar de ser un recurso de los profesionales a ser de la comunidad. Carames (1991) afirma que no se pueden plantear mejoras en la salud sin intervenir en los sectores sociales y políticos.

De lo que no cabe duda es que la salud es un valor de gran importancia para las personas. Aguilar-Luzón, Fabregat y García (2001) realizan un trabajo para identificar los valores más significativos de los adolescentes, un grupo que a primera vista pudiera parecer que no esta muy preocupado por la salud, *"como*

guía de comportamiento de su vida". De los 14 valores que ofrecen para elegir, entre los que figuran la educación, la amistad, la paz, el prestigio, etc., identifican como el más importante y de manera significativa *"el valor salud"*.

Partiendo de entender el concepto de salud desde una perspectiva de "*individualidad relacionada con la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas"* y con los aspectos mencionados en primer lugar se puede concluir que la concepción de **salud** puede quedar descrito como: ***"estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente, ausencia de enfermedad, en un proceso en interacción continua entre salud y la enfermedad"***. Tomando como definición la concepción descrita pueden considerarse como atributos sobre la salud, por la importancia concedida por la población estudiada, al ser el primer aspecto mencionado el considerarla como:

- Ideal que se ha de conseguir según el contexto en el que la persona vive.
- Independencia.
- Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona.
- La capacidad y el deseo de utilizar bien cada capacidad que se posee.
- Integridad física y homeostática.
- Preservar la energía y comportamientos saludables.
- Realización del potencial de creación de la persona.

Dimensiones más valoradas. Entorno

De las diez dimensiones propuestas, relacionadas con el concepto de entorno, se señala a continuación el porcentaje de elección por la población de estudio, para cada una de ellas, en primer lugar:

Dimensiones. Entorno	**%**
Compuesto por todos los elementos externos que rodean a la persona	21,0
Separado de la persona**	1,2
Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales*	22,2
Lo percibido por cada persona de manera única	7,4
Factores que deben ser manipulados y controlados	1,2
Constituido por los contextos histórico, social, político y cultural	9,1
Rico en estímulos positivos y negativos	3,7
Compuesto por un conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente	16,0
Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible	1,2
Conjunto de elementos fácilmente identificables	1,6
No contesta	15,2

Tabla 84. Valoración de las dimensiones sobre el entorno
*Dimensión valorada por un mayor porcentaje en primer lugar
**Dimensión valorada por el menor porcentaje en primer lugar

Las tres dimensiones más mencionadas presentan valores comunes, le otorgan a la concepción de entorno una orientación holística, al considerarle como

"*determinado por aspectos físicos, sociales y culturales"* [Abdellah (Marriner y Raile, 2007), Neuman (Freese, 2007) y Leininger (1999)]. En segundo lugar es el que le considera *"compuesto por todos los elementos externos que rodean a la persona"*, [Nightingale (1990), Henderson (1994) Orem (1993 y 2001) y Roy, (Roy y Andrews, 1999 y Philiips, 2007)]. La dimensión elegida en tercer lugar, es la enunciada como *"compuesto por un conjunto del universo del que la persona forma parte integrante"* [Orlando (Schmieding, 2007) y Rogers, (Gunther, 2007)]. No se observan diferencias significativa respecto a las dos dimensiones elegida en segundo y tercer lugar (21% y16% respectivamente), la primera significación se observa en relación a la dimensión elegida en cuarto lugar (9,1%) p=0,0005.

En relación al concepto de entorno coinciden, con la menor valoración, tres dimensiones: la descrita como *"separado de la persona"* [Johnson (Brown, 2007 (2))]; la definida como *"factores que deben ser manipulados y controlados"* [Roy (Roy y Andrews, 1999 y Phillips, 2007)]; y la enunciada como *"caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible"* [Wiedenbach, (Marriner y Rayle, 2007) y Rogers (Gunther, 2006)]. En segundo lugar, se sitúa la que se refiere al entorno como *"conjunto de elementos fácilmente identificables"*. La tercera elegida es la que la describe como *"rico en estímulos positivos y negativos"*, Henderson (1994).

La primera dimensión considerada por un 22,2% de la población estudiada es la que considera el entorno como *"determinado por aspectos físicos, sociales y culturales"*. Destaca que la valoración sea muy similar a las dos siguientes (21,0% y 16,0% respectivamente). No obstante, sobresale también que prácticamente todos los grupos le han otorgado el mayor valor como primera

dimensión, a excepción del grupo formado por las ATS, y de quienes cuentan con una experiencia profesional por debajo de los cinco años. Puede considerarse una concepción homogénea, ya que los resultados oscilan entre el 23,1% que lo consideran los enfermeros hombres y un 16,7% de las enfermeras con una experiencia profesional por debajo de 5 años y el que no haya sido valorada por ninguna de las componentes del grupo de ATS. Desde la perspectiva de las grandes corrientes de pensamiento descrita por Kérouac et ál. (1996), esta visión sobre la concepción de entorno se puede considerar incluida en *"la orientación a la enfermedad"*.

La dimensión sobre el entorno como *"determinado por aspectos físicos, sociales y culturales"* es también la valorada con el porcentaje más alto, de la población de estudio, cuando se analiza la globalidad de los datos. Ha sido consideradora entre las tres dimensiones elegidas, por cada participante, por un 57,7%.

Los datos apuntan diferencias de porcentajes en el valor otorgado a la primera dimensión concedida al entorno, entre las enfermeras agrupadas según el medio en el que se ejerce, la titulación y la formación, como se especifica en las siguientes tablas:

Tablas 85, 86 y 87**. Diferencias de porcentajes por grupos, en relación a la valoración de entorno.**

Medio en el que se ejerce la profesión.

Entorno: **Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales**	Total	Hospitalario	Atención Primaria
	22,2	19,1	27,3

Titulación.

Entorno: **Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales**	Total	A.T.S	Diplomado. Homologado	Diplomatura
	22,2	0,0	20,4	23,3

Formación.

Entorno: **Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales**	Total	Continuada	Estudios grado	Especialidad	Postgrado
	22,2	22,7	22,7	17,6	18,2

Las valoraciones son similares en los grupos que se integran por el tiempo de experiencia profesional, edades y categoría profesional, como se puede apreciar en las tablas siguientes:

Tablas 88, 89, 90 y 91. **Grupos con valoraciones similares en relación al entorno.**

Experiencia profesional.

Entorno: **Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales**	Total	Menos de 5 años	5-9	10-19	20-29	30 y más
	22,2	16,7	18,6	27,6	19,6	24,0

Edad.

Entorno: **Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales**	Total	Menos 30 años	30-39	40-49	50 y más
	22,2	18,2	23,5	25,0	20,0

Categoría profesional.

Salud: **Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente**	Total	Enfermera asistencial	Cargo de responsabilidad
	22,2	22,4	16,1

Sexo.

Entorno:	Total	Mujer	Hombre
Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales	22,2	22,2	23,1

Interpretación

Aunque el concepto de entorno es, en general y, según diferentes autoras (Marriner y Raile, 2007 y Kérouac et ál., 1996), el menos descrito de manera explícita, en los modelos de cuidados, el nivel de respuesta a las dimensiones otorgadas a este concepto ha sido, junto con las respuestas al concepto de salud, los más altos. Pensamos que el entorno, como concepto paradigmático, tiene un significado propio, pero que sobre todo adquiere su verdadero significado relacionado con los otros conceptos.

La razón de este elevado de porcentaje de respuesta, puede deberse a la existencia de una corriente en la que se pone de manifiesto que la atención al enfermo implica la atención a su entorno (Castrillón, 1997). Autoras como Levine (Moore, 2007) plantean que solo se puede considerar a la persona en el contexto de su entorno. Estas reflexiones pueden explicar el hecho de que exista una marcada coincidencia entre la dimensión relativa al concepto de persona como más valorada *"está compuesta por aspectos físicos, intelectuales y emocionales"*, y la dimensión más considerada respecto al entorno, como *"determinado por aspectos físicos, sociales y culturales"*. En esta línea, Rodero-Sánchez et ál. (2006) formulan una serie de ideas, desde la perspectiva de Parse (Mitchell, 2007), en las que el eje está en considerar a la persona como única en sus necesidades, evolución y relación con el entorno.

Aunque cuando se analiza la importancia que se le concede al entorno, y se relaciona con las dimensiones concedidas al concepto de cuidado enfermero, los resultados apuntan a una ausencia de su consideración como elemento fundamental de los cuidados. Giménez, Therrien y Davis (1998) desarrollan la idea de la existencia de interacciones entre el entorno, el conocimiento y la conducta de la persona. Según estas autoras la valoración del entorno es un elemento fundamental para la enfermera para poder intervenir en él y mejorar o recuperar el proceso cognitivo de la persona. Sin embargo la dimensión de cuidado enfermero enunciada como *"se organiza en función de las percepciones y expectativas de la persona que le requiere"* ha sido la dimensión menos valorada por el grupo.

Sin embargo, si se considera el entorno creado entre la enfermera y la persona cuidada, al otorgar la mayor valoración a la dimensión que considera el cuidado enfermero como *"es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada"*. Lo que coincide con la formulación de Leite y Freitag (2005) que consideran el entorno de forma subjetiva y trascendente y dan especial importancia al ambiente-entorno que se crea en la relación enfermera-paciente.

Desde este planteamiento, de observar la presencia de elementos relacionados con el entorno, en el concepto de salud sobresale que la dimensión elegida en primer lugar como *"estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente"*, también coincide en lo sustancial con la dimensión más elegida en el apartado de entorno. Pues como apunta Escuredo (2002) el medio ambiente, como elemento del entorno, influye en la salud de las personas.

Partiendo de entender el entorno como "*los factores ecológicos y sociales que rodean a la persona*" y con los aspectos mencionados en primer lugar se puede concluir que la concepción de **entorno** puede quedar descrito como, ***"determinado por aspectos físicos, sociales y culturales, compuesto por todos los elementos externos que rodean a la persona y el conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente"***. Tomando como definición la concepción descrita pueden considerarse como atributos de entorno, por la importancia concedida por la población estudiada, al ser el primer aspecto mencionado el considerarle como:

- Constituido por los contextos histórico, social, político y cultural.
- Lo percibido por cada persona de manera única.
- Rico en estímulos positivos y negativos.
- Conjunto de elementos fácilmente identificables.
- Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible.
- Factores que deben ser manipulados y controlados.
- Separado de la persona.

Dimensiones más valoradas. Cuidado enfermero

De las diez dimensiones propuestas relacionadas con el concepto de cuidado enfermero, se señalan a continuación los porcentajes de la elegida en primer lugar:

Dimensiones. Cuidado enfermero	**%**
Se trata de hacer para la persona	2,5
Es preciso cuando se requieren conocimientos y habilidades específicas	7,0
Se trata de actuar con la persona	5,8
Se organiza en función de las percepciones y expectativas de la persona que le requiere**	1,6
Se trata de acompañar a la persona en sus experiencias de salud	2,1
La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados	8,2
Es un conjunto de reglas y técnicas especializadas y protocolizadas	3,3
Está centrado en la independencia de la persona	10,3
Su finalidad es la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona	15,6
Es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada*	27,2
No contesta	16,5

Tabla 92. Valoración de las dimensiones sobre el cuidado enfermero
*Dimensión valorada por un mayor porcentaje en primer lugar
**Dimensión valorada por el menor porcentaje en primer lugar

La dimensión más mencionada en primer lugar, y con una diferencia importante con las siguientes, es considerar el cuidado enfermero, desde una perspectiva centrada en la acción y la relación de ayuda, como *"un proceso interactivo entre*

una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada" [Henderson (1994), Orem (2001), Orlando (Schmieding, 2007), King (1984 y 1990) y Hall (Marriner y Raile, 2007)], coincide con la dimensión más valorada por el grupo de expertos que participó en el proceso de validación de las dimensiones adjudicadas a cada concepto. Las dimensiones segunda y tercera se centran en su finalidad: *"su finalidad es la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona"* (Henderson, 1979); *"está centrado en la independencia de la persona"* [Henderson (1979), Abdellah (Marriner y Raile, 2007) y Orem (1993 y 2001)]. Sin diferencias significativa respecto a la dimensión elegida en segundo lugar (15,6%), existe una significación en relación a la dimensión elegida en tercer lugar (10,3%) $p<0,0001$.

Las dimensiones menos valoradas son las que describen el cuidado enfermero como *"se organiza en función de las percepciones y expectativas de la persona que le requiere"* [Peplau (1990), Neuman (Freese, 2007), Orem (1993 y 2001) y Leiniger (McFarland, 2007)]. La segunda dimensión menos valorada es la que se refiere al significado del cuidado enfermero como *"se trata de acompañar a la persona en sus experiencias de salud"* [Hall (Marriner y Raile, 2007), Leininger (McFarland, 2007) y Parse (Mitchell, 2007)]. La tercera elegida es la que la describe como *"se trata de hacer para la persona"*. Esta última dimensión fue enunciada con el fin de comprobar si prevalecen concepciones teóricamente superadas. A pesar de que se corresponde con una mirada orientada desde la enfermedad, todavía ha sido considerada en primer lugar por un 2,5% de la población estudiada.

La dimensión elegida en primer lugar por un 27,2% de la población estudiada puede considerarse una concepción poco homogénea, ya que los resultados oscilan entre el 40,9% que lo consideran las enfermeras que cuentan con otros estudios de grado y 10,3% que lo consideran los enfermeros hombres. Destaca el significado que adquieren las concepciones relacionadas con el pensamiento de Henderson, en la segunda y tercera dimensiones priorizadas. Desde la perspectiva de las grandes corrientes de pensamiento descrita por Kérouac et ál. (1996), esta visión sobre la concepción de cuidado enfermero se puede considerar incluida en *"la orientación a la persona"*.

La dimensión sobre cuidado enfermero desde una perspectiva centrada en la acción y la relación de ayuda como *"un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada"* es también la valorada con el porcentaje más alto, de la población de estudio, cuando se analiza la globalidad de los datos. Ha sido consideradora entre las tres dimensiones elegidas, por cada participante, por un 65,4% de la población estudiada.

Los datos apuntan a que existen diferencias entre las enfermeras agrupadas según el sexo, la titulación, la formación y la edad, como se especifica en las siguientes tablas:

Tablas 93, 94, 95 y 96. **Diferencias de porcentajes por grupos, en relación a la valoración de cuidado enfermero.**

Sexo.

Cuidado enfermero:	Total	Mujer*	Hombre
Proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada	27,2	30,5	10,3

* Existe una diferencia significativa entre el grupo de mujeres (30,5%), en relación al de hombres (10,3%) p=0,0165.

Titulación.

Cuidado enfermero:	Total	A.T.S	Diplomado. Homologado	Diplomatura
Proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada	27,2	40,0	24,5	27,5

Formación.

Cuidado enfermero:	Total	Continuada	Estudios grado	Especialidad	Postgrado
Proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada	27,2	28,2	40,9	23,5	36,4

Edad.

Cuidado enfermero:	Total	Menos 30 años	30-39	40-49	50 y más
Proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada	27,2	25,5	29,6	28,1	20,0

Las valoraciones son similares en los grupos que se integran por el medio en el que se ejerce la profesión, la experiencia profesional y la categoría, como se

puede apreciar en las tablas siguientes:

Tablas 97, 98 y 99. **Grupos con valoraciones similares en relación al cuidado humano.**

Medio en el que se ejerce la profesión.

Cuidado enfermero: **Proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada**	Total	Hospitalario	Atención Primaria
	27,2	26,1	29,5

Experiencia profesional.

Cuidado enfermero: **Proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada**	Total	Menos de 5 años	5-9	10-19	20-29	30 y más
	27,2	22,2	27,9	32,2	23,5	24,0

Categoría profesional.

Cuidado enfermero: **Proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada**	Total	Enfermera asistencial	Cargo de responsabilidad
	27,2	27,6	25,8

Interpretación

Resulta especialmente llamativa la importancia que adquiere la relación entre la enfermera y el enfermo, en la dimensión más mencionada, sobre la concepción de cuidado enfermero. Y es que como afirman Fernandes, Barbosa y Prado (2007) en el cuidado enfermero *"la dimensión humana va más allá de la perspectiva técnico científica"*. Esta relación es puesta de manifiesto como un elemento imprescindible para el éxito de los cuidados en diferentes

publicaciones y en los modelos de cuidados. Entre los más representativos se encuentran *El modelo de relaciones entre seres humanos,* de Joycle Travelbee (Marriner y Raile, 2007) y *La teoría de las relaciones interpersonales* desarrollada por Hildegard Peplau (1990).

En la literatura se aprecia una marcada tendencia a considerar imprescindible la relación de ayuda (Rogers, 1989) para unos cuidados enfermeros eficaces (Fontanals, Colell y Rius, 1994), con la que la persona ayudada espera sentirse escuchada y comprendida (Chalifour, 1994), aspectos imprescindibles para que los cuidados puedan "*satisfacer sus necesidades*", dimensión enunciada en segundo lugar. De la Torre et ál. (2001) destacan la importancia del contacto para que se produzca una buena comunicación. Díaz et ál. (1995) consideran imprescindible la capacidad para interaccionar con el paciente y con el equipo para ser una buena enfermera.

Mejía (2006) llega a describir la relación como lo sustancial de la enfermería cuando afirma que *"la enfermería es una relación humana entre un enfermo y una enfermera que posee una formación especializada, para reconocer y responder a la necesidad de ayuda; de esta relación surge frecuentemente el esclarecimiento del problema"*. Barbosa y Azevedo (2006) se refieren a esta idea como "*cuidado humanizado*". En esta misma línea, Alarcón (2001) plantea la necesidad de llegar a *"un acuerdo cultural de intervención"*. Pike (1990) y Bizier (1992) destacan la importancia de la empatía.

Llama la atención la baja valoración, en los dos últimos lugares, otorgada a dimensiones, sobre el cuidado enfermero que otorgan a la persona un papel protagonista en su proceso, entre las que destacan la formulada como "*se*

organiza en función de las percepciones y expectativas de la persona que le requiere", y la descrita como *"se trata de acompañar a la persona en sus experiencias de salud"*. La explicación bien puede estar en la realidad asistencial, que no facilita el que las enfermeras ofrezcan unos cuidados individualizados e integrales, en el sentido desarrollado por Fernades, Barbosa y Prado (2007), que describen el cuidado enfermero como una condición existencial y no fragmentada. Estos autores proponen una acción enfermera basada en *"siendo con el otro"*. Torralba y López (1999) profundizan en el significado de los cuidados enfermeros a personas con problemas de salud mental y plantean una reflexión que puede generalizarse, al formular la oportunidad acercarse a la experiencia del enfermo, aunque procurando no confundir los propios sentimientos.

En un trabajo realizado por Daza, Torres y Prieto (2005) (2) se estudia el concepto de cuidado en relación a tres dimensiones: 1) interacción, 2) participación y 3) afecto, desde la doble perspectiva de su significado para los pacientes y las enfermeras. Estas autoras encuentran evidencias de que existe un distanciamiento entre los aspectos teóricos, desarrollados por diferentes teorizadoras y los aspectos prácticos, entendidos como las vivencias de los profesionales y enfermos. Apuntan a que la dinámica institucional dificulta la aplicación en la práctica de los enunciados teóricos. Y es que aunque cada vez más el paciente es el centro de interés de la atención a la salud, todavía *"los procesos asistenciales en las instituciones se encuentran determinados por las políticas sanitarias"* (Getino y Martínez, 1992).

