



Identidad profesional enfermera: Construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria

Antonia Arreciado Marañón

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

**IDENTIDAD PROFESIONAL ENFERMERA:
CONSTRUCCIÓN Y DESARROLLO EN LOS ESTUDIANTES
DURANTE SU FORMACIÓN UNIVERSITARIA**

ANTONIA ARRECIADO MARAÑÓN

TESIS DOCTORAL

DIRECTORA: Dra. PILAR ISLA PERA

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS ENFERMERAS
ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA
UNIVERSITAT DE BARCELONA**

Barcelona 2013



*Dedicado a Fernando, Aina, Joel,
Pepi y mis padres, José M^a y Josefa*

*Sin vosotros, este trabajo y yo misma
no seríamos lo que somos.*

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis ha supuesto un momento importante tanto para mi vida personal como para mi trayectoria profesional. Es por ello que no quisiera finalizarla sin antes agradecer muy sinceramente a todas aquellas personas que me han acompañado en este proceso su inestimable colaboración. Han sido quienes en todo momento me han facilitado una tarea ardua pero emocionante y enriquecedora a todos los niveles.

En primer lugar, mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesis, la Dra. Pilar Isla. Con ella me sentí acogida desde los inicios y ha sabido guiarme en este camino con rigurosidad y afecto.

Gracias también a los estudiantes que han participado en este trabajo, por su generosidad, disposición, emoción y entusiasmo al compartir sus vivencias y sentimientos respecto a su futura profesión.

Agradecimientos a las Direcciones de Enfermería de las diferentes instituciones implicadas: Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron, Hospital Universitari Vall d'Hebron, y Centre d'Atenció Primària. También, cómo no, a las supervisoras correspondientes y a todo el resto del personal de enfermería con las que me sentí como una más.

Especial gratitud para aquellas enfermeras que se prestaron a participar generosamente en los diferentes grupos de discusión, con las dificultades que la conciliación de horarios entrañaba.

A Enriqueta Bernaus, por seguir siendo una buena compañera y mejor amiga, siempre comprometida con la profesión aún cuando, como ahora, se encuentre en situación de júbilo. De ella he aprendido siempre, de sus lecciones y su ejemplo. Gracias por la revisión del texto y tus reflexiones, siempre certeras y oportunas.

Gracias a Joan por su ayuda y asistencia técnica en temas de edición y formato.

Gracias también a mis compañeras de trabajo. Con su relación y reflexiones se ha nutrido una parte importante de este estudio.

Gracias a mis padres, quienes me lo han dado todo. Con su ayuda incondicional me han sabido transmitir todo el amor que es posible. Soy enfermera gracias a ellos, a su esfuerzo y sacrificio. Siempre serán referentes en mi vida.

A mi hermana, Pepi, a la que quiero mucho y de la que me siento muy orgullosa. Su calidad humana la convierte en una gran persona.

A Aina y Joel, mis hijos. Gracias por lo que a diario aprendo de vosotros y disculpas por haberos robado parte importante de nuestro tiempo. Ya sabéis lo orgullosa que me siento de vosotros.

A Fernando, mi marido, por tantas cosas. Gracias por la minuciosa y acertada revisión de todo el trabajo así como por tus reflexiones. Parte importante de él es tuyo. Pero especialmente por confiar en mis capacidades desde siempre, estimulándome a avanzar y a emprender nuevos retos personales y profesionales. Por haberme transmitido la curiosidad y el espíritu crítico respecto a la realidad. Por estar siempre a mi lado y sentirte orgulloso de mi. Sin ti nada sería lo mismo.

Por último, a todas aquellas personas de las que en algún momento de la vida he aprendido a estimar y respetar la profesión de enfermera. El amor que por su trabajo me transmitieron y la sabiduría con la que me hicieron partícipes de sus conocimientos y experiencia, son el mejor patrimonio con el que como persona y profesional he podido contar.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	11
1.1. PRESENTACIÓN	11
1.2. EL PORQUÉ DE ESTA TESIS	12
1.3. EL PORQUÉ DEL TEMA DE ESTUDIO	14
2. REFERENTES TEÓRICOS.....	17
2.1. EL CUIDADO COMO FUNCIÓN PRINCIPAL. LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.....	17
2.2. EL CUIDADO: INVISIBILIDAD Y ESCASO RECONOCIMIENTO	23
2.3. LA IMAGEN DE LA ENFERMERA.....	25
2.3.1. Imagen social.....	25
2.3.2. La imagen de la enfermera en los medios	26
2.3.3. La autoimagen	26
2.4. LOS VALORES	28
2.5. LA FORMACIÓN ENFERMERA. DE ATS A LA UNIVERSIDAD.....	29
2.5.1. Formación enfermera y Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)	31
2.5.2. Las competencias.....	31
2.5.3. El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP).....	34
2.6. LA IDENTIDAD.....	38
2.6.1. La identidad como fenómeno social	38
2.6.2. La identidad profesional enfermera: experiencia y sentimiento	40
2.7. SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL E IDENTIDAD.....	41
2.7.1. Ideas sobre la enfermería previa a los estudios	45
2.7.2. Los motivos para elegir enfermería como profesión.....	46
2.7.3. Las prácticas clínicas: la realidad de la práctica profesional	48