Partiendo de entender el cuidado enfermero como "*las actividades que llevan a cabo los las enfermeras, para lo que cuentan con una formación establecida*" y

con los aspectos mencionados en primer lugar se puede concluir en que la concepción de **cuidado enfermero** puede quedar descrita como: ***"proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada, su finalidad es la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona y está centrado en su independencia"***. Si se toma como definición la concepción descrita pueden considerarse como atributos del cuidado humano, por la importancia concedida por la población estudiada, al ser el primer aspecto mencionado el considerarle como:

- La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados.
- Es preciso cuando se requieren conocimientos y habilidades específicas.
- Se trata de actuar con la persona.
- Es un conjunto de reglas y técnicas especializadas y protocolizadas.
- Se trata de hacer para la persona.
- Se trata de acompañar a la persona en sus experiencias de salud.
- Se organiza en función de las percepciones y expectativas de la persona que le requiere.

Conclusiones generales

Conclusiones generales

La población de enfermeras estudiada está compuesta por un grupo heterogéneo de 243 enfermeras y enfermeros, en el que están representadas las características más representativas de la población total. Aunque no es la finalidad de esta tesis universalizar las conclusiones, sí pensamos que pueden generalizarse, teniendo en cuenta cada situación concreta. La población presenta una serie de características comunes. En el cuadro que se adjunta se pueden observar clasificadas en las que se han considerado positivas y negativas.

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Eligieron estudiar enfermería por: - Vocación: 67,5% - Ser la profesión que más les gustaba: 73,3% - Tratarse de estudios de corta duración: 25,9% - Buenas salidas profesionales: 40,7% - Tradición familiar: 5,8% - Estudios fácilmente superables: 7,8% *Satisfacción con el ejercicio:* - Satisfechos: 74,9% *Áreas para hacer aportaciones significativas:* - Todas por igual: 53,9% *Satisfacción con la valoración profesional por:* - Pacientes: 60,5%	- No ha realizado ningún trabajo, publicación: 37,9% *Es muy característico del rol profesional:* - El rol autónomo: 36,6% - Las actividades interdependientes: 43,2% - Las actividades dependientes de la medicina: 24,7% *Satisfacción con el ejercicio:* - Entre lo aprendido y lo aplicado: 49,4% *Satisfacción con la valoración profesional por:* - Enfermeras: 36,2% - Otros profesionales: 23,0% - Población en general: 29,2% - Medios de comunicación: 13,6% *Bajo nivel de estudio de los modelos de cuidados y clasificación metodológicas*

Cuadro 9. Características comunes de la población de estudio.

Las enfermeras del grupo estudiado valoran la profesión elegida. Están

satisfechas con su práctica, consideran que se pueden realizar aportaciones de mejora desde todos los campos del ejercicio profesional (clínica, docencia, gestión e investigación) y están satisfechas con la valoración que reciben de los pacientes. Estos datos nos permiten afirmar que existe una base que puede facilitar una práctica de calidad y mejora continua.

Sin embargo otros aspectos apuntan a que la realidad no es tan positiva. Y es que observamos un buen nivel de satisfacción con los aspectos internos e individuales, pero no en relación a los aspectos más externos y de grupo. Prácticamente la mitad de las enfermeras del grupo estudiado están insatisfechas con la relación que hay entre lo que aprendieron y lo que aplican en la práctica. Son numerosas quienes nunca han realizado trabajos sobre algún aspecto que tenga que ver con la profesión. Existe una tendencia a considerar el rol interdependiente por delante del autónomo y a éste con la misma consideración, prácticamente, que el dependiente. Como aspecto positivo, hemos señalado la satisfacción con la valoración de los clientes. Pues bien, esta satisfacción desaparece cuando se trata de valorar la recibida por parte de los medios de comunicación, otros profesionales, la población en general y de las propias enfermeras.

A la vista de lo expuesto, una primera conclusión, es que la formación enfermera debe ser analizada en profundidad, ya que los aspirantes llegan a ella con un alto grado de motivación y con la decisión de ser enfermera bien fundamentada. Después, y a lo largo del ejercicio profesional el grado de satisfacción, con la profesión elegida pasa por diferentes niveles. Y lo que es más preocupante, no se tiene claro el rol profesional.

Como se apuntaba, la formación recibida y el aprendizaje elaborado son fundamentales para el ejercicio de la práctica. Nuestra población está totalmente de acuerdo que fue suficiente su aprendizaje teórico (64,6%) y práctico (57,6%). Sin embargo, esta percepción no se corresponde con los datos hallados.

Más de la mitad de las enfermeras no ha estudiado ningún modelo de cuidados; es decir, que se ha formado al margen del dominio enfermero, lo que puede justificar la confusión de roles que se plantea. Sin embargo, destacan quienes afirman haber estudiado en profundidad varios modelos. Las enfermeras que tienen menos de 30 años, seguidas por quienes se encuentran entre los 30 y los 39 años (que se corresponde con el grupo de quienes cuentan con una experiencia práctica de 5 años, seguidas de las que la tienen de entre 10 y 19 años, con datos prácticamente iguales). Han estudiado los modelos de cuidados más las mujeres que los hombres, quienes han completado su formación con el estudio de una especialidad. También es superior la formación en estos contenidos de quienes ejercen en el hospital en relación a quienes lo hacen en centros de salud.

El que sean las enfermeras menores de 40 años las que tienen un mayor conocimiento sobre los modelos de cuidados pudiera explicarse en que éstos representan un contenido importante en su formación. Sin embargo, en la satisfacción con la formación no se observan diferencias. Además las enfermeras formadas con los planes anteriores a la diplomatura tuvieron acceso al conocimiento de la epistemología enfermera a través del curso de homologación de conocimientos y los programas de formación continuada, que la práctica totalidad, de nuestra población afirma seguir.

En cuanto a las clasificaciones metodologías más extendidas y conocidas en nuestra realidad, los datos resultan sorprendentes. Tan solo la mitad de las enfermeras ha estudiado en profundidad la clasificación de diagnósticos NANDA, por lo que resulta un porcentaje prácticamente insignificante entre las que han estudiado las clasificaciones de resultados (NOC) e intervenciones (NIC). Los grupos con mayor formación en metodología coinciden con quienes manifiestan tenerla en modelos de cuidados, a excepción del grupo que cuenta con una especialización.

Se observa que estos grupos, con mayor formación conceptual y metodológica, tienen una tendencia más homogénea al elegir las dimensiones otorgadas a cada uno de los conceptos paradigmáticos, y se concentran en menos dimensiones. Esto puede explicarse, por una parte, por la unificación de conocimientos que proporciona el aprendizaje y, por otra, desde el pensamiento desarrollado por Benner (2001) cuando expresa que a lo largo de la práctica, la enfermera va configurando su propia manera de entender y explicar los fenómenos.

Las dimensiones elegidas se corresponden, en buena parte, con enunciados de los modelos más tradicionales —Henderson, Orem, Roy, Rogers y Peplau—, aunque también se identifican influencias de concepciones expresadas en los modelos de Watson, Leininger, King, Levine, Neuman y Parse. Hay una tendencia que homogeneiza la elección dentro de una misma línea de pensamiento. Pero también, desde diferentes orientaciones según las grandes corrientes de pensamiento descritas por Kérouac, et ál. (1996).

La existencia de un ideario tan variado pensamos que se debe a que los modelos de cuidados —como teorías— más difundidos, estudiados y aplicados, aunque se

desarrollan desde el paradigma positivista están, según analizan Medina y Sandín (1994) *"contaminados por un complejo sistema de creencias, valores y supuestos previos que estructuran la percepción del investigador y configuran las teorías posteriormente"*. Esto explica el interés por reinterpretar los enunciados de los modelos.

López-Parra et ál. (2006) atribuyen este fenómeno a que es insuficiente analizar el conocimiento desde un modelo enfermero. Aunque coincidimos con esta reflexión, no lo hacemos con la alternativa que proponen. Estos autores apuntan como lo más correcto hacerlo con una categorización que contemple el modelo teórico *("conjunto de modelos abstractos")*, el modelo mental *("esquema que cada enfermera elabora a partir del anterior")* y el modelo sustituto *("versión funcional del modelo teórico")*. Pensamos que en los tres niveles —cognitivo, explicativo y operativo— el fundamento debe ser el mismo.

En este estudio se evidencia que los cuidados de enfermería son prácticas complejas centradas en los cuidados de salud de las personas y los grupos. En cada una de las acciones de cuidados participan al menos dos personas con sus expectativas, lo que dificulta una visión universal del cuidado enfermero desde lo que Sánchez (2002) describe como un solo paradigma.

A lo largo de esta tesis se han analizado los diferentes elementos que, a nuestro criterio y con el estudio de la bibliografía especializada, han influido en la configuración de la disciplina y la profesión enfermera. Con los resultados de nuestro estudio se pone de manifiesto el valor subjetivo de las diferentes concepciones que para las enfermeras estudiadas tienen los conceptos paradigmáticos. La edad, el sexo, la experiencia profesional, la formación

posterior, el tipo de centro en el que se ejerce y la categoría profesional no representan variables significativas que influyan en una concepción homogénea de los conceptos paradigmáticos para los grupos estudiados, a excepción de la relación establecida anteriormente y que está relacionada con el grado de conocimiento de los modelos de cuidados.

Siguiendo el pensamiento de Kérouac et ál. (1996) es en el **cuidado enfermero** donde cobran sentido el resto de los conceptos cuando expresan éste como los **cuidados** de **salud** que ofrecen las enfermeras a las **personas** que en relación con su **entorno** viven diferentes experiencias. La relación entre los conceptos es estudiada también por Rodero-Sánchez et ál. (2006) que formulan una serie de ideas desde la perspectiva de Parse, en las que el eje está en considerar a la persona como única en sus necesidades, en su evolución y relación con el entorno.

En el cuadro que aparece a continuación se pueden comprobar las dimensiones concedidas, por la población de estudio a cada concepto —y que guarda una gran coincidencia cuando se analiza la dimensión más elegida con indeferencia del lugar que ocupa entre las tres elegidas—:

Cuidado enfermero	**Cuidado humano**	**Persona**	**Salud**	**Entorno**
Proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada 21,8%	Individual y único 23,6%	Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales 23,5%	Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente 46%	Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales 22,2%

Cuadro 10. Dimensiones más valoradas en primer lugar.

Recogiendo la dimensión más mencionada, en primer lugar, **el cuidado enfermero** puede quedar descrito como *"un proceso interactivo entre una persona, con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales que tiene necesidad de ayuda, para conseguir el equilibrio, armonía y estabilidad deseados y la enfermera, que le ofrece, esa ayuda en sus cuidados, de manera individual y única. Todo ello teniendo en cuenta los elementos físicos, sociales y culturales que son significativos para la persona"*.

Las dimensiones otorgadas a cada uno de los conceptos guardan relación entre ellos pero en ningún caso de la priorización se observan contradicciones. De una manera manifiesta, esta relación se aprecia en los conceptos de persona y de entorno. Como puede comprobarse también guardan una gran similitud con la concepción de cuidado humano, salud y cuidado enfermero. En todos ellos se contempla a la persona desde la perspectiva integral y holística.

Llama la atención que en el concepto de salud, la dimensión elegida, en primer lugar, haya sido por casi la mitad de la población, y con menos porcentaje de abstenciones, que en otras concepciones. La razón se atribuye a que este fenómeno es estudiado de manera explícita en los diferentes modelos de cuidados y de forma transversal como un contenido importante de la mayoría de las materias. Además, generalmente conlleva una orientación de relatividad y percepción individual, lo que produce que se convierta en un conocimiento significativo.

Como conclusiones generales consideramos que los resultados permiten hacer generalizaciones por la semejanza del grupo estudiado con el universo profesional.

La profesión no ha avanzado al ritmo de la disciplina, lo que se pone de manifiesto en que a pesar del alto nivel de participación y de que las dimensiones otorgadas a cada uno de los conceptos guardan relación entre ellos, existe un distanciamiento entre la teoría enfermera y la realidad de su práctica. Las visiones sobre los conceptos paradigmáticos son plurales. Siguiendo la propuesta de Kérouac et ál. (1996), encontramos que prevalece una visión sobre el cuidado humano que se puede considerar incluida en *"la orientación de la apertura al mundo"*. La mirada sobre la persona en *"la orientación a la salud pública"*; las visiones de la salud y el entorno en *"la orientación a la enfermedad"*; la de cuidado enfermero está incluida en *"la orientación a la persona"*.

A continuación se destacan los aspectos más sobresalientes de los resultados de nuestra investigación respecto a la población de enfermaras y enfermeros estudiados:

1. Un (67%) eligen estudiar enfermería por vocación; el (73,7%) para poder ejercer la profesión que más les gusta; y por tener buenas salidas profesionales (40,7%). No influye que sean estudios de corta duración (36,2%), ni fácilmente superables (7,8%).
2. Consideran que la formación recibida, durante su proceso de aprendizaje, fue suficiente. Les parece adecuado al aprendizaje teórico al 64% y el práctico al 57,6%, siendo quienes cuentan con 30 años y más de experiencia profesional las más satisfechas.
3. Más de la mitad no ha estudiado en profundidad ningún modelo de cuidados (48,1% ha estudiado el modelo de Virginia Henderson, que es el más conocido). Son las menores de 30 años quienes tienen un mayor conocimiento sobre los mismos.

4. También son menos de la mitad quienes han estudiado clasificaciones metodológicas (49,4% NANDA, 8,2% NOC y 8,2% NIC) y quienes tienen menos de 40 años las que cuentan con mayores conocimientos.
5. Tan solo un 27,2%, de las enfermeras de nuestro estudio, ha desarrollo sus actividades, en las prácticas clínicas, con planes de cuidados con referente conceptual y metodológico, siendo las menores de 40 años y quienes ejercen en hospitales las que destacan positivamente. Estos datos se complementan con que en las unidades, en las que se lleva a cabo el aprendizaje practico, esta metodología no se utiliza nunca o se hace excepcionalmente, como se pone de manifiesto en el estudio.
6. La actividad investigadora parece ser escasa, ya que un 37,9% no especifica haber llevado a cabo algún tipo de trabajo o publicación, lo que se interpreta como que no la han realizado. En este aspecto son las enfermeras con más tiempo de experiencia profesional y quienes han realizado estudios de postgrado quienes mayor actividad desarrollan en esta área.
7. En cuanto a la identificación del rol profesional, los datos apuntan una falta de consenso. Para las enfermeras con más de 30 años de ejercicio profesional, de entre 10 y 19 años y para quienes ejercen en atención primaria, es el rol autónomo; y para quienes cuentan con un tiempo de ejercicio profesional de entre 20 y 29 años y para quienes ejercen en el hospital el rol característico son las actividades dependientes del diagnóstico y tratamiento médico.
8. Respecto a la valoración de la práctica profesional, se observa la existencia de un buen nivel de satisfacción con su ejercicio (87,3%) y de la valoración por parte de los clientes (60,5%). La satisfacción es relativa cuando se valora la percepción que se tiene de la relación entre la formación y su aplicación en la práctica (49,4%) y de la propia enfermería (36,2%). Y se observa

insatisfacción en relación a la valoración que se hace desde los medios de comunicación (53,9%), por otros profesionales (42,4%) y por la población en general, que no ha sido cliente de sus servicios (29,6%).

9. En relación a la concepción de los fenómenos paradigmáticos de la enfermería se observa una cierta heterogeneidad, con influencias de diferentes modelos. Existe una mayor coincidencia en la elección de la dimensión elegida en primer lugar sobre el concepto de salud (46,5%). En el resto de las concepciones tan solo una escasa cuarta parte coincide en la dimensión elegida en primer lugar: cuidado enfermero (27,2%); persona (23,5%), entorno (22,2%) y cuidado humano (21,8%).

El hecho de que las enfermeras más noveles se perfilen, en nuestro estudio, como mejor formadas y el que la generalidad se encuentre satisfecha con el ejercicio de la profesión deseada, dejando al margen otros aspectos menos positivos, unido al desarrollo que vienen experimentando la disciplina y la profesión en las ultimas décadas nos hace pensar en un futuro con mejoras significativas por el que hay que apostar y trabajar desde los diferentes ámbitos del ejercicio profesional.

Para acercar disciplina y profesión nos permitimos proponer algunas estrategias que consideramos pueden ser de interés, tanto desde una perspectiva general, como específica de cada una de las áreas del ejercicio profesional. En los resultados de nuestro estudio, se considera que las aportaciones a la mejora profesional deben venir de todos los ámbitos por igual. Como compromiso individual es fundamental el autoaprendizaje continuado, pues lo aprendido en el proceso de formación no es suficiente para toda la vida profesional.

A lo largo de toda esta tesis se ha puesto de manifiesto desde diferentes

perspectivas la importancia de la teoría enfermera para la práctica de la enfermería y, como consecuencia, la imposibilidad de explicar la contribución de los cuidados enfermeros a las personas, la sociedad y la propia profesión, sin un marco teórico de referencia.

Compartimos plenamente la idea de Antonia Mª Tomás (1999) que plantea trabajar de manera simultanea en todos los ámbitos profesionales con el fin de reforzar la autonomía desde la formación, apoyándola con trabajos de investigación, y situando la clínica como eje de todas las iniciativas. Esta autora coincide en lo sustancial con las propuestas de Meleis (1997) y Serrano y Narvaiza (1999).

Estrategias desde el ámbito de la clínica

Desde un punto de vista organizativo, el importante desarrollo de la atención a la salud, del que disfrutamos en España, a través del Sistema Nacional de Salud, hace que la mayor parte de la atención a la salud se lleve a cabo en centros asistenciales públicos. En los procesos participan diferentes profesionales que forman equipos que requieren para su éxito de estrategias organizativas, como la de Wright (1993), Antolí (1998) y la de Torrens (1999). En ellos hay una enfermera que es el referente de todo el proceso de cuidados de la persona. Pero además es preciso contar con una orientación que unifique las miradas. Los modelos de cuidados garantizan que las enfermeras, de un mismo equipo que intervienen en un mismo proceso, unifiquen sus actuaciones sobre la base de una misma concepción de los fenómenos enfermeros (López-Parra et ál., 2006).

Estrategias desde el ámbito de la docencia

La formación enfermera viene mejorando en las últimas décadas y también ha mejorado y ampliado con postgrados y especialidades. Así, es previsible que lo siga haciendo. Es imprescindible que los contenidos de la disciplina tengan un peso singular en la formación, con una línea de fundamento homogénea en los niveles cognitivo, explicativo y operativo. Pero es más importante que los contenidos teóricos adquieran significado aplicados en la práctica (López-Parra et ál., 2006).

Actualmente se nos ofrece la posibilidad de revisar los contenidos curriculares, lo que representa un momento singular para que los conocimientos adquieran significado en sí mismos, pero además relacionados con otros en los que tienen significado. Hemos visto que cuando un concepto se desarrolla en diferentes materias, como es el caso del concepto de salud, este adquiere un valor más significativo.

Como la enfermería es una actividad aplicada, la formación enfermera tiene un alto contenido de formación práctica. En la formación teórica se pone el énfasis en el aprendizaje cognitivo de los fundamentos teóricos de la enfermería, y es en la práctica cuando el objetivo se centra en su aplicación. Desde el ámbito de la docencia hay que hacer un esfuerzo de coordinación para establecer la relación adecuada, para que el estudiante aprenda en un proceso sin contradicciones (Lugo, 1996). En la línea de lo que Medina, Giribert y Montenegro (2006) proponen, y que significa pasar de la enseñanza tradicional *"fragmentada"* a un modelo *"globalizado e integrado"*. Serrano y Martínez (2008) desarrollan un

modelo de tutela para los estudiantes en las prácticas clínicas en el que las profesionales que ejercen en la clínica tienen un papel fundamental.

Un apartado que cobra una importancia fundamental es el relacionado con las metodologías docentes. La enfermera, durante su formación, tiene que aprender a aprender. Ello nos lleva a optar por métodos participativos, con los que integrar los contenidos teóricos con el desarrollo de estrategias como el manejo de la información y el desarrollo de habilidades de investigación —comunicativas y clínicas—. En este sentido, nuestra aportación como docentes de la enfermería se puede concretar en lo que formulan Branda y Yin-Way (2000) sobre las capacidades que debe reunir el profesor *"para facilitar el aprendizaje"* y optar por el aprendizaje centrado en el estudiante como estrategia de la enseñanza.

Estrategias desde el ámbito de la gestión

Si como se decía anteriormente, desde la docencia se aprenden los contenidos disciplinares, es en la gestión donde está la responsabilidad de desarrollar los mecanismos para que se apliquen en la práctica. Así se definen, y se opta por la filosofía que guíe las acciones, evaluando e incentivado su aplicación.

Desde la gestión, generalmente las enfermeras con mayor responsabilidad directa en esta área, ponen más énfasis en valorar las competencias profesionales en la ejecución de los cuidados, que en las relacionadas con el área cognitiva que fundamenta las acciones. Es importante promover y reconocer la competencia profesional, en su sentido más amplio, en la línea que plantean los trabajos de Juvé et ál., (2007 (1) y (2)), que utilizando como marco para valorar las

competencias de las enfermeras profesionales el modelo desarrollado por Benner (1987) clasifican las profesiones según su nivel de expertía en aprendiz, principiante, competente, proeficiente y experto. La clasificación se lleva a cabo valorando las repuestas de las enfermeras ante situaciones de la práctica, sin considerar los procesos reflexivos y de fundamentación teórica que requiere el juicio enfermero.

Estrategias desde el ámbito de la investigación

Se observaba con cierta preocupación, la escasez de actividad investigadora en nuestra población de estudio. Ello se debe a la falta de reconocimiento de la capacidad investigadora, a la presión asistencial que no facilita a las enfermeras clínicas, su realización, al escaso valor que desde diferentes instancias se le da a esta actividad y al poco interés de quienes tienen responsabilidades de gestión por innovar la práctica con los hallazgos de la investigación.

Actualmente quienes más investigan y publican son las enfermeras que ejercen en la docencia, como se pone de manifiesto en el estudio de Torra (1995), aunque generalmente sus trabajos no tienen una orientación clínica. Con los cambios que van a producirse en la formación es de prever que esta área va a mejorar. Pero además es necesario promover su desarrollo entre todos los profesionales, reconocerla cuando se realiza y aplicar sus aportaciones a la práctica. Hay que desmitificar la actividad investigadora que hoy parece reservada para los más avanzados (Meleis y Farell, 1974).

Desde todos los ámbitos, las aportaciones deben tener una mirada centrada en la clínica, que es donde la enfermería encuentra su razón de ser. Dichas oportunidades deben estar orientadas a fundamentar la práctica de los cuidados y

a la innovación para que estos sean de la mayor calidad posible. En definitiva, hay que acabar con el distanciamiento existente entre la teoría y la práctica, entre el desarrollo disciplinar y la práctica profesional.

Resumen

Summary

Resumen

Ante el debate que existe sobre la relación entre los aspectos disciplinares y profesionales de la enfermería se plantea esta tesis, que tiene como objetivo conocer las concepciones que, sobre los conceptos paradigmáticos de la enfermería, cuidado humano, persona, salud y entorno, tienen las enfermeras, identificando los aspectos relacionados con la formación y la práctica profesional que influyen en la configuración de estas concepciones.

Se parte de un análisis de la situación de la profesión y la disciplina. Se toman como eje y razón de ser de la enfermería los cuidados de salud de las personas y los grupos. La profesión se revisa desde los diferentes ámbitos de su práctica —clínica, docencia, gestión e investigación—, para centrar el estudio en la imagen actual de la enfermería y de las enfermeras y de los fenómenos que han influido en su configuración y evolución más reciente. Se hace además una reflexión sobre las miradas interna y externa, para lo que se han tomado como referencia las perspectivas desarrolladas por Domínguez (1985). Para profundizar en el conocimiento de las relaciones entre la profesión y la disciplina, se analiza la formación, con la que se capacita a los profesionales, haciendo un hincapié especial en el aprendizaje en las prácticas clínicas. Para concluir, se analizan los fundamentos epistemológicos que caracterizan la enfermería como disciplina, los modelos y los métodos enfermeros, reflexionado sobre su construcción, desarrollo y aplicación en la práctica.

La investigación se plantea y desarrolla en dos fases. En la primera —y siguiendo una metodología cualitativa, de grupo de discusión y análisis de contenido—, se elabora un documento con un grupo de expertas seleccionadas, en el que se formulan, en forma de dimensiones o atributos, diez ideas sobre cada uno de los conceptos paradigmáticos. Este documento es validado por un segundo grupo de expertos, formado por diez enfermeras, representativas de los ámbitos de la práctica y elegidas aleatoriamente siguiendo como criterio un tiempo mínimo de ejercicio y haberlo ejercido en al menos dos áreas del ámbito profesional.

Se analiza el proceso de desarrollo llevado a cabo para la formulación y valoración de las dimensiones de cada uno de los conceptos, con la interpretación de las aportaciones de los grupos de expertos y se elabora un primer documento. Con el documento elaborado, a partir del trabajo realizado con las expertas del primer grupo y la validación nominal de éste (por parte del segundo grupo de expertos), se construye un cuestionario semiestructurado con cuestiones abiertas, cerradas y escalas ordinales tipo Likert con cinco puntos de adhesión. Se plantean los posibles sesgos que pudiera presentar el cuestionario en sí mismo, así como en su cumplimentación y se diseñan y aplican estrategias para prevenir los posibles errores.

El cuestionario consta de cuatro apartados, en los que se agrupan las cuestiones en relación a los datos: 1) de caracterización de las enfermeras participantes en el estudio, 2) sobre la formación recibida, 3) relacionados con las concepciones presentes en la práctica profesional —ofreciendo diez dimensiones para cada concepto e indicando que se seleccionen las tres que se consideran más

significativas— y 4) relacionados con la valoración del ejercicio profesional.

La segunda fase se inicia con una prueba piloto, con el fin de validar la adecuación del enunciado y la comprensión de las cuestiones, la categorización de las respuestas, el rechazo, si lo hubiere, a alguna de las preguntas, el tiempo necesario para su correcta cumplimentación y la valoración general del cuestionario por parte de los participantes, procedentes de centros diferentes a los que se realiza el estudio y seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio.

Una vez construido el cuestionario, se selecciona una muestra no probabilística, que se convierte en la población de estudio, constituida por 243 enfermeras y enfermeros en ejercicio en centros públicos de atención primaria y especializada, eligiendo por conveniencia y su representatividad a nivel estatal, la Comunidad Autónoma de Madrid.

Para acceder a la población de estudio, se presenta el proyecto de investigación a las direcciones enfermeras de los hospitales y áreas de atención primaria seleccionadas; se solicita su apoyo y se recibe en todo momento una colaboración positiva.

La información de los cuestionarios ha sido grabada, validada y tabulada con el programa BarbWin (v. 6.0). Además de la obtención de los marginales, se tabularon como cabeceras los siguientes campos: edad, sexo, antigüedad, titulación, formación (continuada, de especialidad y de postgrado), tipo de centro, unidad hospitalaria y categoría profesional.

De los resultados emerge que las enfermeras del grupo estudiado manifiestan satisfacción con los aspectos internos e individuales de su práctica, e insatisfacción con los aspectos más externos y de grupo.

Se ha observado confusión por delimitar el dominio profesional, con una marcada tendencia a considerar el rol interdependiente por delante del autónomo y a éste con la misma valoración que el dependiente. Al tiempo que se detecta una formación y conocimiento limitados de los aspectos epistemológicos de la enfermería. Este hecho repercute en la heterogeneidad existente sobre las concepciones de los fenómenos paradigmáticos, porque cuando se aprecia una mayor formación conceptual y metodológica, se observa una tendencia más homogénea al elegir las dimensiones otorgadas a cada uno de los conceptos paradigmáticos, concentrándose en menos dimensiones.

En cuanto a las dimensiones elegidas, estas se corresponden, en buena parte, con enunciados de los modelos con más presencia en los planes de estudio, al tiempo que se identifican influencias de concepciones expresadas en modelos poco representativos en los contenidos curriculares.

Según la clasificación descrita por Kérouac, et ál. (1996), que agrupa los modelos de cuidados en diferentes orientaciones, según grandes corrientes de pensamiento, encontramos que la idea que nuestra población tiene de cuidado humano se relaciona con *"la orientación de la apertura al mundo"*, la de persona con *"la orientación a la salud pública"*, las de salud y entorno con *"la orientación a la enfermedad"* y la de cuidado enfermero con *"la orientación a la persona"*.

Siguiendo el pensamiento de Kérouac et ál. (1996) y recogiendo la dimensión más mencionada, en primer lugar, que coincide con la más valorada cuando se analizan con independencia del lugar que ocupan en la elección, **el cuidado enfermero** queda descrito como *"un proceso interactivo entre una persona, con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales que tiene necesidad de ayuda, para conseguir el equilibrio, armonía y estabilidad deseados y la enfermera, que se le ofrece, esa ayuda en sus cuidados, de manera individual y única. Todo ello teniendo en cuenta los elementos físicos, sociales y culturales que son significativos para la persona".*

Como aspecto más crítico de nuestro estudio, se puede afirmar que existe un marcado distanciamiento entre los aspectos epistemológicos y el mundo real de la práctica, que se acentúa, todavía más en los últimos años de ejercicio profesional, aunque no guarda relación con la satisfacción profesional, ni con la percepción que se tiene de la formación recibida.

Se concluye con una serie de propuestas desde las diferentes áreas de ejercicio profesional, especialmente desde la docencia, por ser el ámbito en el que ejerce la autora de esta tesis, con el fin de acercar la disciplina a la profesión y de realizar aportaciones significativas que mejoren la calidad de los cuidados enfermeros, la vida de la personas atendidas y la satisfacción de quienes participan en el proceso de cuidados.

Summary

Faced with the existing debate about the relation between disciplinary and professional aspects of nursing raises this thesis, which objective is to learn the conceptions that nurses have about the paradigmatic concepts of nursing, human care, person, health and environment, identifying the aspects related with educational training and professional experience that have influence on shaping these conceptions.

We begin with an analysis of the state of the profession and discipline. As crux and reason for being of nursing, people and groups health cares are taken. The profession is reviewed from the different fields of practice – clinic, teaching, management and research –, to focus the study on the current image of nursing and nurses and on the phenomena that have influenced its configuration and most recent evolution. Also a reflection exercise about internal and external approaches is done/conducted, taking as reference the points of view developed by Domínguez (1985). In order to study in depth the connections between profession and discipline, the training process that qualifies professionals is analysed, emphasizing learning in clinic practicals. Finally scientific foundations that characterize nursing as a discipline are analysed, reflecting on its creation, development and application in practice.

Research is posed and developed in two phases. In the first one, using qualitative research methods such as focus groups and content analysis, a first document is

prepared with a group of selected experts, where 10 ideas about the paradigmatic concepts are formulated in terms of dimensions and attributes. This document is validated by a second group of experts consisting of 10 nurses representative of different areas of practice and randomly selected by criterion of minimum time of experience in at least two areas of professional practice.

The process of formulation and assessment of each concept's dimensions is analysed based on the contributions from the groups of experts and a first document is drawn. From this document, done with the first group of experts' work and its nominal validation by the second group of experts, a semi-structured questionnaire is composed with open and closed questions and sets of values type Likert with 5 joining points. The possible biases of the questionnaire are posed and strategies to prevent possible errors.

The questionnaire consists of 4 sections with questions related with data about: (1) general characteristics of nurses participating in the study, (2) training received, (3) conceptions existing in professional practice –10 dimensions for each concept are offered and the 3 most meaningful must be selected– and (4) assessment of professional practice.

The second phase begins with a pilot test to validate the adequacy of the statement, the comprehension of questions, the categorization of answers, possible rejects to any of the questions, enough time to adecuate fill in the questionnaire, and the questionnaire's general assessment of the participants, coming from health centers different from those where the study is being conducted and selected by probalistic random sampling.

Once the questionnaire is desinged, our target population is taken as a non-probalistic sample of 243 practising nurses from public centers of primary and specialised health care, choosing the Comunidad Autónoma de Madrid for convinience and representativeness in relation to the national level.

In order to access the target population, the research project is introduced to the nursing directions of hospitals and primary care areas selected, their support is requested and a positive collaboration is always received.

The data of questionnaires has been recorded, validated and tabulated with the software BarbWin (v. 6.0). In addition to the marginal data, these fields were tabled as head of columns: age, gender, years of experience, degree, education (continuing, speacilization and graduate studies), center type, and hospital unit and pofessional capacity.

The results show that nurses surveyed manifest fulfilment about internal and personal matters and insatisfaction with the more external and collective ones. Nurses of the study manifested higher rate of satisfaction in relation with internal and personal matters than with more external and collective ones.

Confusion has been observed when trying to define the profesional field, with marked tendency to consider the interdependent role ahead the autonomous and dependent ones, the last two with similar appreciations. Deficiencies in training and knoweledge about the discipline are detected. This influences the diversity of conceptions about paradigmatic conceptions, being fewer different dimensions selected in relation with paradigmatic concepts when the theorical and metodological background of nurses increases.

The selected dimensions are mainly related with statements of models that frecuently appear in academic curriculum, but also conceptions from models rarely represented in the curriculum are identified.

According to the classification of care models of Kérouac *et al.* (1996) in different orientations, the sample of nurses related the idea of: (1) human care with the *"opening-up to the world orientation"*, (2) person with *"public health orientation"*, (3) health and evironment with *"illness orientation"* and (4) nursing care with *"person orientation"*.

Following Kérouac *et al.* (1996) and first attending the dimention most frequently mentioned, that is also the most appreciated when evaluating them independently from their ranking in selection, nursing care is defined as an "interactive process between a person with physical, intelectual, emotional, cultural and spiritual components who needs help to achieve the desired balance, harmony and stability, and the nurse who offers that help for cares in an individual and unique way. All this considering physical, social and cultural elements significant for the person".

As the most critical aspect of our study, we can state that exists a wide distance between epistemology matters and real practice, becoming specially pronounced in last years of professional practice, but with no statistical significant relation neither with professional satisfaction nor with personal perception of training received.

We conclude with a set of proposals from different areas of professional practice, especially from teaching, because this is the field of this thesis' author, with the aim to reduce the gap between discipline and profession and propose meaningful contributions to improve health care quality, life of persons attended, and satisfaction of those involved in care process.

Bibliografía

Bibliografía

- Abascal, M. y Acosta, JR. (2001). Consideraciones acerca de la aplicación de una ética renovada al proceso de atención de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería,* 17(1): 20-26.
- Abbot, A. (1986). *The System of Professions: An essay on the Division of expert labor.* Chicago: University Press.
- Ackley, BJ. y Ladwig, GB. (2007). *Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de los cuidados.* (7ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby.
- Adam, E. (1982). *Hacia dónde va la enfermería.* Madrid: Interamericana.
- Agencia Nacional de Educación de la Calidad y la Acreditación. (2004). *Programa de Convergencia Europeo.* Madrid: ANECA.
- Aggleton, P. y Chalmers, H. (1986). *Nurs Models and Nurs Process.* London: Macmillan Education.
- Aguilar, MC., García, JM. y Calvo, A. (2004). Valores hacia el trabajo del personal de enfermería. Un análisis descriptivo. *Index de Enfermería*, 44-45, 9-13.
- Aguilar, RM. (2003). Actitudes y Valores Profesionales de Enfermería: análisis del Proceso Formativo. *Desarrollo Científico Enfermero,* 11(8): 230-234.

- Aguilar-Luzón, MC., Fabregat, M. y García, MA. (2001). Importancia de la salud frente a otros valores sociales en una muestra de adolescentes. *Index de Enfermería,* X(35): 14-17.
- Alaminos, A. y Penalva, C. (1998). *Metodología básica del análisis de contenido.* Alicante: Observatorio Europeo de Tendencias Sociales. Universidad de Alicante.
- Alarcón, AM. (2001). Enfermería intercultural: un desafío en la sociedad actual. *Horizonte de Enfermería.* 12(1): 39-45.
- Albacar, N., Lleixà, MM., Artero, S., Nieto, M., García, M. y Salvadó, T. (2008). La asertividad en los profesionales de Enfermería. *Metas de Enfermería.* 10(10): 56-63.
- Albedaño, D., Alastuey, M. y Gaztelu, FJ. (1990). Estudiantes de Enfermería aprenden en un Servicio de Atención Primaria. *Rol de Enfermería,* 138: 33-37.
- Albéniz, C., Antón, MV., Pérez, JM. y Ramasco, M. (1995). *La Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Un proyecto en marcha.* Madrid: Comunidad de Madrid.
- Alberdi, R. (2006). Los estudios Universitarios de Enfermería y sus implicaciones en la investigación en cuidados. *Enfermería Clínica,* 16(6): 332-335.
- Alberdi, R. (2000). La formación superior como instrumento para el desarrollo de la Enfermería. *Rol de Enfermería,* 23(2): 99-103.
- Alberdi, R. (1998-1999). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería,* (11): 20-26.

- Alberdi, R. (1998) (1). Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Rol de Enfermería,* 239-240: 27-31.
- Alberdi, R. (1998) (2). Y mañana, ¿qué? Un análisis sobre innovaciones del sistema sanitario, así como del presente y futuro del trabajo enfermero. *Metas de Enfermería,* 40-48.
- Alberdi, R. (1995). Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis (I). Motivación y desarrollo profesional. *Rol de Enfermería,* 197: 13-17.
- Alberdi, R. (1992). La identidad profesional de la enfermera. *Rol de Enfermería,* 170: 39-44.
- Alberdi, R. (1988). Sobre las concepciones de la enfermería. *Rol de Enfermería,* 115: 25-30.
- Alberdi, R. (1986). La enfermería y la palabra. *Rol de Enfermería,* 91: 48-57.
- Alberdi, R. y López, C. (2004). Espacio Enfermero vs. Espacio Europeo. *Rol de Enfermería,* 27(10): 72-76.
- Alcarria, A. (2000). Entrevista a Fernando Savater. *Metas de Enfermería,* 25: 6-8.
- Alfaro-Lefevre, R. (1999). *Aplicación del proceso enfermero* (4ª ed.). Barcelona: Springer.
- Alfaro-Lefevre, R. (1998). Mejore su habilidad de pensamiento crítico. *Metas de Enfermería,* (6): 11-16.
- Alfaro-Lefevre, R. (1997). *El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico.* Barcelona: Masson.