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	51
3. 1. LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	51
3.2. OBJETIVOS	53
3.2.1. Objetivo general.....	53
3.2.2. Objetivos específicos	53
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	55
4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO.....	55
4.1.1. Aproximación metodológica	55
4.1.2. La perspectiva constructivista	56
4.1.3. Selección de las estrategias metodológicas. La etnografía	59
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	65
4.3. SUJETOS DE ESTUDIO	67
4.4. ESTRATEGIAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	69
4.4.1. Observación participante	69
4.4.1.1. Selección de escenario.....	71
4.4.1.2. Acceso al escenario.....	72
4.4.1.3. Procedimiento de recogida de información	72
4.4.2. Grupos de discusión	73
4.4.2.1. Criterios para el establecimiento de los grupos de discusión	76
4.4.2.2. Establecimiento de los grupos de discusión: estudiantes y enfermeras asistenciales	77
4.4.2.3. Características de los grupos de discusión	78
4.4.2.4. Acceso a la muestra	79
4.4.2.5. Procedimiento de recogida de información	79
4.4.2.6. Transcripción de la información	80
4.4.3. Fuentes documentales.....	80

4.5. CRITERIOS DE CALIDAD: RIGOR Y CREDIBILIDAD	81
4.6. ASPECTOS ÉTICOS	86
4.7. DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO	88
4.7.1. La observación participante	89
4.7.2. Los Grupos de Discusión	94
4.7.2.1. Grupos de Discusión de Estudiantes	94
4.7.2.2. Grupos de Discusión de Enfermeras	102
4.8. ANÁLISIS DE LOS DATOS	107
4.8.1. Segmentación de las unidades de significado y categorización	109
4.8.2. Identificación de los temas principales, núcleos temáticos o metacategorías	124
4.8.3. Integración e interpretación de los datos.....	131
5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	135
5.1. SER ENFERMERA. CONCEPCIÓN DEL SIGNIFICADO DURANTE LA SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL.....	137
5.1.1. Concepción de la enfermería. El cuidado integral: aspecto definitorio de la profesión.....	137
5.1.2. Infravaloración del cuidar.....	147
5.1.3. Delegación del cuidado.....	150
5.1.4. Gestión de las actividades enfermeras	153
5.1.5. La imagen social de la enfermera	157
5.1.5.1. Los motivos de esta imagen social	159
5.1.6. Reconocimiento social de la profesión	165
5.1.7. Desarrollo profesional y su visualización.....	168
5.1.8. Autonomía profesional	172
5.1.9. Condicionantes previos a la formación universitaria.....	178

5.1.9.1. Concepción de la enfermería al inicio de los estudios. Entre la imagen técnica y subordinada y el desconocimiento	179
5.1.9.2. Motivos de elección de la carrera.....	182
5.2. LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA CONFORMACIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL	187
5.2.1. Teoría y práctica: relación y valor atribuido	187
5.2.2. El valor añadido del ABP	194
5.2.3. La enfermera tutora de prácticas como figura clave	200
5.2.4. La experiencia del aprendizaje: una evolución profesional y personal	208
5.3. SENTIRSE ENFERMERA. SOLIDEZ DEL SENTIMIENTO IDENTITARIO	215
5.3.1. Necesidad de autonomía y asunción de responsabilidades	216
5.3.2. Realización personal y profesional.....	220
5.3.3. Vocación y profesionalización: una interacción óptima	226
5.3.4. Los valores en la práctica enfermera	229
5.3.4.1. Altruismo y dignidad humana: valores sólidos de identificación.....	231
5.3.4.2. Los valores de la autonomía, desarrollo profesional y justicia	234
5.4. COMPROMISO HACIA LA PROFESIÓN. FUTURO Y PROPUESTAS PARA EL CAMBIO.....	239
5.4.1. Compromiso profesional	239
5.4.2. Futuro profesional y cambio	246
DIFICULTADES Y LIMITACIONES METODOLÓGICAS	251
6. CONCLUSIONES, REFLEXIONES FINALES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	253
BIBLIOGRAFÍA	263
ANEXOS.....	279

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PRESENTACIÓN

Cualquiera que se haya embarcado en la experiencia de realizar una tesis doctoral sabe que la presentación escrita de la misma no es ni más ni menos que el resultado de un largo, laborioso y complejo proceso iniciado tiempo atrás. Una andadura que culmina en un texto escrito y que lejos de finalizar, inicia o abre el camino a futuros trabajos de investigación que profundicen en la línea del conocimiento generado.