- Allué, M. (2005). *Cuidar: entre la colaboración y la "performance"*. Educare 21. Disponible en http://www.enfermeria21.com/educare/
- Allué, M. (1996). *Perder la piel. Una trágica experiencia y una heroica recuperación.* Barcelona: Editorial Seix Barral, S.A.
- Alonso, I., Urbis, A., Ortiz de Zárate, A., Ruiz, MA., Lizalde, B. y García, R. (2008). *Guía estandarizada de cuidados de enfermería en los trastornos de personalidad.* Madrid: Asociación de Enfermería en Salud Mental.
- Álvarez, A., García, A. y Tovar, B. (2006). Percepción de los pacientes hemodializados sobre la atención de Enfermería. *Desarrollo Científico Enfermero,* 14: 17-19.
- Álvarez, C. (2008). *Catálogo bibliográfico de publicaciones enfermeras (1541-1978).* Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.
- Álvarez, C. (2002). *Código enfermero español. Siglo XX: Compendio legislativo.* Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Amezcua, C. y Jiménez C. (1996). *Evaluación de programas sociales.* Madrid: Díaz de Santos.
- Amezcua, M. (2002). Universalizar el conocimiento enfermero. *Index de Enfermería,* 39: 7-8.
- Amezcua, M. (2001). Imagen social de la enfermería de la historia: mitos y realidades. *Hiades, Revista de Historia de la Enfermería,* 8: 592-593.
- Amezcua, M. (1995). La enfermera y los niños (y II). Identidad, crítica y moralidad en los juegos y libros infantiles. *Rol de Enfermería,* 208: 19-26.

- Amezcua, M. (1993). Los estudios y los estudiosos de los cuidados en España. *Index de Enfermería,* 4-5: 16-24.
- Andréu, A. (1990). La técnica en Enfermería, ¿un fin o un medio? *Rol de Enfermería,* 139: 58-60.
- Antolí, J. (1998). La enfermera de referencia, su satisfacción laboral y la del paciente. *Enfermería Clínica,* 8(2): 71-76.
- Antonín, M. y Tarrech, M. (1993). Enfermería, realidad en crisis. *Rol de Enfermería,* 175: 71-74.
- Arboledas, J. y Melero, A. (2004). Plan de cuidados estandarizado para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Metas de Enfermería,* 7(4): 13-16.
- Arcas, P. (1990). Investigar en Enfermería. Prioridades y estrategias. *Rol de Enfermería,* 148: 55-60.
- Arroyo, MP. (2007) (1). Dimensiones éticas en los cuidados enfermeros. Editorial. *Metas de Enfermería,* 10, (6):3.
- Arroyo, MP. (2007) (2). La construcción del conocimiento. *Metas de Enfermería,* 310(7): 3.
- Arroyo, MP. (2001). Calidad y humanización de los cuidados. *Metas de Enfermería,* 39: 22-31.
- Arroyo, MP., Cortina, A., Torralba, MJ. y Zugasti, J. (1998). *Ética y legislación en enfermería. Análisis sobre la responsabilidad profesional.* Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Arroyo, MP. y Mompart, MP. (1998). La reforma de las escuelas de enfermería. [En Ortega, F. y Lamata, F. *La década de la reforma sanitaria.*

Madrid: Exlibris Ediciones, S.L.].

- Arsuaga, JL. (1999). *El collar del neandertal. En busca de los primeros pensadores.* Madrid: Temas de hoy.
- Artigas, B. (1998). La aportación enfermera al cuidado de la salud de la comunidad. *Metas de Enfermería,* (7): 44-52.
- Atienza, E., Delgado, MT. y Rubio, MC. (2003). Aplicación práctica del modelo Roper-Logan-Tierney en la asistencia. *Enfermería Clínica,* 13(5): 295-302.
- Ayudante Técnico Sanitario. (1969). (Unificación de las carreras de practicante, matrona y enfermera). Curso tercero. (3ª ed.). (Contestaciones ajustadas al programa oficial). Madrid: Departamento de publicaciones. Facultad de Medicina.
- Ayudante Técnico Sanitario. (1967). (Unificación de las carreras de practicante, matrona y enfermera). Segundo curso. (2ª ed.). (Contestaciones ajustadas al programa oficial). Madrid: Departamento de publicaciones. Facultad de Medicina.
- Ayudante Técnico Sanitario. (1966). (Unificación de las carreras de practicante, matrona y enfermera). Segundo curso. (2ª ed.). (Contestaciones ajustadas al programa oficial). Madrid: Departamento de publicaciones. Facultad de Medicina.
- Barbosa, L. y Azevedo, SM. (2006). Significado y percepciones sobre el Cuidado Enfermero. *Index de Enfermería,* 54: 20-24.

- Barquero, A., Macías, AC., Márquez, M. y Carrasco, MC. (1998). Los Diagnósticos de Enfermería en las revistas profesionales. *Metas de Enfermería,* 10: 29-33.
- Barrera, L., Pinto, N. y Sánchez, B. (2006). "Cuidando a cuidadores". Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. *Index de Enfermería,* 52-53: 54-58.
- Benavent, MA. (2001). Estado actual de la investigación y la formación en enfermería. *Enfuro,* 80: 14-19.
- Benavent, MA., Camaño, R. y Cuesta, A. (1999). Metodología en Enfermería. Valencia: Universitat de València.
- Benavent, MA., Ferrer, E. y Francisco, C. (2004). El modelo de Jean Walson: una propuesta desde la complejidad del cuidado. [En Mompart, MP. *Enfermería 21. Actualizaciones año 2004.* Madrid: Ediciones DAE].
- Benavent, MA., Ferrer, E. y Francisco, C. (2001). *Fundamentos de Enfermería.* Madrid: Ediciones DAE.
- Benavent, MA., Francisco, C. y Ferrer, E. (2001). Los modelos de cuidados. [En Benavent, MA, Ferrer, E., y Francisco. *Fundamentos de Enfermería.* Madrid: Ediciones DAE.].
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelencia e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Cuarteto.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional.* Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A.
- Bertalanffy, L. (1991). *Teoría general de los sistemas.* México: Fondo de Cultura Económica.

- Besora, I., Olmo, C. del, Gubert, E., Ondiviela, Á. y Solé, C. (2008). Diagnósticos estandarizados: guía para la práctica clínica en Atención Primaria. *Metas de Enfermería*. 11(3): 21-26.
- Bizier, M. (1992). *De la pensé augeste: Sois Infirmiers.* Canadá: Decaire.
- Blanco, R., Zapico, F. y Torrens, RM. (2005). Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. *Metas de Enfermería*, 8(1): 60-66.
- Blasco, R. (1997). Las estructuras en los estudios de Enfermería. [En XVIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *20 años de formación enfermera. Repercusiones en la práctica profesional: Un análisis con futuro*. Cádiz: AEED].
- Blasco, R. (1986) (1). La enfermería en la universidad diez años después. *Rol de Enfermería*, 100: 60-64.
- Blasco, R. (1986) (2). Proyecto de Licenciatura en Enfermería. [En VII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *La enfermería para el 2000. Un reto. Unas soluciones*. Valencia: AEED].
- Blázquez-Rodríguez, MI. (2005). Los componentes de género y su relación con la enfermería. *Index de Enfermería*. 51:50-54.
- Bloom, BS. (1975*). Taxonomía de los objetivos de la educación. Ámbito de la afectividad*. (vol. II). Alcoy: Marfil.
- Bohórquez, G. y Jaramillo, LG. (2005). El diálogo como encuentro. Aproximación a la relación profesional de la salud-paciente. *Index de Enfermería*. 50: 38-42.

- Bojo, C. y Serrano, MP. (2005). Los primeros pasos en la búsqueda del conocimiento. *Metas de Enfermería*, 8(4): 20-24.
- Bolaños, E. y Sarria-Santamaría, A. (2003). Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y su relación con los profesionales sanitarios de atención primaria. Un estudio cualitativo. *Atención Primaria*. 32(4): 195-202.
- Branda, LA. (2001). Innovaciones educativas en Enfermería. Aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante y en grupos pequeños. *Rol de Enfermería*, 24(4): 309-312.
- Branda, LA. y Yin-Way. (2000). *Evaluación de las competencias del tutor*. Argentina: Bahía Blanca.
- Bregel, F., Ferrer, E., Almagro, C., Hernández, S. y Rey, T. (1999). Diagnósticos enfermeros: de la teoría a la práctica. *Revista EUE La Fe*, 1: 83-87
- Brito, PR. (2007). El camino hacia la identidad enfermera. *Metas de Enfermería*, 10(2): 51-54.
- Brockbank, A. y McGill, I. (2002). *Aprendizaje reflexivo en la educación superior*. Madrid: Morata.
- Brown, JW. (2007) (1). Margaret A. Newman: Modelo de salud como expansión de la conciencia. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*, (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Brown, VM. (2007) (2). Dorothy E. Jonson: Modelo del sistema conceptual. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*, (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].

- Brullet, C. (1996). Roles e identidades de género: Una construcción social. [En García de León, MA., Ortega, F. y de Cortazar, MG. *Sociología de las mujeres españolas*. Madrid: Complutense].
- Buxó MJ. (1991). *Antropología de la mujer. Cognición, lengua e ideología cultural*. Barcelona: Anthropos.
- Cabrera, S., Guil, R. y Vázquez, P. (1998). Asertividad en enfermería: ¿una característica de la profesión? *Enfermería Clínica*, 8(3): 99-103.
- Cachón, E. (2007). El hospital y el paciente. Declaración de principios, realidad y paradojas. *Index de Enfermería*, 56:35-39.
- Callejo, J. (2000). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel Editorial.
- Calsalvieri, F. (1999). La transformación de la enfermería en una profesión. *Temas de Enfermería Actual*. 7(34): 6-9.
- Calvache, M. (1989). *La enfermería sistémica. Propuesta de un modelo ecológico*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Calvo, S. y Mompart, MP. (1992). La experiencia del curso de nivelación en la construcción del futuro. [En XIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *Las Enfermeras del Tercer Milenio*. Sevilla: AEED].
- Camaño, R. y Felipe, R. (2004). Profesionalización. Cambios de denominación en Enfermería. *Rol de Enfermería*, 27(11): 15-18.
- Camaño, R., Piqué, J. (1999). Concepto de enfermería: un análisis semántico. *Rol de Enfermería*, 22(7-8): 539-543.

- Campbell, C. (1987). *Tratado de enfermería. Diagnósticos y métodos*. Barcelona: Doyma.
- Campo, MA., García, C., Val, JL., Núñez, E., Figueras G. y Gascón, D. (2003-2004). Descriptores de Resultados Enfermeros en Atención Primaria. *Metas de Enfermería,* 61: 18-22.
- Campo, MA., García, C., Oriach, MR., LLatas, A., Viladot, A. e Hidalgo, T. (2003). Descriptores de cuidados enfermeros en Atención Primaria de Salud. *Metas de Enfermería,* 54: 24-30.
- Canalejas, C., Herrero, M. y Cuello, J. (1991). La formación enfermera en la Comunidad Económica Europea. *Rol de Enfermería,* 149: 64-70.
- Canals, J. (1992). La imagen femenina de la enfermería. Condicionantes socioculturales de la profesión de cuidar. *Rol de Enfermería,* (172), 29-33.
- Cano-Caballero, MD. (2004). Enfermería y género. *Index de Enfermería,* 46: 34-40.
- Capel, MR. (1986). *El trabajo y la educación de la mujer en España*. Madrid: Ministerio de Cultura. Instituto de la mujer.
- Carames, MT. (1991). La interdisciplinariedad en los servicios de salud. *Notas de Enfermería,* 1(8): 458-462.
- Carballo, M. (2005). Del deseo a la realidad. *Rol de Enfermería,* 28(4): 10-12.
- Cárdenas, M. y Zárate, RA. (2001). La formación y la práctica social de la profesión de enfermería en México. *Investigación de Educación en Enfermería.* XIX(2): 92-102.

- Carpenito, LJ. (2002). *Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica.* (9ª ed.). Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Castrillón, MC. (1997). *La dimensión social de la práctica de la enfermería.* Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Cebreiro, B. (1991). *La iniciación: Análisis de las interacciones entre el profesor novel y las instituciones.* Tesis doctoral. Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela.
- Chalifour J. (1994). *La relación de ayuda en cuidados de enfermería.* Una perspectiva holística y humanista. Barcelona: SG Editores.
- Charrier, J. y Ritter, B. (2005). *El plan de cuidados estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica.* Barcelona: Masson.
- Chocarro, L., Guerrero, R., Venturini, C. y Salvadores, P. (2004). Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería. *Cultura de los Cuidados,* VIII(15): 55-62.
- Cianelli, A. y Ferrer, L. (2001). Análisis de concepto: una estrategia para desarrollar conocimientos de enfermería. *Horizonte Enfermero,* 12(1): 46-52.
- Cibanal, L. y Siles, J. (1998). El mundo de los valores en el cuidado enfermero. *Enfermería Científica,* 194-195: 20-24.
- Cobos, F., Segarra, I. y Olmo, MR. (1995). Diagnóstico cultural de una profesión: enfermería. [En XV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *Innovaciones en enfermería: construyendo cultura profesional.* Barcelona: AEED].
- Cohen, L. y Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa.* Madrid:

Editorial La Muralla, S.A.

- Cohen, HA. (1988). *La enfermería y su identidad profesional.* Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A.
- Collière, MF. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rol de Enfermería,* 22(1): 27-31.
- Collière, MF. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería.* Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Collière, MF. (1981). Cuidados de enfermería. Reflexiones sobre el servicio de enfermería: contribución a la identidad del servicio prestado. *Rol de Enfermería,* 35-36: 7-15.
- Comelles, JM. (1992). Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria. *Rol de Enfermería,* 172: 35-41.
- Comelles, JR. y Martínez, J. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad.* Madrid: EUDEMA, S.A. Ediciones de la Universidad Complutense, S.A.
- Consejo General de Enfermería. (1998). *Libro Blanco. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles. Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional. Meta 2005 macro-estudio de base.* Madrid: Consejo General de Diplomados de Enfermería.
- Consejo General de Enfermería. (1989). *Código deontológico.* Madrid: Consejo General de Diplomados de Enfermería.
- Contreras, E., Báez, A., Guerrero, M., Marfil, A., Morales, J., Nogales, CJ., Ruiz, B. y de Sisto, S. (2000). *Planes de cuidados enfermeros estandarizados*

en Atención Primaria. Málaga: Distrito Sanitario Costa del Sol. Servicio Andaluz de Salud.

- Cooperación Andina de Fomento y Cooperación Latinoamericana Misión Rural. (2002). *Palabras de Paz. Discursos premios Nobel.* Colombia: Cooperación Andina de Fomento y Cooperación Latinoamericana Misión Rural.
- Corrales, E., Fernández, M. y Grijalvo, R. (2003). Aplicación de la Mirada Antropológica a la disciplina enfermera. *Index de Enfermería,* XII (43): 37-39.
- Coward, DD. (2007). Pamela G. Reed: Teoría de la autotranscendencia. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*, (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Crespo, L. (2002). Antropología, género y Enfermería contemporánea. *Rol de Enfermería,* 25(12): 856-826.
- Creus, M. (2002). Cambio social y profesión enfermera. *Rol de Enfermería,* 25(11): 14-16.
- Cuesta, A., Benavent, A. y Guirao, A. (1994). *Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español.* Madrid: Díaz de Santos.
- Cuesta, C. (2005). La contribución de la evidencia cualitativa al campo del cuidado. *Index de Enfermería,* 50: 47-52.
- Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. Un estudio cualitativo de pacientes con demencia. *Rol de Enfermería,* 27(12): 51-60.
- Cuesta, C. (1986). Reforma de la Enfermería en la Atención Primaria. *Rol de Enfermería,* 91: 44-46.

- Dancausse, F. y Chaumat, E. (2004). *La información en enfermería: Transmisión diana. Guía metodológica.* Barcelona: Masson.
- Davini, MC. (1995). *La formación docente en cuestión: política y pedagogía.* Buenos Aires: Paidós.
- Davis, F. y Olesen, VL. (1964). Baccalaureate Students´ imagers of nursing. *Research,* 13: 8-15.
- Daza, R., Torres, AM. y Prieto, GI. (2005) (1). Cuidado y práctica de enfermería. *Index de Enfermería,* 50: 57-60.
- Daza, R., Torres, AM. y Prieto, GI. (2005) (2). Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, participación y afecto. *Index de Enfermería,* 48-49: 18-22.
- Delgado, H. (1992). La profesión de Enfermería: una cuestión de tiempo. *Enfermería Científica,* 121: 18-20.
- Delgado, JM. y Gutiérrez, J. (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales.* Madrid: Síntesis.
- Delgado, JM., Salmerón, JM. y Gómez, S. (2004). Nuestras prácticas en urgencias: cómo nos ven y cómo nos vemos. *Caber Revista.* 21.
- Delgado, M., Llorca, S. y Domenench, JM. (2005). *Investigación científica: Fundamentos metodológicos y estípticos.* Barcelona: Signo.
- Díaz, G., Díaz, M., Lupiani, M., Bas, P., Marchena, E. (1995). La psicología de la salud en el nuevo currículo de la diplomatura de enfermería. *Revista Rol de Enfermería.* 206: 37-43.

- Díaz, JF., Castañón, R., Carrión, F., Rodríguez, JJ. Y Ramón, M. (1997). Cuidados a familiares de pacientes críticos. *Enfermería Científica,* 184-185: 26-30.
- Díaz, M., Martín, C., Jiménez, JM., y Maya, B. (2004). Producción científica de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel. *Enfermería Clínica,* 14(5): 263-268.
- Dickoff, J. y James, P. (1975). Theory development in nursing. [En Verhonick, PJ. *Nursing Research.* Boston: Little, Brown and Co., Inc.].
- Domingo, M., Gómez, FJ., Torres, M. y Gabaldón, EM. (2005). Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero. *Enfermería Clínica,* 15(5): 267-74.
- Domingo, M., y Gómez, J. (2003). El concepto de Necesidad Humana Básica como aproximación a la definición del cuidado. *Index de Enfermería,* 43, 23-27.
- Domínguez, C. (2001). El compromiso de las profesiones sanitarias ante la sociedad del siglo XXI. [En XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI, su influencia en la práctica enfermera*. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina].
- Domínguez, C. (1990). La percepción del cuidad. *Rol de Enfermería,* 127: 25-27.
- Domínguez, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España.* Madrid: Pirámide.
- Domínguez, C. (1985). Imagen de la enfermera en la sociedad. *Rol de Enfermería,* 83: 66-72.