La pericia que posea el investigador para expresar de manera escrita el trabajo realizado y que este resulte atrayente, interesante y útil para el público a quien va dirigido, es fundamental. Sin embargo, creo, nunca es suficiente para transmitir todo el esfuerzo, las experiencias, vivencias, renunciadas, emociones, sentimientos y sensaciones generadas que sólo el doctorando conoce por haberlas vivido en primera persona. Todo ello pasa a formar parte de la mochila que cada uno de nosotros portamos, que vamos llenando continuamente y que utilizamos durante nuestro itinerario vital. Todo un aprendizaje personal y profesional.

Con la perspectiva que otorga observar un fenómeno desde la distancia y el tiempo transcurrido puedo afirmar ahora que, a pesar de los duros momentos vividos durante la realización de este trabajo (llenos de inseguridades, preguntas constantes, incertidumbre y mucho, mucho trabajo), lo que sin duda alguna queda y permanece al final es la satisfacción personal que produce el aprendizaje realizado por uno mismo.

Un aprendizaje profesional y personal llevado a cabo a partir del convencimiento de que tanto la investigación como la formación constituyen elementos esenciales para el desarrollo disciplinar y profesional, aspectos indispensables en Enfermería y por los que la realización de esta tesis era de obligado cumplimiento. Ambas dimensiones, la investigadora y la formativa, han estado presentes en la realización de este trabajo, ya sean como elementos motivadores para el inicio del mismo o como objetos de la repercusión que sobre ellas tendrán los resultados obtenidos. Al menos así se espera. Un aprendizaje elaborado a medida, autogestionado, producto de la reflexión en todas y cada una de las decisiones que se han llevado a cabo, que

1. Introducción

ha nacido de la necesidad de cada momento y en función de lo ya aprendido. Nunca antes se hizo tan consciente la reconstrucción constante del conocimiento. Al menos, no con esta magnitud.

La tesis que ahora se presenta recoge el trabajo realizado y los aprendizajes adquiridos para llegar a conocer cómo se produce el proceso de construcción y desarrollo de la identidad profesional en los estudiantes¹ de enfermería durante su formación universitaria, que es la finalidad última de este estudio. Obviamente ni todo el trabajo ni todos los aprendizajes aparecen aquí plasmados debido a su magnitud pero sí su esencia, seleccionada en base a la reflexión continua y al rigor metodológico exigido en una investigación de este tipo. Como ya se ha dicho, este trabajo no supone la finalización de una larga etapa sino el inicio de otra nueva basada en el desarrollo de la labor ya realizada y que se espera sea provechosa en el futuro.

1.2. EL PORQUÉ DE ESTA TESIS

La realización de esta tesis y la decisión de llevarla a cabo en el marco del doctorado en Ciencias Enfermeras se entiende desde la motivación y el compromiso ético personal y profesional.

Desde el año 1989 en que finalicé los estudios de Diplomado en Enfermería en la Escola Universitària d' Infermeria Vall d'Hebron, hasta el 2005, fecha en la que me incorporé a dedicación completa a la docencia, mi actividad profesional se centró, básicamente, en la asistencia hospitalaria en el Hospital Universitario homónimo; digo básicamente, porque al año y medio aproximadamente del inicio de mi actividad profesional asistencial, se me ofreció la posibilidad de tutorizar durante mi jornada laboral el aprendizaje de aquellas estudiantes de enfermería que pasaran por mi servicio durante sus prácticas clínicas. Desde entonces y hasta la finalización de mi período asistencial, siempre he contado con estudiantes de cuyo aprendizaje práctico en el contexto hospitalario yo era su enfermera referente.

¹ A partir de ahora se utilizará indistintamente el género masculino o femenino para identificar a los o las estudiantes de enfermería. Igualmente el uso del término "enfermera" hará referencia a los profesionales de ambos géneros.

A todo ello, y de manera complementaria, también desde inicios de la década de los 90, se me ofreció colaborar fuera de mi jornada laboral con la docencia de los estudiantes de enfermería y con un vínculo más directo con determinadas asignaturas impartidas en la Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron. De este modo, desde prácticamente mis inicios como profesional de la Enfermería hasta que definitivamente me incorporé a la docencia como actividad fundamental, aproximadamente unos 15 ó 16 años, en mi vida profesional se han conjugado siempre dos de las funciones fundamentales de nuestra profesión: la asistencial y la docente.