- Domínguez, C., Rodríguez, JA. y Miguel, J. (1983). *Sociología y enfermería.* Madrid: Pirámide.
- Donahue, MP. (1985). *Historia de la enfermería.* Tomos I, II y III. Barcelona: Doyma.
- Donaldson, SK. y Crowley, DM. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook.* 26 (2): 114-120.
- Donati, P. (1994). *Manual de sociología de la salud.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Dowd, T. (2007). Katharine Volcaba: Teoría del confort. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería,* (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Doyal, I. y Gough, I. (1996). *Teoría de las necesidades humanas.* Barcelona: Icara.
- Durán de Villalobos, MM. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichán,* 2(2): 7-18.
- Dzurec, LC. (1989). The necessity for and evolution of multiples paradigms for nursing research: A poststructuralist perspective. *Advance Nursing Science,* 11(4): 69-77.
- Echevarria, P., López, MJ. y Gutiérrez, D. (2004). De la teoría a la práctica en investigación. *Index de Enfermería,* 46: 54-57.
- Edelstein, G. y Coria, M. (1995). *Imágenes e imaginación. Iniciación a la docencia.* Buenos Aires: Kapelusz.
- Elías, Á., Piqué, JL. y Torra, LE. (1989). Reforma de Atención Primaria en Cataluña. Un nuevo rol de enfermería. *Rol de Enfermería,* 134: 12-18.

- Escudero, B. (2003). Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enfermería Clínica,* 13(3), 164-170.
- Escuredo, V. (2002). Medio ambiente y disciplina enfermera. *Metas de Enfermería,* V(49): 55-58.
- Esteban, M. (1992). La construcción de una disciplina. [En XIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *Las Enfermeras del Tercer Milenio*. Sevilla: AEED].
- Fabra, ML. y Doménech, M. (2001). *Hablar y escuchar. Relatos de profesores-as y estudiantes/as.* Barcelona: Paidós.
- Fajardo, ME. y Germán, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería,* (46): 9-17.
- Falcó, A. (2005). Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. *Enfermería Clínica,* 15(5): 287-290.
- Fargues, I. y Subirana, M. (2005). Percepción de las enfermeras expertas sobre el reconocimiento de sus competencias. *Metas de Enfermería,* 8(8): 62-68.
- Fargues, I. y Tey, R. (2001). Enfermería en el hospital de Santa Creu de Barcelona. Primera mitad del siglo XXI. *Rol de Enfermería,* 24(12): 56-64.
- Farrerons, L. y Sánchez, J. (2006). La gestión del conocimiento enfermero. *Metas de Enfermería.* 9(4): 27-31.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing.* (3ª ed.). Philadelphia: Davis Company.

- Feito, L. (2005) (1). Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería Clínica,* 15(3): 167-174.
- Feito, L. (2005) (2). La Ética del Cuidado como modelo de la ética enfermera. *Metas de Enfermería,* 8(8): 14-18.
- Feito, L. (2000). *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado.* Madrid: PPC.
- Fernandes, G., Barbosa, MA. y Prado, MF. (2007). La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. *Index de Enfermería,* 58: 55-58.
- Fernández, C. (1997). La investigación en cuidados y el desarrollo disciplinar. [En XVIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *20 años de formación enfermera. Repercusiones en la práctica profesional: Un análisis con futuro*. Cádiz: AEED].
- Fernández, C., Garrido, M., Santo Tomás, M. y Serrano, MD. (2003). *Enfermería fundamental*. (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Fernández, C., Gusiñé, A., Pardo, A., y Sales, D. (1986). El modelo de Florence Nightingale. *Rol de Enfermería,* 90: 35-39.
- Fernández, E. (2005) (1). *Competencias clínicas en Enfermería: Modelos de aprendizaje y de gestión de la práctica.* Educare 21. Disponible en http://www.enfermeria21.com/educare/
- Fernández, E. (2005) (2). *Valoración diferida del modelo de formación integral basado en competencias para la Diplomatura en Enfermería en la Universidad Europea de Madrid.* Tesis Doctoral. Alicante: Universidad de Alicante.

- Fernández, J. (2001). Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa.* 3(2).
- Fernández, MA. (2006). *Antropología de los cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la enfermería transcultural.* Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad valenciana.
- Fernández, ML., Castanedo, C., González, C., Tomás, MS. y del Río, FJ. (1995). Actitudes para asumir el compromiso profesional. [En XVI Seseiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *Ante los problemas de la marginación: Las enfermeras responden*. Palma de Mallorca: AEED].
- Ferreiros, MT. (1999). Cuidados integrales enfermeros: ¿teoría o realidad? *Enfermería Urológica,* 70: 17-20.
- Ferrer, MA., Rojo, MC., Ruiz, MC., Fernández, AM., Guerrero, M. y Martínez, JC. (2002). Análisis situacional de las prácticas clínicas en la Escuela de Enfermería de Soria. *Metas de Enfermería,* V(44): 18-22.
- Festinger, L. y Katz, D. (1979). *Los métodos de investigación en ciencias sociales.* Buenos Aires: Paidós.
- Flores, E., Gordillo, MJ. y Velasco, M. (1998). Estrategia de implantación de la metodología de cuidados en la práctica asistencia. *Metas de Enfermería,* 7: 41- 46.
- Fontanals, A., Colell, R. y Rius, R. (1994). Relación de ayuda en los cuidados enfermeros. *Rol de Enfermería,* 160: 67-71.

- Francisco, C. (2005). *Reflexiones alrededor del objeto de interés de la Enfermería.* Educare 21. Disponible en http://www.enfermeria21.com/educare/
- Francisco, C., Ruiz, T. y Miranda, V. (2004). Un Análisis de la evolución del pensamiento enfermero a través de las publicaciones de la Asociación Española de Enfermería Docente. [En XXV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *La Enfermería en la Europa del conocimiento. Futuro entorno de desarrollo*. Madrid: Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios].
- Francisco, C. (2003). *Memorias de una enfermera.* Madrid: La Esfera de los libros.
- Francisco, C., Ferrer, E. y Benavent, A. (2001). Institucionalización de la enfermería como profesión. [En Benavent, A., Ferrer, E. y Francisco, C. *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Ediciones DAE].
- Francisco, C., Gómez, P. y Hernández, H. (2001). Aplicación del modelo de Dorothea E. Orem. [En Benavent, A., Ferrer, E., Francisco, C. *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Ediciones DAE].
- Francisco, C. y Mazarrasa, L. (2000). El sistema informal de cuidados en la atención a la salud. [En Mazarrasa, L., German, C., Sánchez, M., Sánchez, G., Merelles, A., y Aparicio, V. *Enfermería profesional. Salud pública y Enfermería Comunitaria*. (2ª ed.). Madrid: McGraw-Hill. Interamericana].
- Francisco, C. y Durán, M. (1999). Los Fundamentos de Enfermería en el currículum básico. *Metas de Enfermería*, 18: 41- 46.

- Frargues, I. y Subirana, M. (2005). Percepción de las enfermeras expertas sobre reconocimiento de sus competencias. *Metas de Enfermería,* 8(8): 62-68.
- Freese, BT. (2007). Betty Neuman: Modelo de sistemas. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería,* (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Frías, A. y Palomino, PA. (1996). *Modalidades de atención y organización de enfermería en atención primaria.* [En Mazarrasa, L., Germán, C., Sánchez, A., Merelles, T. y Aparicio, V. *Salud Pública y enfermería comunitaria*. Volumen I. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana].
- Frías, A., Prieto, MA., Hederle, V., Gil, E. y Aceijas, C. (2004). Actitudes, percepciones y satisfacción de las enfermeras andaluzas con la atención domiciliaria. *Enfermería Clínica,* 14(6): 297-306.
- Fuentes, L., Pineda, A., García, I., Jiménez, I., Cabeza, MJ. y Motero, JJ. (2007). Circuito quirúrgico informatizado. Una herramienta para la mejora de la atención al paciente quirúrgico. *Index de Enfermería,* 58: 59-62.
- Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. (2003). *Guía de Diagnósticos Enfermeros en Atención Primaria.* Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN).
- Galindo, A., Porras, S., Gómez, FJ. y Nogueira, P. (1994). Definir el producto enfermero. *Rol de Enfermería,* 191-192: 96-97.
- Gálvez, A. (2001). *Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados.* Granada: Fundación Index.

- Gálvez, A. (2007). La legitimación de la producción científica enfermera. *Index de Enfermería,* 57: 7-8.
- Gálvez, A. (2004). Indicadores CUIDEN de repercusión de las revistas de enfermería del área lingüística del español y el portugués. *Index de Enfermería,* 46: 76-80.
- Gálvez, A. y Salido, MP. (1999). El conocimiento enfermero: Una ciencia aplicada. *Metas de Enfermería,* 12: 25-33.
- Gândara, M. (2008). Ética, poder y deber. De la ética del cuidado al poder del deber de cuidar. *Rol de Enfermería.* 31(1): 18-24.
- García, AM., Sainz, A. y Botella, M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería,* 46: 45-48.
- García, C. y Martínez ML. (2001). *Historia de la Enfermería. Evolución del cuidado enfermero.* Madrid: Harcourt.
- García, I. y Buendía, A. (2001). Identidad e identificación de la Enfermería. *Rol de Enfermería,* 24(7-9): 539-545.
- García, J. Torre, MJ. Sánchez, LI. Jimenez, MC. y Lupiáñez, Y. (1998). Desarrollo del modelo de autocuidados de Dorothea Orem en pacientes en DPCA. *Enfermería Nefrológica.* 3:15-21.
- García, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (1996). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación.* Madrid: Alianza.
- García, MI., López, MM. y Vicente, MJ. (2004). Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica. ¿Falta tiempo? *Index de Enfermería,* XIII(47): 44-48.
- García, R., Martínez, E., Amal, R. y Cañada, A. (2004). Trabajar con Método Científico. A propósito de una experiencia. *Rol de Enfermería,* 27(1): 15-18.

- García-Carpintero, J. y Piñón, M. (1994). ¿Por qué no siempre funciona el PAE? *Rol de Enfermería,* 195: 63-66.
- Gebbie, KM. y Lavin, MA. (1975). *Classification of nursing diagnosis; proceedings of the first national conference.* San Louis: Mosby.
- Generalitat de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. (2003). *Libro Blanco de las profesiones sanitarias a Cataluña*. Barcelona: Generalitat de Cataluña.
- Germán, C. (2006). Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con una perspectiva de género. Tesis Doctoral. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Germán, C. (2004). Género y Enfermería. *Index de Enfermería,* 46: 7.
- Germán, C., Romero, AM., Nieto, MJ. y Buljandon, MA. (1996). *Metodología del trabajo enfermero en la comunidad.* [En Mazarrasa, L., Germán, C., Sánchez, A., Merelles, T. y Aparicio, V. *Salud Pública y enfermería comunitaria*. Volumen I. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana].
- Getino, M. y Martínez, A. (1992). Nuevas tendencias en la Antropología de la Medicina. *Rol de Enfermería.* 172: 21-27.
- Giddens, A. (1992). *Sociología.* Madrid: Alianza Editorial.
- Giménez, AM. (2000). Situación actual y futuro de la taxonomía diagnóstica de NANDA: Entrevista con la Dra. Dorothy Jones. *Metas de Enfermería,* 29: 26-32.
- Giménez, AM. (1998). XIII Conferencia de la NANDA: Visitar nuestro pasado, imaginar nuestro futuro. *Metas de Enfermería,* 6: 5-10.

- Giménez, AM., Therrien, B. y Davis, A. (1998). Modelo de interacción. *Metas de Enfermería*, 9: 11-18.
- Godall, M. (2000). *Formacio Universitaria en Enfermería. Estudi sobre el professorat.* Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Ramon LLull, Barcelona.
- Gómez, C., Francisco, C. y Sanz, C. (2004). *Estudio de un caso desde la perspectiva de Dorothy Orem.* Disponible en http://www.enfermeria21.com/educare/
- Gómez, T., González, A. y Vera, MD. (2000). Satisfacción del equipo enfermero de cuidados geriátricos. *Metas de Enfermería*, 25: 29-34.
- González, JC., Medina, A. y Avelés, C. (2004). Proceso enfermero: de la teoría a la práctica. *Enfuro*, 92: 25-29.
- González, MD. (1992). Formación básica de Enfermería. *Rol de Enfermería*, 162: 57-62.
- González, MD., Barquero, A., Carrasco, MC., García, FM., Sánchez JL., Marisacal, MI. y Domínguez, L. (2000). Desempeño profesional en Andalucía. Expectativas y dificultades en Enfermería. *Rol de Enfermería*, 23(12): 888-894.
- González, T. (2005). Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. *Cultura de los Cuidados*. IX(17): 33-40.
- González-Valentín, M. A., Padín, S., y Ramón, E. (2005). Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica*, 15(3): 147-55.
- Gonzalo, M. (1985). ¿Identidad profesional? *Rol de Enfermería*, 84-85: 36-40.

- Gordon, M. (1996). *Diagnostico enfermero. Proceso y aplicación*. (3ª ed.). Madrid: Mosby/Doyma Libros.
- Gras, M. (1987). *Actitudes y cambios de actitud en los docentes durante el proceso de formación.* Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Griffith, JW. y Christensen, PJ. (1986). *Proceso de atención de enfermería*. México: Manual moderno, S.A.
- Guillaumet, M., Fargues, I., Subirana, M. y Bros i Serra, M. (2005). Teoría del cuidado humano. Un café con Watson. *Metas de Enfermería,* 8(2): 28-32.
- Guillén, DM. y Cuevas, L. (2006). Formación y Valores Profesionales de Enfermería. *Desarrollo Científico Enfermero,* 14: 27-29.
- Gunther, ME. (2007). Martha E. Rogers: Seres humanos unitarios. [En Marriner, A. y Raile. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier. Mosby].
- Hall, DC. (1979). *Documento básico sobre enfermería.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Harper, BA. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science.* 1(1): 13-23.
- Havens, D., Labor, TG., Faura, T. y Aiken, LH. (2002). Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enfermería clínica,* 12(1): 13-21.
- Heller, A. (1996). *Una revisión de la teoría de las necesidades.* Barcelona: Paidós.
- Henderson, VA. (1994). *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después.* Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.

- Henderson, VA. (1991). Ayer y mañana de la enfermería. *Rol de Enfermería,* 50: 6-8.
- Henderson, VA. (1979). El concepto de enfermería. *Rol de Enfermería,* 13: 39-52.
- Henderson, VA. (1971). *Principios básicos de los cuidados de enfermería.* Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- Heredia, MV. (2004) ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? *Rol de Enfermería,* 27(1): 57-60.
- Hernández, AS. (2001). Algunas consideraciones acerca de los valores humanos y el profesional de enfermería. *Aquichán,* 1(1): 18-22.
- Hernández, F., Gómez, C., García, MP. y Maquilón, J. (2006). Diferentes formas de aprender enfermería. *Rol de Enfermería,* 29(1): 52-58.
- Hernández-Conesa, J. (1996). *La construcción de la enfermería como disciplina científica: Una aproximación desde su historia y sus fundamentos teóricos.* Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.
- Hernández-Conesa, J. (1995). *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería.* Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Hernández-Conesa, J., Moral, P. y Esteban-Albert, M. (2002). *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método.* (2ª ed.). Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Ibáñez, J. (1992). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnicas y crítica.* Madrid: Siglo XXI.

- Icart, MT. (1999). La evidencia científica. Estrategia para la práctica enfermera. *Rol de Enfermería,* 22(3): 185-190.
- Icart, MT. (1991). Tipos de investigación en Enfermería. *Rol de Enfermería,* 151: 15-19.
- Icart, MT., Icart, MC., Pulpón, AM., Mena, J., García de las Mesas, AM. y Carrés, L. (2001). Los principales problemas de salud según la opinión de los usuarios. *Atención Primaria,* 28(4): 263-268.
- Imbernón, F. (1998). *La formación y el desarrollo profesional del profesorado.* Barcelona: GRAO.
- Irigibel-Uriz, X. (2007). Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson. Acercamiento epistemológico al libro de Luis Fernández y Navarro. *Index de Enfermería.* 57: 55-64.
- Isla, P. (2004). ¿Qué es la salud? Percepción comunitaria. *Enfermería Clínica,* 14(3): 152-6.
- Iyer, PW., Taptich, BJ. y Bernocchi-Losey, D. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. (3ª ed.). México: McGraw-Hill. Interamericana.
- Janet, H. (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana.* Madrid: Morata.
- Jaramillo, LG., Pinilla, CA., Duque, MI. y González, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de salud. *Index de Enfermería,* 46: 29-44.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J., Maas, M., Moorhead, S. y Swanson, E. (2007). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Iintervenciones.* (2ª ed.). Madrid:

Elsevier-Mosby.

- Juanola, MD., Blanco, R., Cónsul, M. y Zapico, F. (1998). Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (II). Atención primaria de salud. *Enfermería Científica.* 8(6): 254-262.
- Juvé, ME., Farrero, S., Monterde, D., Hernández, O., Sistac, M., Rodríguez, A., Quílez, F., Suñer, R., Arbués, MT. y Martín, MI. (2007) (1). Análisis del contexto organizativo en la práctica enfermera. El Nursing Work Index en los hospitales públicos. *Metas de Enfermería*, 10(7): 67-73.
- Juvé, ME., Huguet, M., Monterde, D., Sanmartín, MJ. Cuevas, B., Fuente, C. y Alvarez, G. (2007) (2). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del personal de enfermería en el ámbito hospitalario. *Nursing*, 25(4): 56-61.
- Kemmis, S. (1998). *El currículum: más allá de la teoría de la reproducción.* Madrid: Ediciones Morata.
- Kérouac, S., Pepin, J, Ducharme, A. y Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero.* Barcelona: Masson, S.A.
- King, I. (1984). *Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos.* México DF: Editorial Limusa.
- King, I. (1990). *Soins Infermiers.* Ottawa: Ed. Du Renoveau, Pedagogique.
- Kottak CP. (1997). *Antropología cultural. Espejo para la humanidad.* Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Krueger, RA. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada.* Madrid: Pirámide.
- Kuhn, TS. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas.* México:

Fondo de Cultura Económica.

- Lacida, B. (2002). La importancia de los modelos en la prestación de cuidados. *Enfermería Oncológica,* 7(1): 26-34.
- Laín, P. (1991). ¿Existe la mente? *El País*. 11 de diciembre, Suplemento. Futuro.
- Lavinas, MC., Freitag, LM. y Carvalho, AF. (2007). Teoría humanística: análisis dimensional del concepto de salud. *Metas de Enfermería,* 10(4): 56-60.
- Lefebre, M. y Dupuis, A. (1995). *Juicio clínico en cuidados de Enfermería*. Barcelona: Masson.
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la Enfermería Transcultural. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados,* 6(3): 5-12.
- Leite, MA. y Freitag, LM. (2005). Análisis de contexto del concepto de Ambiente en la Teoría Humanística de Paterson y Zderad. *Index de Enfermería,* XIV(48-49): 42-45.
- Leno, D., Leno, JN. y Lozano, MJ. (2007). Aspectos socioculturales con influencia en la salud y la enfermedad: repercusión en los cuidados enfermeros. *Metas de Enfermería,* 10(9): 58-64.
- León, CA. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería.* (22):4.
- Lillo, M. (2002). Antropología, Género y Enfermería contemporánea. *Rol de Enfermería,* 25(12): 56-62.

- Lindström, UA., Lindholm, L. y Zetterlund. (2007). Kati Erksson: Teoría del cuidado caritativo. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier. Mosby].
- Llamas, C. (2003). ¿Cómo se utiliza el proceso de cuidados en enfermería? *Rol de Enfermería*, 26(5): 354-361.
- López, A. (2003-2004). La satisfacción de los usuarios: un determinante de la calidad asistencial. *Metas de Enfermería*, 61: 18-22.
- López, C., Riu, M. y Forner, M. (2005). *Cuidados enfermeros.* Barcelona: Masson.
- López, J. (1992). Aproximación al concepto hombre-persona, objeto de los cuidados de enfermería. *Enfermería Clínica*, 2 (5): 192-196.
- López, R. (1986). *Construcción de instrumentos de medida en Ciencias Conductuales y Sociales.* Barcelona: Alamex.
- López, SR. (2004). Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados. *Index de Enfermería*, 44-45: 32-36.
- López-Parra, M., Santos-Ruiz, S., Varez-Peláez, S., Abril-Sabater, D., Rocabert-Luque, M., Ruiz-Muñoz, M. y Mañé-Buxó, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(4): 218-21.
- Lugo, E. (1996). Enfermería a la vanguardia de las profesiones de salud. *Temas Enfermería de Actualidad*, 4(19): 14-16.
- Luis, M. T. (2006). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica.* (7ª ed.). Barcelona: Masson, S.A.

- Luis, MT. (1996). *Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial.* (2ª ed.). Madrid: Mosby-Doyma Libros, S.A.
- Luis, MT., Fernández, C. y Navarro, MV. (2005). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.* (5ª ed.). Barcelona: Masson.
- Lupión, SD., Porras, A., Fernández, R., Bilbao, C., Sáez, A. y Ruiz, D. (1998-1999). ¿Cómo perciben las puérperas a los profesionales que las atienden? *Metas de Enfermería*, 11: 34-39.
- Madina, E. (2001). Estudio de un caso clínico en atención primaria desde el modelo de adaptación de Roy. *Metas de Enfermería*, 33: 18-25.
- Maeve, MK. (2007). Cheryl Tatano Beck: Teoría de la depresión postparto. [En Marriner, A. y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier. Mosby].
- Maña, M., Fernández, E. y Mesas, A. (2004). Análisis de la formación en metodología enfermera por las direcciones de enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15(4): 203-209.
- Maña, M., Mesas A. y González, E. (2000). Diagnósticos de Enfermería en el área de Atención Primaria de El Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación. *Enfermería Clínica*, 10(49): 135-141.
- Marchesi, A. y Martín, E. (1999). *Calidad de la enseñanza en tiempos de cambio.* Madrid: Alianza Editorial.
- Marco, A., Fonfria, C., Bellver, C., Fonfria, R., Fusté, D., Muñoz, A., Garrido, Á., Sanmartín, G., Serrada, R., Pedro, C., Balaguer, F., Navarro, ML. y Zubioca, C. (2007). Aplicando el nuevo rol de la enfermería. [En

Consejo General de Enfermería de la Comunidad Valenciana. *Trabajos ganadores de las tres primeras ediciones del Premio CECOVA de Investigación en Enfermería*]. Alicante: Consejo General de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

- Marco, A., Fonfria, C., Cerrada, R., San Martín, G., Zubicoa, MC. y Muñoz, A. (2003). Integrar el rol de enfermería en nuestra práctica diaria. *Rol de Enfermería.* 26(4): 272-276.
- Mariscal, MI., Barquero, A. y Carrasco, C. (1995) ¿Conoce la población la oferta de servicios de Enfermería? *Rol de Enfermería,* 198: 72-74.
- Marriner, A. y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería.* (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby.
- Martín, C. (1978). *Enfermería presente y futuro.* Madrid: Colegio Oficial de ATS de Madrid.
- Martín, E., García, F. y Sánchez, P. (1999). La profesión enfermera a lo largo de 14 años de modelo de Atención Primaria. *Metas de Enfermería,* 14: 31-35.
- Martín, MJ. y Capellas, R. (2000). Estudio de la personalidad en los estudiantes de Enfermería. *Rol de Enfermería*, 23(9): 643-646.
- Martínez, A. (1992). Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria. *Rol de Enfermería,* 127: 61-67.
- Martínez, JR. (1999). Enfermería y cambio: reflexión necesaria. *Metas de Enfermería*, (2)14: 44-49.

- Martínez, JR. (2005). Enfermería, sencillamente complicado. Reflexiones sobre el desarrollo profesional a propósito del Día Internacional de las Enfermeras. *Rol de Enfermería,* 28(4): 15-24.
- Martínez, JR., Cibanal, L. y Pérez, MJ. (2007). Experiencia docente en el marco del espacio Europeo de Educación superior. *Metas de Enfermería,* 10(3): 57-62.
- Martínez, MJ., Marco, O., Borrell, N., Morillas, D. y Barris, A. (2004). ¿Esperan pacientes y familias aquello que realmente ofrecemos? Expectativas sobre el proceso de cuidados y rol enfermero. *Rol de Enfermería,* 27(9): 579-582.
- Martínez, MR., Cabrero, J. y Vizcaya, MF. (1999). El uso de los modelos de enfermería en la investigación de la enfermería Española. *Cultura de los Cuidados,* III (5): 75-82.
- Martínez, O. y Napione, B. (1996). Identidad enfermera. Perspectiva psicoanalítica. *Rol de Enfermería,* 217: 27-31.
- Martín-Moreno, J., de Miguel, A. (1982). *Sociología de las profesiones.* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Martos, AR. (2000). Dificultades de aplicación del proceso de enfermería en un servicio de urgencias hospitalario. *Enfermería Científica,* 216-217: 77-82.
- Maslow, A. (1983). *El hombre autorrealizado.* Barcelona: Kairós.
- Mazarrasa, L. (2000). Sexismo en las profesiones sanitarias. *Diálogos,* 43(23): 15-19.
- Mazarrasa, L., Francisco, C. y Sánchez, A. (1996). Salud pública y Enfermería. Nuevas implicaciones. *Rol de Enfermería,* 210: 65-70.

- McCloskey, J. y Bulechek, GM. (2005). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* (4ª ed.). Madrid: Elsevier España.
- McCourt, A. (1991). *Syndromes in nursing. In Carroll-Johnson, R.M. Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the ninth NANDA national conference*. Philadelphia: JB Lippincott.
- McFarland, M. (2007). Madeline Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*. (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Mckenna, H. (1997). *Nursing Theories and Models.* London: Routledge.
- Medina JL. (1998). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería.* Barcelona: Laertes Psicopedagogía.
- Medina, JL. (2006). Aprender a cuidar y cuidados profesionales II. Algunas reflexiones sobre la naturaleza política y de género de la pedagogía y de la práctica del cuidado. Educare 21. Disponible en http://www.enfermeria21.com/educare/
- Medina, JL. (2005) (1). ¿Teoría? ¿Práctica? El difícil equilibrio académico y profesional en la España pre-europea (II). *Rol de Enfermería*, 28(4): 6-8.
- Medina, JL. (2005) (2). Redescubrir el saber práctico de la enfermería. El difícil equilibrio académico y profesional en la España pre-europea (III). *Rol de Enfermería*, 28(7-8): 487-490.
- Medina, JL. (2005) (3). Las respuestas a las preguntas. El difícil equilibrio académico y profesional en la España pre-europea (y VI). *Rol de Enfermería*, 28(10): 649-650.

- Medina, JL. (2002). Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista de Enfermería*, 15: 14-26.
- Medina, JL. y Sandín, MP. (1994). Epistemología y enfermería (II): paradigmas de la investigación enfermera. *Enfermería Clínica*, 5(1): 40-52.
- Medina, JL. y Sandín, MP. (1993). Epistemología y enfermería (I): paradigmas de la investigación enfermera. *Enfermería Clínica*, 4(5): 221-231.
- Medina, JL., Giribert, MC. y Montenegro, L. (2006). Cambio de paradigma docente. EUE "Vall-D´Hebrón". Una experiencia innovadora centrada en el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). *Rol de Enfermería*, 29(10): 653-658.
- Mejía, ME. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index de Enfermería*, 54: 48-52.
- Meleis, AI. (1997). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, AI. y Farrell, KM. (1974). Operation concern: A study of senior nursing students in three nursing programs. *Nursing Research*, 23: 461-468.
- Meleis, AI. y Price, MJ. (1998). Strategies and Conditions for Teaching Theoretical Nursing: An International Perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 13:592-604.
- Meléndez, C. (1986). Experiencia personal evolutiva sobre Formación Continuada. *Rol de Enfermería*, 90: 54-58.
- Meléndez, C. (1985). Salud y sociedad. *Rol de Enfermería*, 79-80: 67-69.

- Mena, F., y Romero, M. (2001). ¿Influyen los diagnósticos de Enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? *Rol de Enfermería,* 24(2): 137-139.
- Merino, MC., Martínez, M. (2006). Otra forma de mirar Enfermería. Una experiencia de deconstrucción. *Rol de Enfermería,* 29(1): 60-63.
- Merino, S. (2004). Calidad de vida de los cuidadores familiares que cuidan niños en situación de enfermedad crónica. *Avances en Enfermería,* 22(1): 39-46.
- Millán, AM., García, S. y Cabañas, M. (2000). Estudio antropológico sobre los cuidados en el ámbito familiar. *Metas de Enfermería,* 30: 38-43.
- Miller, ME. y Dzurec, LC. (1993). The power of the name. *Advance of Nursing Science,* 5(4): 148-149.
- Miralles, L. (2005). La profesión enfermera y el mercado laboral: Retos y oportunidades. *Metas de Enfermería,* 8(1): 53-56.
- Miralles, R. (1995). La formación continua en el Hospital General Vall d´Hebron. *Rol de Enfermería,* 207: 19-22.
- Mitchell, GJ. (2007). Rosemarie Rizzo Parse: La evolución humana. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería,* (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Mompart MP. (1999). El estilo de la enfermera excelente y las estrategias para el éxito. [En XX Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *20 años creando estilo enfermero. La propuesta de la AEED para la excelencia profesional.* San Sebastián: AEED].
- Mompart, MP. y Alberdi, R. (1981). Proyecto de Licenciatura en Enfermería.

Rol de Enfermería, 37: 29-34.

- Monti, FJ. y Tingel, MS. (1999). Multiple Paradigms of Nursing Science. *Advanced Nursing Sciencie*, 21(4): 64-80.
- Montoya, E. (2007). La Universidad en una sociedad alegre y confiada. [En Agencia Nacional de evaluación de la calidad y la acreditación. *10 años de la evaluación de la calidad de las Universidades (1996-2006)*, (6ª ed.). Madrid: Agencia Nacional de evaluación de la calidad y la acreditación].
- Moore, K. (2007). Myra Estrin Levine: El modelo de conservación. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*, (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. (2004). *Proyecto de Resultados Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. (3ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Mora, MA. y Urrela, V. (1989). Redefinir el rol de Enfermería. *Rol de Enfermería*, 129: 23-25.
- Moraga, M. (2005). Marie-Françoise Collière. El arte de cuidar la vida. *Rol de Enfermería*, 28(4): 266-268.
- Moreno, B., González, JL., Garrosa, E. y Peñacoba, C. (2002). Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. *Rol de Enfermería*, 25(11): 18-26.
- Moreno, M. (2008). *El cuidado del "otro". Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Moreno, M. (2006). Del cuidado de la diversidad a la diversidad del cuidado. *Index de Enfermería*, 55: 7-8.

- Moreno, M. (1986). *Como se enseña a ser niña. El sexismo en la escuela.* Barcelona: Icaria Editorial, S.A.
- Morilla, JC., Morales, JM., Martín, FJ. y Cuevas, M. (2005-2006). El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas de Enfermería,* 8(10): 58-62.
- Morse, JM. (1990). Concepts of caring and caring as concept. *Advanced Nursing Science,* 13(1): 14-28.
- Müller-Staub, M., Lavin, MA., Needham, I. y Achterberg, T. (2006). Integrative literature reviews and meta-analyses. Nursing diagnoses, interventions and outcomes-application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing,* 56(5): 514-531.
- Muñoz, C., Cabrero, J., Richard, M., Orts, MI. y Cabañero, MJ. (2005). La medición de los autocuidados: una revisión bibliográfica. *Enfermería Clínica,* 15(2): 76-87.
- Murillo, S. (1996). *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio.* Madrid: Siglo XXI.
- Murray, ME., Atkinson, LD. (1996). *Proceso de atención de enfermería.* (5ª ed.). México: McGraw-Hill. Interamericana.
- Musitu, G. (2006). Socialización familiar y valores. *Rol de Enfermería,* 29(1): 46-50.
- NANDA. (2005). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2005-06.* Madrid: Elsevier España.

- Navarro, FJ., Martínez, MT., Vigueras, D. y Rodríguez, MC. (2002). Perfil del tutor de prácticas de alumnos de enfermería. Un estudio cualitativo. *Index de Enfermería,* 39: 16-19.
- Neil, RM. y Marriner, A. (2007). Jean Watson: Filosofía y ciencia del cuidado. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería,* (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Nespral, C., Sanchón, MV., Rodríguez, E., Merino, F. y Dura, MJ. (1993). Tendencias que influyen en el futuro de Enfermería. *Rol de Enfermería,* 176: 73-75.
- Newman, M. (1994). *Salud como conciencia expandida.* (2ª ed.). Boston: Jones ad Bartlett - Publishers.
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M. y Tejerina, M. (2004). *Psicología para Ciencias de la Salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad.* Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Nightingale, F. (1990). *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es?* Barcelona: Salvat Editores.
- Ojeda, B., Alonso, M. C., Yedra, M., Oliva, M., Monzón, E. y González, I. (1990). Enfermería en las Palmas ¿Vocación u otros intereses? *Rol de Enfermería,* 142: 59-61.
- Olivé, ME. (1992). Enfermería psicosocial en el ámbito comunitario. *Rol de Enfermería,* 162: 19-22.
- Orem DE. (2001). *Nursing Concepts of Practice.* (6ª ed.). St. Louis. Missouri: Mosby.
- Orem DE. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica.*

Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.

- Oriol, A. (1994). Del aprendizaje y el cambio. *Rol de Enfermería,* 194: 13-18.
- Ortega y Gasset. (1992). *La misión de la Universidad.* Madrid: Revista de Occidente en Alianza Editorial.
- Ortega, C. y Sánchez, N. (1999). Lenguaje de enfermería en las publicaciones científicas. *Enfermería Clínica,* 206-207: 7-11.
- Ortego, MC. (2002) (1). De practicante a ATS. *Rol de Enfermería,* 25 (12): 808-814.
- Ortego, MC. (2002) (2). De ATS a Diplomado en Enfermería (1953-2002). *Rol de Enfermería,* 25(9): 576-581.
- Pades, A. (2003). La autoestima profesional y su cuidado. *Enfermería Clínica,* 13(3): 171-176.
- Pades, A. y Ferrer, VA. (2005-2006). Autoestima profesional en el ámbito de los cuidados geriátricos. *Metas de Enfermería,* 8(10): 27-32.
- Pades, A., Amorós, S. y Homar, C. (2004). Actitudes y cualidades esperadas en los profesionales enfermeros. *Metas de Enfermería,* 7(5): 54-58.
- Pallarés, A. y Rifá, R. (2005). Enfermería y multiculturalidad. Estrategia docente para afrontar la diversidad. *Metas de Enfermería,* 8(4): 16-19.
- Paterson, JG. y Zderad, LT. (1998). *Humanistic nursing.* New Tork: National League for Nursing.
- Paterson, JG. y Zderad, LT. (1979). *Enfermería humanista.* México: Limusa.

- Pavan, RA., Ferreira, AR. y Ferrera, JL. (2007) La percepción del cuidar. Entre estudiantes y profesionales de enfermería. *Index de Enfermería,* 56: 30-34.
- Pedráz, A. (2004). Cuando no compartimos el mismo idioma. *Metas de Enfermería.* 7(4); 65-66.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en Enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica.* Barcelona: Salvat.
- Pérez, A., Barallobre, A., Cuadrado, A., Cuadri, MJ., Jara, F., González, A., Pérez-Minayo, T. y Tirado, A. (2002) (2). Perfil de valores profesionales elegido por estudiantes de enfermería al inicio de sus estudios. Experiencia en Sevilla. *Enfermería Clínica.* 12(3): 109-116.
- Pérez, A., Tirado, A., Pérez-Minayo, T., Jara, F., Cuadri, MJ., Cuadrado, A., González, A. y Bueno, M. (2002) (1). Escuela Universitaria de Enfermería "Virgen del Rocío". Nuestro perfil de Valores. *Salud y Cuidados.* 0(3): 14-20.
- Pérez, G. (1994). *El problema de la fiabilidad y la validez.* En Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. II. Madrid: La Muralla.
- Pérez, T. y Díaz, C. (2008). Satisfacción laboral en enfermeros/as de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud. *Metas de Enfermería.* 10(10): 6-10.
- Pesut, D. y Herman, J. (1999). *Clinical reasoning: The Art and Science of Critical and Creative Thinking.* New York: Thomson Delmar Learning.
- Peya, M. (2007). La formación enfermera de Educación Superior. *Nursing.* 25(3): 58-66.

- Phaneuf, M. (1999). *La planificación de los cuidados enfermeros.* México: McGraw-Hill. Interamericana.
- Phillips, KD. (2007). Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. . [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería,* (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Pico, ME. y Tobón, O. (2005). Sentido del rol profesional de enfermería en el primer nivel de atención a la salud. *Index de Enfermería.* 51:19-23.
- Piédrola, G. (2001). *Medicina preventiva y salud pública.* (10ª ed.). Barcelona: Masson.
- Pike, AW. (1990). *Clinical Nature and place or empathy in clinical practice.* Philadelphia: JB Lippincott.
- Pino, B. del, (2004). De la teoría a la práctica, un camino difícil en enfermería. *Excelencia Enfermera,* 1: 8-15.
- Pino, R. del, Frías, A., Palomino, PA. y Cantón, D. (1995). Modelos en Enfermería Comunitaria. *Rol de Enfermería*, 207: 57-63.
- Pino, R. del, y Ugalde, M. (1999). Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica,* 9(3): 115-120.
- Plataforma por la definición correcta de Enfermería. (2001). Sobre la definición del vocablo Enfermería. *Rol de Enfermería* 24(3): 33-36.
- Plaza, F., Martínez, L., Rodríguez, J. y Plaza, MD. (2008). Visión de los profesionales de Enfermería sobre los pacientes marroquíes. *Metas de Enfermería.* 10(10): 27-30.
- Poletti, R. (1980). *Cuidados de enfermería: Tendencias y conceptos actuales.* Barcelona: Ediciones ROL., S.A.