Para llevar a cabo dichas funciones, la formación realizada fue importante, constante y ciertamente centrada en el campo asistencial, pero también en aquellos otros conocimientos que me ayudaran en mi tarea docente y a la consecución del nivel de calidad que debía ofertar. Todo este proceso, que sería imposible resumir en pocas líneas, tuvo su punto de inflexión en el año 97. En esta fecha, tras participar del interés por lo social y las ciencias sociales de una persona muy allegada, decidí cursar los estudios de licenciatura en Antropología Social y Cultural. Este paso, dado desde el convencimiento de la riqueza personal que esta decisión me aportaría, debería servirme también para continuar mi formación, complementándola en su dimensión social y ampliando mi visión de la misma, así como posibilitarme en un futuro el acceso a los estudios de doctorado imposibles de realizar en aquella época desde una diplomatura.

Si bien una vez finalizada la licenciatura ya tenía la posibilidad de continuar la formación realizando el doctorado, éste había de ser en disciplinas diferentes a la enfermería. Y lo cierto es que, a pesar de la satisfacción generada por el descubrimiento de otras, no encontré el momento o la motivación suficiente que me empujara a dar el paso.

Con la plena incursión en el mundo de la docencia en el año 2005, tuve la oportunidad de participar en otra de las grandes experiencias de aprendizaje de mi vida profesional: el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Desde el curso 2002-2003 la EUI Vall d'Hebron había integrado todo el currículum de enfermería por competencias y había adoptado el ABP como metodología fundamental de enseñanza-aprendizaje. Este cambio, que supuso entre otras cosas el abandono de las clases magistrales como estrategia central, marcaba un punto de inflexión para

todo el profesorado y cómo no, también para mí. La formación previa que implicaba, su puesta en escena y el aprendizaje continuo que pude realizar entonces y que continúo realizando actualmente, me hacen ratificarlo hoy día como una de las experiencias que posiblemente más hayan marcado mi vida como docente.

Pasados unos años, y ahora sí con la oportunidad que se nos brindaba de poder realizar el doctorado en el ámbito disciplinar propio, dar el paso hacia el Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería y el Doctorado fue más fácil. La apuesta por la realización de esta tesis en y desde la disciplina enfermera va de la mano del compromiso que asumo como profesional y también, cómo no, de la satisfacción personal que entendí, acertadamente, me generaría su realización.

1.3. EL PORQUÉ DEL TEMA DE ESTUDIO

Explicar qué es una enfermera y en qué consiste lo que realiza es una difícil y compleja tarea en la que diferentes personas que lo intentaran encontrarían serias dificultades para ponerse de acuerdo. No resulta extraño que el conocimiento y la concepción que se tenga de una profesión difiera en cierta medida entre las personas que la ejercen y el resto de personas ajenas a la misma. Parece lógico, incluso, que así sea. Lo que resulta curioso y llamativo es la existencia de un hiato, a veces extremadamente grande, que separa ambas percepciones a pesar de tratarse, la enfermería, de una profesión sobre la que ya desde niños todo el mundo parece conocer. Y es en este punto donde en muchas ocasiones nos encontramos.

En un extremo nos hallamos las profesionales, con nuestra idea de lo que somos y lo que deberíamos ser, y en el otro, ciertamente alejado, el resto de la sociedad con otra idea diferente, a veces distorsionada y estereotipada, mantenida a lo largo de muchas décadas. Pero además, esto no sólo ocurre entre miembros de la profesión y aquellos ajenos a la misma. También de manera interna son diferentes las concepciones que conviven en la misma profesión y que evidencian maneras distintas de entender y ejercer la enfermería.

En un espacio intermedio se encuentran los estudiantes. Personas que, como actores sociales que son, acceden al itinerario formativo con una determinada concepción de lo que es la enfermería. Será durante el desarrollo de este proceso

que se intentará socializar profesionalmente y que adquieran una cultura de grupo. Es en este punto donde puede surgir un problema si dicha cultura grupal lo que transmite es una identidad profesional débil y diversa que el estudiante internaliza y puede reproducir.

Creo que esta es la clave que justifica la elección del tema de estudio. La preocupación profesional emergida tanto de la experiencia asistencial, docente e investigadora y, cómo no, personal, por un problema identitario que no sabemos cómo se transmite a los estudiantes y si estos lo asumen y participan de él o, por el contrario, son ellos los abanderados de un futuro cambio que afectaría a un elemento medular de cualquier profesión como es el de la identidad.

Por último, cabe recordar la necesidad que tiene la Enfermería de generar conocimiento propio, así como de su plasmación escrita y difusión. En este sentido, se entiende que cualquier avance que se realice en el conocimiento enfermero ha de ayudar al desarrollo profesional, y al compromiso ético que todas y cada una de las profesionales debemos asumir y al que pretendo contribuir. Ello ha de revertir socialmente en forma de profesionales que se reconozcan y se les reconozca de manera clara como tales y cuya función sea una necesidad demandada por las personas y por la sociedad a la cual pertenecen.

1. Introducción

2. REFERENTES TEÓRICOS

A partir de cómo está constituida la identidad de un colectivo se pueden entender determinadas acciones o comportamientos del mismo (Aguilar, 2003). Es diversa la bibliografía que, desde la profesión enfermera, aborda de forma directa el tema de la identidad profesional a través de análisis teóricos y de reflexiones sobre el concepto o a través de aspectos relacionados tales como la imagen o percepción de la profesión (ya sea la de los propios profesionales, la de la sociedad a la cual se ofrece servicios o la de los futuros profesionales en período de formación), la autoestima profesional, la búsqueda de la definición de sus funciones o los valores, entre otros. Y lo hacen desde una perspectiva de inquietud, ya sea resaltando la importancia de una construcción identitaria fuerte y consolidada o explicitando la realidad de una identidad enfermera débil (Ramió, 2005).

Hay quien señala que una de las manifestaciones de esta identidad difusa y diversa que vive la enfermería a nivel profesional y disciplinar podría ser la preocupación por tratar de mostrar la aportación propia y específica de la enfermería, aspectos que la distinguirían como disciplina independiente (Medina, 1999; Medina, 2005).

A pesar de que a nivel teórico parece que se ha llegado a un consenso que establece que el cuidado es la función principal que define a la profesión enfermera, lo que en palabras de Alberdi sería el “discurso enfermero”², continúa existiendo dificultad para actuar como cuidadoras. Es decir, se manifiesta la contradicción entre el discurso y la actuación real en los cuidados, entre la teoría y la práctica (Alberdi, 1992).

2.1. EL CUIDADO COMO FUNCIÓN PRINCIPAL. LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Esta preocupación acerca del papel que juega o debería jugar la enfermería no es nueva ni atañe específicamente a nuestro contexto más cercano. En una conferencia pronunciada por Virginia Henderson en 1977 (Henderson, 1979), la autora atribuía el interés por el concepto de enfermería a la discrepancia entre la imagen que tienen

² “Plasmación a través del lenguaje, de todas aquellas características que dan a nuestra profesión una entidad específica y única, diferenciándola de cualquier otra.” (Alberdi, 1988)

las propias enfermeras de lo que son y lo que han de hacer y la imagen que se ha formado el público. Afirmaba que más que un concepto universal de enfermería lo que existía eran diferentes significados en la mente tanto de las personas en general como de las propias enfermeras. La función de la enfermera, proseguía, es distinta de un país a otro. Incluso dentro de los propios países existen diferencias, y la sociedad todavía continúa vinculando la figura de la enfermera a la de asistente del médico, situación que se mantiene favorecida por determinadas barreras legales. En cualquier caso, defiende la independencia de la enfermería al diferenciar su trabajo del que realizan otros profesionales de la salud.

Pero para poder hablar conceptualmente de una profesión como tal se requiere que reúna toda una serie de características. Entre ellas, el contar con una titulación específica, estar regulada legalmente, poseer un cuerpo de conocimientos propio, cumplir una función social, aportar resultados mejores que los que otros puedan ofrecer, poseer unos objetivos y valores comunes y autonomía en el campo de actuación (Vila et al., 1997). Otras características de toda profesión son la necesidad de un dominio cualificado de ciertas habilidades prácticas así como de un reconocimiento social tanto de las personas a las que se les presta el servicio como de los colegas de profesión (Shulman, 1998). Una profesión es lo que sus miembros opinan de ella, lo que hacen con ella y lo que los usuarios opinan de esa labor.

El intento por el reconocimiento de la enfermería como profesión y como disciplina³ académica, implicando el tener un cuerpo de conocimientos específico y un campo de actuación propio, ha ido unido íntimamente a la evolución histórica. En el tránsito de actividad vocacional a profesión no puede obviarse el trabajo realizado, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, por líderes de la enfermería que empezaron a desarrollar conocimientos esenciales para la práctica enfermera (Marriner & Alligood, 2007). De hecho, se afirma que la enfermería como profesión viene ejerciéndose desde hace más de un siglo y es a Florence Nightingale a quien, a nivel internacional, se le atribuye el inicio de la profesionalización de la enfermería.

³ Profesión: Hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan. Disciplina: Es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento (Marriner & Alligood, 2007).