- Polit, DF. y Hungler, BP. (1997). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud.* México D.F.: McGraw-Hill. Interamericana.
- Puig, L., Martí, M. y Farras, C. (1995). Diagnósticos de Enfermería Atención Primaria. Situación actual en la provincia de Lérida. *Enfermería Científica,* 164-165: 47-53.
- Pulpón, A. e Icart, MT. (1994). Análisis de las áreas prioritarias de investigación en enfermería en Catalunya. *Enfermería Clínica,* 5(4): 157-162.
- Pulpón, A., Solá, M., Martínez, JM. y Gisper, M. (1999). Evaluar la competencia clínica. Futuro inmediato para enfermería. *Rol de Enfermería,* 22(6): 475-478.
- Quero, A. (2004). Formación, humanismo y humanización. *Metas de Enfermería,* 7(3): 15-58.
- Ramió, A. (2006). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional en Catalunya*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Ramió, A. y Domínguez, C. (2003). Valores y redefinición de espacios profesionales. Reflexiones en el caso de la enfermería. *Rol de Enfermería,* 26(6): 482-486.
- Raña, DC., Pita, R. y Barreiro, G. (2000). *Diagnósticos de Enfermería en Atención Primaria de Salud en el Área Sanitaria de A Coruña*. Ponferrada: II Jornadas Nacionales de invierno de la AEC. I Jornadas de Enfermaría Comunicaría en Castilla y León.
- Redacción Evidentia. (2007). NANDA-NIC-NOC. De la perplejidad a la generación de conocimiento. IV Reunión sobre Enfermería Basada en la

Evidencia. *Evidentia,* 4(14).

- Renedo, P., Canteras, M., Santonja, F., Cerezo, M., Huertas, J. e Ignoto, MA. (1989). Imagen social de la Enfermería. Encuesta al usuario. *Rol de Enfermería,* 130: 31-37.
- Riehl-Sisca, J. (1992*). Modelos conceptuales de enfermería.* Barcelona: Doyma.
- Riva, L., Buendía, C. y Fabrellas, N. (2008). Trío de damas. Reflexión sobre la humanización de los cuidados. *Rol de Enfermería,* 31(1): 9-14.
- Rivera M. (1996). *Nombrar el mundo en femenino.* Barcelona: Icaria.
- Rodero-Sánchez, V., Acebedo-Urdiales, S., Vives-Relats, y Pérez-Gurrea, C. (2006). Análisis de posibles. Desde la Teoría de Parse en una persona con Alzheimer. *Index de Enfermería,* 54: 44-47.
- Rodríguez, J., Sánchez, M., Balsera, M., Gómez, C., Jiménez, C., Muñoz, J. y Sánchez, I. (2002). Unidades de gestión de cuidados ¿Qué opinan los profesionales de su implantación? *Rol de Enfermería,* 25(3): 50-55.
- Rodríguez, ML., Rodríguez, N., Azañón, R., Torres, A., Rodríguez, MM. y Muñoz, F. (2007). Mujeres, salud y cuidados. Instituciones económicas desde la perspectiva antropológica. *Index de Enfermería,* 58: 45-47.
- Rogers C. (1989). El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós.
- Rohrbach-Viadas, C. (1998). Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madelaine Leininger. *Cultura de Cuidados.* II(3): 41-45.
- Rojas, A., Fernández y Pérez, C. (1998). *Investigar mediante encuestas, fundamentos teóricos y aspectos prácticos.* Madrid: Síntesis.

- Romero, S. (2004). Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados. *Index de Enfermería*, 44-45: 32-36.
- Roper, N., Logan, WW. y Tierney, AJ. (1993). *Modelo de enfermería*. México D.F.: McGraw-Hill. Interamericana.
- Roy, C. y Andrews, HA. (1999). *The Roy Adaptation Model.* (2ª ed.). USA: Appleton & Lange.
- Rubio, L. (2006). Humanización del cuidado: de la jerarquía a la colaboración. *Metas de Enfermería*, 9(4): 57-60.
- Ruiz, M. (1999). Cultura organizacional y desarrollo profesional en Enfermería (II). de la Enfermería. *Rol de Enfermería*, 22(2): 91-67.
- Rumbo, JM., Castro, A., Cobas, E., Movilla, MJ., Rodeño, MA. y Romero, M. (1999). Proceso de atención de enfermería y cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. *Enfermería Científica*, 208-209: 23-27.
- Saavedra, I. (2006). Evaluación de la calidad de la atención de las enfermeras en un hospital nivel I. Estrategias para la humanización. Evidentia. Disponible en http://www.index-f.com/evidentia/n8/191articulo.php
- Saba, VK. (1990). *Classification of home health care nursing diagnosis and interventions.* Washington: Autor.
- Sakraida, T. (2007) Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. [En Marriner, A., y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería* (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Sanabria, L., Otero, M. y Urbina, O. (2002). Los paradigmas como base del pensamiento actual de la profesión enfermera. *Revista Cubana de Edcación Superior*, 16(4).

- Sancerní, P., Pollán, M., Idoate, VM. y Cremaes, E. (1992). Formación continuada. Motivación, intereses, necesidades… *Rol de Enfermería,* 161: 58-63.
- Sánchez, B. (2002). *Análisis del paradigma de enfermería. El Arte y la Ciencia del Cuidado.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez, G. (1999). Dorothea E. Orem. Aproximación a su teoría. *Rol de Enfermería,* 22(4): 309-311.
- Santo Tomás, M. (2001). Ser enfermera hoy. *Rol de Enfermería,* 24(5): 383-390.
- Santo Tomás, M. (2003). Historia de la Enfermería. [En Fernández, C., Garrido, M., Santo Tomás, M., Serrano, MD. *Enfermería Fundamental* (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Santos de los, JM. (1996-1997). La ciencia del arte del cuidar. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería,* 3-4, 17-26.
- Savater, F. (24 de septiembre, 1995). *El País semanal,* 10.
- Schmieding, NJ. (2007). Ida Jean Orlando (Pelletier): Teoría del proceso de enfermería. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*. (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan.* Barcelona: Paidós.
- Selltiz, C., Wrightsman, LS. y Cook, SW. (1980). *Métodos de investigación en las relaciones sociales.* Madrid: Rialp.

- Serna, C., Millas, R., Gómez, MJ., Bastardo, M., Arnal, N. y Palacios, G. (2000). La intercomunicación entre el personal de Enfermería y los cuidados de pacientes ingresados. *Metas de Enfermería,* 26: 47-51.
- Serrano, P. (1999). Características profesionales de la enfermera comunitaria. ¿Qué opina la población? *Metas de Enfermería,* 16: 30-38.
- Serrano, P. y Martínez, M. La autorización de prácticas clínicas en pregrado de Enfermería. *Metas de Enfermería*. 11(3): 28-36.
- Serrano, R., Saracíbar, MI., Díaz, MT., Tina, P. y Narvaiza, MJ. (1994). ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de Enfermería? El reto de la documentación. *Rol de Enfermería,* 191-192: 33-40.
- Serrano, S. y Narvaiza, MJ. (1999). Investigar desde la teoría y la práctica. *Rol de Enfermería,* 23(3): 185-191.
- Sieloff, CL. (2007). Imogene King: Marco de sistemas de interacción y teoría de la consecución de objetivos. [En Marriner, A. y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*. (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby].
- Siles, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index de Enfermería,* 50: 79-42.
- Siles, J. (2003). El concepto de Necesidad Humana Básica. Como aproximación a la definición del cuidado. *Index de Enfermería,* 43: 23-27.
- Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería* (Volumen I y II). Alicante: CECOVA.
- Simas, S. (1976). Nursing´s dilemma-te battle for role determination. *Supervisor Nurse*. Septiembre: 29-31.

- Solano, MC. y Siles, J. (2005). Las vivencias del paciente coronario. [En la Unidad de cuidados críticos. *Index de Enfermería*, 51: 29-33].
- Solís-Muñoz, M., Calvo-Cilla, P., García-Lopez, F., Iglesias-López, MA., Pérez-García, R., Corona-Muñoz, R., Fernandez-Asenjo, A. y González-Martín, B. Percepción de la calidad asistencial en mujeres a las que se les ha realizado una mamografía. *Metas de Enfermería.* 11(3): 14-19.
- Suárez, JM. y Fernández, AP. (2005). Escalas de evaluación de las estrategias motivacionales de los estudiantes. *Anales de Psicología*, 21(1): 116-128.
- Subirana, M. y García, J. (2004). Enfermería basada en la evidencia: ¿Qué hemos aprendido? *Metas de Enfermería*, 7(3): 15-18.
- Subirana, M. y Solá, I. (2007). Instrumentos basados en medidas indirectas para UCI: TISS y NEMS. *Metas de Enfermería*, 10(1): 15-20.
- Teixidor, M. (2006). La Europa de la salud. Un nuevo espacio para las enfermeras. *Metas de Enfermería*, 9(6): 61-66.
- Teixidor, M. (2002) (1). *Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco conceptual de Virginia Henderson en los centros de atención primaria del Institut Catalá de la Salut. La salud y la calidad de vida, un reto para las enfermeras asistenciales, docente y gestoras.* Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Teixidor, M. (2002) (2). El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (II). Un problema de máximos y mínimos. *Rol de Enfermería*, 25(5): 328-330.

- Teixidor, M. (2002) (3). El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (y V). *Rol de Enfermería,* 25(11): 54-58.
- Tey R. (1982). Hacia una definición de enfermería. [En *III Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente*. Barcelona: AEED].
- Tirado, G. y Burgos, J. (2008). Gestión del cuidado de un paciente con adrenoleucodistrofia. *Metas de Enfermería,* 11(1): 55-60.
- Tomás, AM. (1999). El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario (y II). *Enfermería Clínica,* (9)3: 121-127.
- Torra, JR. (1995). Producción científica de la enfermería española. Un análisis de los artículos publicados en tres revistas durante el trienio 1991-1993. *Rol de Enfermería,* 198: 61-74.
- Torralba i Roselló, F. (1999). Lo indudablemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar. *Revista Labor Hospitalaria,* 31(253): 183-187.
- Torralba i Roselló, F. (1998). *Antropología del cuidar.* Madrid: Institut Borja de Bioética. Fundación MAPFRE Medicina.
- Torralba, MJ. y López, D. (1999). Cuestiones éticas y legales en la práctica de la enfermería en salud Mental. *Rol de Enfermería,* 22(5): 362-68.
- Torralbas, J., Selvas, M., Solas, JL. y Jiménez, M. (1997). Sistemas informáticos en los registros de Enfermería. *Rol de Enfermería,* 222: 17-20.
- Torre de la, J. (1999). 20 años en la Universidad. *Rol de Enfermería,* 22(11): 755-759.

- Torre de la J., Arriaga, E., Gil, R., Marchal, M., Sebastián, MJ. y García, A. (2001). El empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de enfermería. *Metas de Enfermería*, 33(1): 26-32.
- Torrens, RM. (1999). Un nuevo rol profesional para tiempos de cambio. *Metas de Enfermería*, 13: 43-46.
- Travelbee, J. (1999). *Interpersonal aspects of nursing.* Philadelphia: FA. Davis Company.
- Trigueros, P., San Martín, M., Ballesteros, AM. y López, P. (2003). Situación actual de los Diagnósticos de Enfermería en el Área de Salud de Atención Primaria de Palencia. *Metas de Enfermería*, 53: 6-10.
- Ugalde, M. y Rigol, A. (1995). *Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA.* Barcelona: Masson.
- Vázquez, MA., Bueno, M., Casals, JL. y García, JM. (1998). Diagnósticos de enfermería sobre riesgos. Análisis coste-efectividad. *Rol de Enfermería*, 237: 27-32.
- Vázquez, T. (1990). Opinan los pacientes. Atención de Enfermería. *Rol de Enfermería*, 141: 35-42.
- Ventosa, F. (1984). *Historia de la Enfermería Española*. Madrid: Crítica.
- Vila, B., Bilbao, C., Porras, A., Sáez, A., Ruiz, DD. y Lupión, SD. (1997). Aproximación al contexto actual de la enfermería. *Cultura de los cuidados*. 1(1): 63-69.
- Vilagrasa, P. (1991). Los modelos teóricos de enfermería y la investigación. *Enfermería Clínica*, 1(4): 103-104.

- Vives, C., Rodero, V. y Acebedo, S. (2006). Momentos del caring. Un acercamiento a la filosofía y la ciencia del cuidado humano de Jean Watson. *Cuidar y educar*. Noviembre: 10-17.
- Vizcaya, MF., Pérez, RM., Juan, J. de, Domínguez, JM., Cibanal, L. y Siles, J. (2004). Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el entorno de aprendizaje clínico: el clima social. *Evidencia*, 1(2): 1-15.
- Watson, J. (2006) (1). Una visión crítica de los diagnósticos enfermeros. *Rol de Enfermería*, 29(7-8): 14-17.
- Watson, J. (2006) (2). Impacto de la relación sanadora en la práctica de la enfermería. *Rol de Enfermería*, 29(12): 16-22.
- Watson, J. (1998). *Cuidado de Enfermería: Un enfoque de Ciencia Humana para la práctica de Enfermería actual y futura*. New York: National League of Nursing.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. New York: National League of Nursing.
- Wesley, RL. (1997). *Teorías y modelos de enfermería*. (2ª ed.). México: McGraw-Hill. Interamericana.
- Williams, SA. (1998). Quality and care: patients´ perceptions. *Journal Nursing Care Quality*, 12(6): 18-25.
- Wimpenny, P. (2002). The meaning of models of nursing to practising nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 40: 346-354.
- Wright, SG. (1993). *Mi paciente-mi enfermera. La práctica de la enfermería primaria*. Barcelona: Doyma, S.A.

- Yura, H. Walsh, MB. (1982). *El proceso de enfermería: valoración, planificación, implementación y evaluación.* Madrid: Alhambra, S.A.
- Zabalegui, A. (2000). Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. *Enfermería Clínica,* 16: 263-266.
- Zabaleguí, A., Cabrera, E., Gallart, A. y Bardillo, D. (2005). La Enfermería y el cuidado comunitario. *Metas de Enfermería,* 8(9): 8-12.
- Zaragoza, A. (2000). *Experiencia en la introducción del Proceso de Enfermería en una unidad de hospitalización.* Pamplona: III Symposium Internacional de Enfermería.
- Zaragoza, A. (1999). El proceso de atención de Enfermería. Perspectiva de profesores y alumnos. *Rol de Enfermería,* 22(9): 583-590.
- Zarate, RA. (2004). La Gestión del cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 44-45: 42-46.
- Zubiri, X. (1994). *Cinco lecciones de filosofía*. Madrid: Alianza Editorial.
- Zucher, LA. (1976). Learnig the reaman role in a total institution. *Sociological Inquiry,* 37(1): 28-96.

Anexo 1.

Cuestionario elaborado por el grupo de expertas

Cuestionario elaborado por el grupo de expertas

Este cuestionario consta de cinco apartados que se corresponden con los cuatro elementos descritos como los paradigmáticos de la enfermería por diferentes autoras, más un quinto ya que el referido al concepto de cuidado se ha diferenciado en cuidado humano y cuidado enfermero. En cada uno de estos cinco apartados se ofrecen diez enunciados que tratan de recoger diferentes concepciones sobre el fenómeno correspondiente, dejando abierta la posibilidad para que se añadan otras concepciones que se consideren de interés.

Su aportación, como experta, se trata de que conceda a cada uno de los enunciados, de cada uno de los apartados, un valor absoluto de entre 0 y 10. Correspondiendo a 0 el total desacuerdo con el enunciado ofrecido y 10 al total acuerdo, las puntuaciones intermedias representan los diferentes niveles de acuerdo-desacuerdo que se deseen expresar.

Cada uno de los apartados presenta un espacio abierto para que se aporten las concepciones que se consideren, éstas deberán ser valoradas con una puntuación con los mismos criterios que los demás enunciados.

1. Apartado sobre la valoración de las concepciones sobre el cuidado humano

Dimensiones	*Puntuación de 0 a 10*
1. Está orientado a eliminar problemas	
2. Tiene como finalidad cubrir un déficit	
3. Es imprescindible para la supervivencia	
4. Es individual y único	
5. Es el objeto de estudio de la enfermería	
6. Varía por diferentes factores como la edad y el estado de salud	
7. Es universal y se requiere de manera permanente	
8. Se concibe desde dimensiones espirituales y/o culturales	
9. Su verdadero significado se adquiere cuando existe una enfermedad	
10. Está ligado al concepto de independencia	
Otras concepciones	

2. Aparatado sobre la valoración de las concepciones sobre el cuidado enfermero

Dimensiones	*Puntuación de 0 a 10*
1. Se trata de hacer para la persona	
2. Es preciso cuando se requieren conocimientos y habilidades específicas	
3. Se trata de actuar con la persona	
4. Se organiza en función de las percepciones y expectativas de la persona que le requiere	
5. Se trata de acompañar a la persona en sus experiencias de salud	
6. La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados	
7. Es un conjunto de reglas y técnicas especializadas y protocolizadas	
8. Está centrado en la independencia de la persona	
9. Su finalidad es la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona	
10. Es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada	
Otras concepciones	

3. Apartado sobre la valoración de las concepciones sobre la persona

Dimensiones	*Puntuación de 0 a 10*
11. Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales	
12. Tiene la capacidad y la responsabilidad de decidir sobre su situación	
13. No tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas	
14. Como conjunto de estructuras y funciones	
15. Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes en relación mutua con su entorno en continuo cambio	
16. Con necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales	
17. Tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas	
18. Con capacidad para aprender y desarrollar habilidades	
19. Se concibe dentro de la familia, o grupo, como unidad en interacción constante	
20. Es holística, espiritual y cultural	
Otras concepciones	

4. Apartado sobre la valoración de las concepciones sobre la salud

Dimensiones	*Puntuación de 0 a 10*
21. La capacidad y el deseo de utilizar bien cada capacidad que se posee	
22. Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente	
23. Ausencia de enfermedad	
24. La salud y la enfermedad como un proceso en interacción continua	
25. Ideal que se ha de conseguir según el contexto en el que la persona vive	
26. Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona	
27. Realización del potencial de creación de la persona	
28. Independencia	
29. Integridad física y homeostática	
30. Preservar la energía y comportamientos saludables	
Otras concepciones	

5. Apartado sobre la valoración de las concepciones sobre el entorno

Dimensiones	*Puntuación de 0 a 10*
31. Compuesto por todos los elementos externos que rodean a la persona	
32. Separado de la persona	
33. Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales	
34. Lo percibido por cada persona de manera única	
35. Factores que deben ser manipulados y controlados	
36. Constituido por los contextos histórico, social, político y cultural	
37. Rico en estímulos positivos y negativos	
38. Compuesto por un conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente	
39. Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible	
40. Conjunto de elementos fácilmente identificables	
Otras concepciones	

Muchas gracias por la colaboración

Anexo 2.

Cuestionario.

Cuestionario

Con la cumplimentación de este cuestionario está colaborando en la realización de un trabajo, para una tesis doctoral, sobre la disciplina y la profesión enfermeras. Para cumplimentarlo se estima un tiempo de dedicación de 30 minutos, pero puede disponer del que considere necesario. Los datos son confidenciales y se agradece su dedicación.

1 Datos de caracterización

1.1 Edad: _____ años

1.2 Sexo

1. Mujer O
2. Hombre O

1.3 Escuela en la que curso los Estudios

Universidad	
Centro y Universidad con la que se vincula	

1.4. Titulación:

1. ATS O
2. Diplomatura por Homologación de ATS O
3. Diplomatura en Enfermería O

1.5. ¿Qué formación ha realizado posteriormente?