En 1859, Nightingale, la matriarca de la enfermería moderna, en su obra más conocida, *Notes on Nursing*, expresó que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona. También afirmaba que la ciencia de la enfermería era distinta de la ciencia médica. Para ella, la función de la enfermera era situar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuase sobre él (Nightingale, Dolan, & Dunbar, 1990). En 1860 fundó una escuela de enfermería.

Virginia Henderson, un siglo después, constataba que las definiciones de enfermería eran vagas y que en ocasiones solían ir acompañadas de afirmaciones como que la función de la enfermera varía constantemente. Según Henderson, la enfermera, como miembro del equipo, ha de desempeñar una función exclusiva que le corresponde a ella por estar mejor preparada para la misma que el resto de sus compañeros. Esta función propia la describiría de la siguiente manera:

“La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible” (Henderson & Consejo Internacional de Enfermeras, 1971).

Esta definición intenta delimitar el campo de actuación propio de la enfermera, aquel que ella inicia y controla y para el que está especializada, pero sin excluir el rol de colaboración con otros profesionales de la salud. Uno de los supuestos principales de esta concepción, aunque no los citó directamente, es que la enfermera puede actuar independientemente del médico y debe hacerlo así si es el profesional sanitario mejor preparado ante una determinada situación. Esta definición de Henderson sobre la función propia de la enfermera ha actuado como uno de los primeros impulsos en la aparición de la enfermería como disciplina científica profesional (Marriner & Alligood, 2007).

De forma global, a finales del siglo XX y en un intento de definición por parte de diversas autoras, se señala como característica de la enfermería el ser una

2. Referentes Teóricos

profesión relacional cuya función principal es la de cuidar. Gran parte del trabajo realizado por estas teóricas está centrado en articular cuatro conceptos considerados fundamentales para la profesión: persona, entorno, salud y enfermería. La definición que se hará de ellos dependerá de la orientación científica y filosófica de la autora, así como de su visión y concepción de la enfermería (Kozier, 2005). Estas maneras de concebir el servicio específico que las enfermeras prestan a la sociedad se pueden agrupar en seis escuelas donde cada una de ellas pondrá el énfasis en diversos elementos (Kérouac, 1996): escuela de las necesidades (Henderson, Orem...), de la interacción (Peplau, Orlando...), de los efectos deseados (Roy, Neuman...), de la promoción de la salud (Allen), del ser humano unitario (Rogers, Parse) y del caring (Watson, Leininger). Por las similitudes entre estas concepciones, el centro de interés de la disciplina enfermera será el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo o comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Para Kerouac (1996), más allá de este acto de cuidar, la práctica enfermera se ocupa del *design de* cuidado, que permite generarlo recurriendo a la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico e intuición y que reuniría la ciencia y el arte enfermero.

Y es que el cuidar es también considerado un arte por su integración de tres elementos fundamentales que han de desarrollarse de manera complementaria: la técnica, la intuición y la sensibilidad (Torralba, 1998). De la misma manera que el conocimiento de la técnica de los cuidados resulta imprescindible (al igual que lo es para cualquier creación artística), también lo es el tener una visión clara de aquello que está pasando y que no aparece de forma tan evidente o explícita, así como una sensibilidad para ser especialmente receptivos hacia la persona, sus necesidades y circunstancias. Sólo es posible cuidar cuando se reconoce la vulnerabilidad de la persona, la fragilidad ontológica del ser humano. Esta vulnerabilidad, especialmente cuando se transita por situaciones de enfermedad o sufrimiento, es la base del cuidado (Torralba, 1998; Torralba, 2002).

Los modelos conceptuales de enfermería han intentado aclarar cuál es la naturaleza de los cuidados enfermeros al identificar el objetivo perseguido por la enfermera así como su papel específico. Es indudable la aportación a los marcos teóricos de la enfermería de autoras como las citadas anteriormente y cómo han contribuido a la

evolución de lo que hoy entendemos por enfermería y su función específica en la sociedad, que no es otra que el cuidado de las personas.

Pero junto a estos referentes teóricos, también aparecen autoras que consideran que estos conceptos siguen sin estar definidos claramente, siendo constante la preocupación por una nueva definición de la enfermería y por el reconocimiento de un rol propio (Collière, 1993). Se alega la existencia de relaciones de subordinación frente a la profesión médica, falta de autonomía para tomar decisiones relacionadas con el cuidado, indefinición de funciones o falta de definición como disciplina con funciones independientes (Torres & Sanhueza, 2006).