1. Continuada O
2. De postgrado O
3. Otras diplomaturas O
4. Licenciatura O
5. Doctorado O
6. Otras, especificar……

1.6. Años de ejercicio profesional: _____ años

1.7. Lugar en el que ejerce la profesión

1. Hospital Público O (Seguir por 1.8)
2. Hospital Privado O (Seguir por 1.8)
3. Centro de salud urbano O (Saltar a 1.9)
4. Centro de salud rural O (Saltar a 1.9)
5. Residencias de media y larga estancia O (Saltar a 1.9)
6. Otros lugares (especificar)……

1.8. En caso de ejercer en el hospital, especificar unidad

1. Hospitalización quirúrgica O
2. Hospitalización médica O
3. Hospitalización de día O
4. Hospitalización infantil O
5. Cuidados intensivos O
6. Urgencias O
7. Quirófano O
8. Consultas O
9. Radiología O
10. Laboratorio O

Otra unidad o servicio (especificar)……..

1.9. Categoría profesional

1. Enfermera asistencial O
2. Supervisora de unidad O
3. Supervisora de área O
4. Subdirectora O
5. Directora O
6. Coordinadora O
7. Otra (especificar)…….

2 Datos relacionados con la formación profesional

A continuación, vamos a realizar una serie de afirmaciones. Marque con una cruz si, por la opinión que se ha formado, está… **1=Muy en desacuerdo. 2=Más bien en desacuerdo. 3=Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 4=Más bien de acuerdo. 5=Muy de acuerdo,** con las afirmaciones que se ofrecen:

2.1. Decidí estudiar Enfermería...						
2.1.1	Por vocación	1	2	3	4	5
2.1.2	Para poder ejercer la profesión que más le gustaba	1	2	3	4	5
2.1.3	Por ser estudios de corta duración	1	2	3	4	5
2.1.4	Por tener buenas salidas profesionales	1	2	3	4	5
2.1.5	Por tradición familiar	1	2	3	4	5
2.1.6	Por considerar que eran estudios fácilmente superables	1	2	3	4	5
2.1.7	Otras razones, especificar	1	2	3	4	5

2.2. Considero suficiente la formación que recibí en la Escuela...						
2.2.1	Teórica	1	2	3	4	5
2.2.2	Práctica	1	2	3	4	5

2.3. Considero que durante mi formación estudié en profundidad el modelo de...						
2.3.1	Dorothea E. Orem	1	2	3	4	5
2.3.2	Virginia Henderson	1	2	3	4	5
2.3.3	Callista Roy	1	2	3	4	5
2.3.4	Hildegard E. Peplau	1	2	3	4	5
2.3.5	Martha E. Rogers	1	2	3	4	5
2.3.6	Otros, especificar	1	2	3	4	5

2.4. Considero que durante mi formación estudié en profundidad la Clasificación...						
2.4.1	NANDA	1	2	3	4	5
2.4.2	NOC	1	2	3	4	5
2.4.3	NIC	1	2	3	4	5
2.4.4	Otras, especificar	1	2	3	4	5

2.5. Durante mi período de formación, realicé planes de cuidados...						
2.5.1	Con un modelo como referente conceptual	1	2	3	4	5
2.5.2	Con una clasificación diagnóstica como referente metodológico	1	2	3	4	5
2.5.3	Con ambos	1	2	3	4	5

Para los dos enunciados siguientes (2.6 y 2.7) la escala se corresponde con:

1=Nunca. 2=Excepcionalmente. 3=Con frecuencia. 4=Casi siempre. 5=Siempre.

2.6.	¿En los centros o unidades en las que realizó sus prácticas clínicas se trabajaba con planes de cuidados?	1	2	3	4	5
2.7	¿En los centros o unidades en las que realizó sus prácticas clínicas se trabajaba con alguna clasificación diagnóstica?	1	2	3	4	5

2.8. Trabajos, publicaciones, investigaciones realizadas sobre:

1. Teorías O
2. Modelos O
3. Métodos O
4. Técnicas O
5. Cuidados O
6. Profesión O
7. Satisfacción de los clientes O

2.9. ¿Qué considera como característico de la profesión? 1=Nada. 2=Poco. 3=En cierta medida. 4=Mucho. 5=Totalmente.

2.9.1	El rol autónomo relacionado con los cuidados de salud de la persona	1	2	3	4	5
2.9.2	Las actividades interdependientes destinadas a contribuir al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad	1	2	3	4	5
2.9.3	Las actividades dependientes del diagnóstico y tratamiento médico	1	2	3	4	5

3 Datos relacionados con las concepciones presentes en la práctica profesional

Seleccione tres dimensiones y valórelas **con 1 la que considere más importante, con 2 y 3 las siguientes en importancia,** a las concepciones que se aportan sobre el cuidado humano.

3.1. <u>Cuidados humanos</u>: Aspectos que tiene en cuenta para priorizar y determinar la necesidad y tipo de cuidados que requiere la persona		
3.1.1	Está orientado a eliminar problemas	
3.1.2	Tiene como finalidad cubrir un déficit	
3.1.3	Es imprescindible para la supervivencia	
3.1.4	Es individual y único	
3.1.5	Es el objeto de estudio de la enfermería	
3.1.6	Varía por diferentes factores como la edad y el estado de salud	
3.1.7	Es universal y se requiere de manera permanente	
3.1.8	Se concibe desde dimensiones espirituales y/o culturales	
3.1.9	Su verdadero significado se adquiere cuando existe una enfermedad	
3.1.10	Está ligado al concepto de independencia	
3.1.11. Añada otras concepciones sobre cuidados humanos que considere		

Seleccione tres dimensiones y valórelas **con 1 la que considere más importante, con 2 y 3 las siguientes en importancia,** a las concepciones que se aportan sobre el cuidado enfermero.

3.2. Cuidados enfermeros: ¿Qué aspectos considera al ofrecer los cuidados?		
3.2.1	Se trata de hacer para la persona	
3.2.2	Es preciso cuando se requieren conocimientos y habilidades específicas	
3.2.3	Se trata de actuar con la persona	
3.2.4	Se organiza en función de las percepciones y expectativas de la persona que le requiere	
3.2.5	Se trata de acompañar a la persona en sus experiencias de salud	
3.2.6	La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados	
3.2.7	Es un conjunto de reglas y técnicas especializadas y protocolizadas	
3.2.8	Está centrado en la independencia de la persona	
3.2.9	Su finalidad es la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona	
3.2.10	Es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecerle esta ayuda profesionalizada	
3.2.11. Añada otras concepciones sobre cuidados enfermeros que considere		

Seleccione tres dimensiones y valórelas **con 1 la que considere más importante, con 2 y 3 las siguientes en importancia,** a las concepciones que se aportan sobre la persona.

3.3. <u>Persona</u>: ¿Cómo considera a la persona a la hora de planificar y aplicar los cuidados?		
3.3.1	Con componentes físicos, intelectuales, emocionales, culturales y espirituales	
3.3.2	Tiene capacidad y responsabilidad de decidir sobre su situación	
3.3.3	No tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas	
3.3.4	Como conjunto de estructuras y funciones	
3.3.5	Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes en relación mutua con su entorno en continuo cambio	
3.3.6	Con necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales	
3.3.7	Tiene capacidad para participar en sus cuidados cuando éstos requieren de tecnologías específicas	
3.3.8	Tiene capacidad para aprender y desarrollar habilidades	
3.3.9	Se concibe dentro de la familia, o grupo, como unidad en interacción constante	
3.3.10	Es holística, espiritual y cultural	
3.3.11. Añada otras concepciones sobre persona que considere		

Seleccione tres dimensiones y valórelas **con 1 la que considere más importante, con 2 y 3 las siguientes en importancia,** a las concepciones que se aportan sobre la salud.

3.4. Salud: ¿Cómo entiende la salud?		
3.4.1	La capacidad y el deseo de utilizar bien cada capacidad que se posee	
3.4.2	Estado de equilibrio, armonía y estabilidad, deseable y percibido positivamente	
3.4.3	Ausencia de enfermedad	
3.4.4	La salud y la enfermedad como un proceso en interacción continua	
3.4.5	Ideal que se ha de conseguir según el contexto en el que la persona vive	
3.4.6	Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona	
3.4.7	Realización del potencial de creación de la persona	
3.4.8	Independencia	
3.4.9	Integridad física y homeostática	
3.4.10	Preservar la energía y comportamientos saludables	
3.4.11. Añada otras concepciones sobre salud que considere		

Seleccione tres dimensiones y valórelas **con 1 la que considere más importante, con 2 y 3 las siguientes en importancia,** a las concepciones que se aportan sobre el entorno.

3.5. Entorno: ¿Qué aspectos del entorno considera en el cuidado de la persona?		
3.5.1	Compuesto por todos los elementos externos que rodean a la persona	
3.5.2	Separado de la persona	
3.5.3	Determinado por aspectos físicos, sociales y culturales	
3.5.4	Lo percibido por cada persona de manera única	
3.5.5	Factores que deben ser manipulados y controlados	
3.5.6	Constituido por los contextos histórico, social, político y cultural	
3.5.7	Rico en estímulos positivos y negativos	
3.5.8	Compuesto por un conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente	
3.5.9	Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible	
3.5.10	Conjunto de elementos fácilmente identificables	
3.5.11. Añada otras concepciones sobre entorno que considere		

4 Datos relacionados con la valoración del ejercicio profesional

Valore su nivel de satisfacción personal en la siguiente escala: 1=Muy insatisfecho. 2=Más bien insatisfecho. 3=Ni satisfecho, ni insatisfecho. 4=Más bien satisfecho. 5=Muy satisfecho, a las cuestiones que se plantean a continuación.

4.1	Con su ejercicio profesional	1	2	3	4	5
4.2	Con la relación entre lo que aprendió en su formación y lo que aplica en el ejercicio de la profesión	1	2	3	4	5
4.3	Con la valoración de la profesión por las enfermeras y enfermeros, en general	1	2	3	4	5
4.4	Con la valoración de la profesión por los otros profesionales de la salud	1	2	3	4	5
4.5	Con la valoración de la profesión por las personas que reciben sus servicios	1	2	3	4	5
4.6	Con la valoración de la profesión por la población en general	1	2	3	4	5
4.7	Con la valoración de la profesión por los medios de comunicación	1	2	3	4	5

4.8. ¿Desde qué área del ejercicio profesional considera que se pueden realizar aportaciones más significativas para la profesión y la disciplina?

1. Clínica O
2. Docencia O
3. Gestión O
4. Investigación O
5. Todas por igual O
6. Depende de cada profesional O

Índice de cuadros

Índice de cuadros

Pág.

Cuadro 1. La práctica clínica como centro de la profesión enfermera..... 42

Cuadro 2.La investigación como instrumento de innovación en todos los ámbitos profesionales……..……..…… 44

Cuadro 3. Fenómenos que influyen en la configuración de la enfermería……... 94

Cuadro 4. Relación entre la formación y la disciplina y profesión…….……..…. 109

Cuadro 5. La práctica profesional basada en la evidencia científica…....…... 124

Cuadro 6. Elementos disciplinares y profesionales……..……..…. 127

Cuadro 7. Estructuras teóricas aceptadas como modelos de cuidados.……..... 142

Cuadro 8. El enunciado diagnóstico en el proceso de cuidados……....…..….. 146

Cuadro 9. Características comunes de la población de estudio……....….. 333

Cuadro 10. Dimensiones más valoradas en primer lugar……..….. 338

Índice de tablas

Índice de tablas

Pág.

Tabla 1. Características de las expertas participantes en la formulación de las dimensiones……..……..…. 168

Tabla 2. Características de los expertos participantes en la validación de las dimensiones formuladas……....…...…….. 172

Tabla 3. Valores otorgados por el grupo de expertos a las dimensiones adjudicadas al concepto de cuidado humano..…….…..... 175

Tabla 4. Comparación de las valoraciones sobre cuidado humano, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes recen en atención primaria……..……..…… 176

Tabla 5. Comparación de las valoraciones sobre cuidado humano, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención especializada……..……. 177

Tabla 6. Comparación de las valoraciones sobre cuidado humano, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones exactas por parte de ambos grupos……..…….... 177

Tabla 7. Valores otorgados por el grupo de expertos a las dimensiones adjudicadas al concepto de cuidado enfermero…….……...…… 179

Tabla 8. Comparación de las valoraciones sobre cuidado enfermero, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención primaria……..…...…….. 180

Pág.

Tabla 9. Comparación de las valoraciones sobre cuidado enfermero, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención especializada…… 181

Tabla 10. Valores otorgados por el grupo de expertos a las dimensiones adjudicadas al concepto de persona……..…… 183

Tabla 11. Comparación de las valoraciones sobre persona, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes recen en atención primaria…… 184

Tabla 12. Comparación de las valoraciones sobre persona, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes ejercen en atención especializada……..…….. 184

Tabla 13. Comparación de las valoraciones sobre persona, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones exactas por parte de ambos grupos……..…….. 185

Tabla 14. Valores otorgados por el grupo de expertos a las dimensiones adjudicadas al concepto de salud…….……. 187

Tabla 15. Comparación de las valoraciones sobre salud, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes recen en atención primaria……..……. 188

Tabla 16. Comparación de las valoraciones sobre salud, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes recen en atención especializada……...…… 189

Tabla 17. Comparación de las valoraciones sobre salud, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones exactas por parte de ambos grupos……..……. 189

Pág.

Tabla 18. Valores otorgados por el grupo de expertos a las dimensiones adjudicadas al concepto de entorno……..……..… 191

Tabla 19. Comparación de las valoraciones sobre entorno, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes recen en atención primaria……..…...…..… 192

Tabla 20. Comparación de las valoraciones sobre entorno, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones más elevadas por quienes recen en atención especializada…….……..... 192

Tabla 21. Comparación de las valoraciones sobre entorno, según el ámbito de ejercicio profesional. Valoraciones exactas por parte de ambos gropos……...… 193

Tabla 22. Distribución de la población de estudio por grupos de edad…..……..... 226

Tabla 23. Distribución de la población de estudio por sexos……..…….. 226

Tabla 24. Distribución de la población de estudio por titulación……...…. 226

Tabla 25. Distribución de la población de estudio por la formación posterior a la titulación…….… 227

Tabla 26. Distribución de la población de estudio por grupos según el tiempo de ejercicio profesional…….….. 227

Tabla 27. Distribución de la población de estudio por grupos según el ámbito de ejercicio profesional……...….… 228

Tabla 28. Distribución de la población de estudio por grupos según el ámbito de ejercicio profesional, en atención hospitalaria…… 229

Tabla 29. Distribución de la población de estudio por grupos según la categoría de ejercicio profesional……....…… 229

Pág.

Tabla 30 (A y B) Decidió estudiar Enfermería por vocación……..……..… 231-32

Tabla 31 (A y B) Por poder ejercer la profesión que más le gustaba……...….…… 233

Tabla 32 (A y B) Por ser unos estudios de corta duración.…….....……... 235

Tabla 33 (A y B) Por tener buenas salidas profesionales..……..…...…....…. 236-37

Tabla 34 (A y B) Elección de los estudios por tradición familiar……..……... 238

Tabla 35 (A y B) Elección de los estudios por considérales fácilmente superables…….……..…….…… 239-40

Tabla 36 (A y B) Consideran suficiente la formación teórica recibida.....… 241

Tabla 37 (A y B) Consideran suficiente la formación práctica recibida..……..…… 243

Tabla 38 (A y B) Estudio en profundidad del Modelo de DE. Orem..……..… 246

Tabla 39 (A y B) Estudio en profundidad del Modelo de V. Hederson.....…..… 247-48

Tabla 40 (A y B) Estudio en profundidad del Modelo de C. Roy……..…..…. 249

Tabla 41 (A y B) Estudio en profundidad del Modelo de H. Peplau…...……..…… 250

Tabla 42 (A y B) Estudio en profundidad del Modelo de M. Rogers…….....…… 251

Tabla 43. Distribución de la población de estudio en relación a los modelos de cuidados estudiados y el nivel de conocimientos que manifiestan tener..……..…….....…. 254

Tabla 44 (A y B) Considera que durante su formación estudió en profundidad la clasificación de NANDA…….……...……...…….. 255

Tabla 45 (A y B) Considera que durante su formación estudió en profundidad la clasificación de NOC…….…...…… 257-58

Tabla 46 (A y B) Considera que durante su formación estudió en profundidad la clasificación de NIC…….…….……..…..…..….... 259

Pág.

Tabla 47 (A y B) Realizó planes de cuidados con un Modelo como referente conceptual……..…...…….....…...… 261

Tabla 48 (A y B) Realizó planes de cuidados con una clasificación como referente metodológico…….…… 262

Tabla 49 (A y B) Realizó planes de cuidados con un modelo y una clasificación diagnóstica como referentes…….....…… 262-63

Tabla 50 (A y B) En las unidades de prácticas se trabajaba con planes de cuidados…….....……...…… 265

Tabla 51 (A y B) En las unidades de prácticas se trabajaba con una clasificación diagnóstica como referente……....…..…… 267

Tabla 52. Porcentajes de la población de estudio según las diferentes áreas en las que han realizado estudios……...…….……. 268

Tabla 53 (A y B) Considera lo característico de la profesión el rol autónomo…….…….…….…….. 271

Tabla 54 (A y B) Considera lo característico de la profesión las actividades interdependientes……...…….….…….. 272

Tabla 55 (A y B) Considera lo característico de la profesión las actividades dependientes de la medicina……..…… 273

Tabla 56. Porcentajes de la población de estudio según el nivel de satisfacción en relación a diferentes aspectos del ejercicio profesional…….….. 275

Tabla 57. Porcentajes de la población de estudio según el ámbito del ejercicio profesional desde el que consideran que se pueden realizar las aportaciones más significativas a la profesión y a la disciplina……...…….…… 280

Pág.

Tabla 58. Las tres dimensiones mencionadas en primer lugar en relación a cada uno de los conceptos paradigmáticos…….…….…… 288

Tabla 59. Valoración de las dimensiones sobre el cuidado humano…….…… 289

Tablas 60, 61, 62, 63 y 64. Diferencias de porcentajes por grupos, en relación a la valoración de cuidado humano…….…..….. 291

Tablas 65, 66 y 67. Grupos con valoraciones similares en relación al cuidado humano…….…… 292

Tabla 68. Valoración de las dimensiones sobre la persona.…….…… 295

Tablas 69, 70, 71, 62, 73 y 74. Diferencias de porcentajes por grupos, en relación a la valoración de persona……...…..…… 297-98

Tabla 75. Grupos con valoraciones similares en relación al concepto de persona…….…….. 298

Tabla 76. Valoración de las dimensiones sobre la salud…….…….. 305

Tablas 77, 78, 79, 80 y 81. Diferencias de porcentajes por grupos, en relación a la valoración de salud……...……... 308-09

Tablas 82 y 83. Grupos con valoraciones similares en relación al concepto de salud…… 309-10

Tabla 84. Valoración de las dimensiones sobre el entorno…….……..... 315

Tablas 85, 86 y 87. Diferencias de porcentajes por grupos, en relación a la valoración de entorno……...……... 317-18

Tablas 88, 89, 90 y 91. Grupos con valoraciones similares en relación al entorno…….……. 318-19

Tabla 92. Valoración de las dimensiones sobre el cuidado enfermero…….…… 322

Pág.

Tablas 93, 94, 95 y 96. Diferencias de porcentajes por grupos,
en relación a la valoración de cuidado enfermero……..…… 325
Tablas 97, 98 y 99. Grupos con valoraciones similares
en relación al cuidado humano……..…… 326