Helen Cohen plantea la cuestión de la profesionalidad y entiende que, tras más de un siglo de servicio, la enfermería todavía no ha logrado tener un cuerpo de conocimientos bien definidos ni un territorio propio, por lo que no se considera todavía una profesión “hecha y derecha”. Se trataría de una actividad semiprofesional en cuanto a que existe una voluntad de ofrecer un servicio, pero no se cuenta con una base teórica firme que especifique sus funciones y tareas. Además, añade, todavía se mantiene un status de sumisión a la medicina, por lo que tampoco es una profesión autónoma (Cohen, 1988). En la misma línea, Collière también habla de semiprofesión, al no poder explicar cuál es la especificidad que ofrece la enfermera al público, y de sumisión al status médico. Se sustituyen los cuidados por actividades de tratamiento y en ocasiones se ejercen actividades médicas por cuestiones de valorización o sumisión. Afirma que un oficio que se deja absorber por otro no puede llegar a ser reconocido (Collière, 1991).

Por su parte, en nuestro contexto más cercano y reciente, se habla del crecimiento y desarrollo profesional de la enfermería y se afirma tajantemente que ésta es, “sin paliativos”, una profesión (Teixidor, 2004). Eso sí, este proceso se ha de consolidar en el futuro. En otras ocasiones, sin tanta rotundidad, ello se da por hecho al hablar de la enfermería profesional o se habla de la consecución de una plena profesionalización como objetivo a conseguir a pesar de las dificultades (Alberdi & Cuxart, 2005; Alberdi, 1988; de la Cuesta, 2007).

Si atendemos a definiciones que recientemente se han realizado sobre lo que es una enfermera, observamos como el eje central sigue siendo el cuidado de las personas y la capacidad de ofrecer unos cuidados de forma autónoma. El diccionario de

2. Referentes Teóricos

enfermería (Colomer & TERMCAT, 2008) describe a este profesional como la “persona que ha recibido una formación reglada con la finalidad de adquirir las competencias de práctica profesional, ética y jurídica, de prestación y gestión de los cuidados y de desarrollo profesional y que tiene la capacidad legítima para proporcionar cuidados enfermeros a una persona, una familia o una comunidad”. Por su parte, el Consejo de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería (Consell de Col·legis Oficials de Diplomats en Infermeria de Catalunya, 2002), define a la enfermería como una profesión de servicios, centrada en la atención a la persona, familia y comunidad, que acepta la responsabilidad y ostenta la autoridad necesaria en la prestación directa de cuidados, que ejerce de forma autónoma en el seno de un equipo de salud, que tiene un compromiso sólido con la sociedad para dar una respuesta ajustada a sus necesidades y cuyo objetivo profesional, en definitiva, es el cuidar de las personas.

Con estas definiciones queda claro que enfermería, dentro del equipo de salud, colabora con otros profesionales para dar respuestas a las necesidades de las personas, que son el centro de atención, y es en el marco de esta colaboración que cada profesional, entre ellos enfermería, realiza aportaciones propias e indispensables. Se distingue, por tanto, entre un rol de colaboración y un rol autónomo.

Al hablar de rol propio o rol autónomo se hace referencia a aquella función donde la elección de los cuidados depende de la decisión de la enfermera. Para Kozier (2005) una profesión será autónoma, cuando se posea, entre otras cosas, autoridad legal para poder definir los objetivos de su práctica y describir sus funciones. En el caso de enfermería, supone independencia en el trabajo y responsabilidad de las propias acciones.

En palabras de otras autoras, y de forma más concreta, el rol autónomo integra

“... el conjunto de competencias y actuaciones – es decir, conocimientos, destrezas, actitudes y valores- asociados al servicio específico que ofrecen los profesionales de la enfermería en su práctica profesional de los cuidados. Este rol se basa en la toma de decisiones que dependen exclusivamente de la iniciativa de la enfermera y se guía por los valores humanistas y éticos del hecho de cuidar.... Incluye las intervenciones autónomas en los cuidados de

enfermería, desarrollo, apoyo, enseñanza o “counselling”, acompañamiento, suplencia y vigilancia del estado de salud, intervenciones que contribuyen a la satisfacción de las necesidades, a la actualización de la persona, a su desarrollo, bienestar, recuperación de la salud, readaptación, y a la calidad y continuidad de la vida” (Teixidor, 2002: 54).

Conocer y definir la contribución única y esencial al cuidado de la salud que ofrece la enfermera es una tarea necesaria que debe realizar la profesión (Domínguez-Alcón, 1986). Explicar este servicio específico centrado en la persona, su naturaleza y que se basa en sus propias decisiones es una tarea difícil a la que, como hemos visto, se han dedicado muchas autoras y eruditas de la enfermería. Sin embargo, situaciones de la vida cotidiana muestran como el realizar tareas vinculadas al rol de colaboración o ligadas a la tecnología representa aún el centro de los cuidados de muchas profesionales, dedicándole gran parte del tiempo y no, por tanto, a lo que es su función principal, el cuidar. Este último aspecto enlaza con algunas experiencias que muestran que existen pocos ejemplos de práctica independiente o de autonomía en el contexto profesional (Rodero & Vives, 1991; Tapp, Stansfield, & Stewart, 2005). Se cuestiona, por tanto, uno de los elementos constituyentes de la profesionalización e íntimamente ligado al reconocimiento social.

2.2. EL CUIDADO: INVISIBILIDAD Y ESCASO RECONOCIMIENTO

En cualquier caso, tal y como señala Alberdi, es común y generalizada la idea de que cuidar es el objetivo de la enfermería y el hecho diferenciador frente a otras profesiones. Sin embargo, este discurso teórico queda un poco distante de la realidad (Alberdi, 1992). No obstante, esta autora afirma que en los últimos años la profesión enfermera ha avanzado considerablemente y que se ha recuperado la orientación cuidadora como objetivo profesional. Cuidar es el bien intrínseco de la profesión, entendido éste como “aquello que cada profesión proporciona de forma única a la sociedad y constituye un servicio indispensable para su mantenimiento”. Sin embargo, prosigue, son diversas las dificultades con las que la enfermera se encuentra para poder desarrollar su aportación específica. Una de las consecuencias derivadas es ver cómo el papel de la enfermera queda relegado a tareas de colaboración con los profesionales médicos (Alberdi & Cuxart, 2005). Entre estas

2. Referentes Teóricos

dificultades, como apuntan otras fuentes (Lleixá, Gisbert, Marqués, & Albacar, 2009) está la sobrecarga de trabajo ligada a tareas procedimentales, diagnósticas o de aparataje debido a la alta tecnificación del sistema sanitario español. La actividad diaria a la que se enfrenta la enfermera hace que se pierda la visión del verdadero sentido y de lo que realmente se quiere hacer (Sánchez, 2002).

Esta afirmación no es nueva. Collière (1991) decía que sólo era considerado aquel trabajo de la enfermera que dependía del médico, siendo el resto invisible o no reconocido. Señalaba, años más tarde, que en la búsqueda de reconocimiento social por parte de las enfermeras, aparece una mayor necesidad de autoafirmación que de demostrar y afirmar aquello que ofrece y que es insustituible en la vida de las personas: los cuidados enfermeros (Collière, 1999), idea suscrita por otras autoras (Maya, 2003).

Aquellas acciones de cuidado que las enfermeras llevan a cabo en su quehacer profesional, generalmente no son reconocidas como tales, resultando intangibles o invisibles para los demás. Algunas de éstas están vinculadas a estrategias comunicativas que se ponen en práctica con los pacientes y familiares que requieren cuidado emocional. También con el bienestar de la persona, el confort, el mantenimiento de la intimidad y el alivio del dolor así como con la elaboración de estrategias creativas para poder atender mejor las necesidades de cuidado que surgen (Huercanos, 2010).

Esta escasa valoración del cuidado, causada entre otros factores por su vinculación histórica a la actividad femenina, que ha hecho que parte de los cuidados enfermeros sean atribuidos a cualidades intrínsecamente femeninas (Fajardo & Germán, 2004), pone a prueba la esencia de la profesión al otorgar una mayor valoración a aspectos tecnológicos o a otros diferentes a los que constituyen la propia disciplina (Domínguez Alcón, 1989). En otras ocasiones, teniendo en cuenta el componente no profesional que posee el cuidado, éste se traspasa a manos de familiares y auxiliares, aspecto nada insignificante si se considera el cuidado como núcleo de la disciplina (de la Cuesta, 2007).

2.3. LA IMAGEN DE LA ENFERMERA

2.3.1. Imagen social

Por otro lado, la imagen social que se tiene de la enfermería no parece corresponder a la propia autoimagen, al menos la de un sector importante, o a la que se intenta reafirmar desde planos más teóricos. En algún trabajo de revisión de la literatura existente se concluye que la imagen enfermera está saturada de estereotipos que incluye figuras como santas, brujas o heroínas y relacionándola con la asistencia a los médicos (Nauderer & Lima, Maria Alice Dias da Silva, 2005). Si miramos algunas décadas atrás, se observa que la imagen social concibe a la enfermera como una asistente del médico y, por tanto, dependiente del mismo (Henderson, 1979). Se detecta desconocimiento por parte de la sociedad de lo que es un profesional de enfermería y se ubica en el grupo de profesiones sanitarias no médicas pero que giran en torno a la medicina. Se habla de profesión dominada en el sentido de responder a presiones de otros grupos, en concreto, la profesión médica (Salmador, López, Serrano, Martín, & Salmador, 1988). La imagen percibida por los usuarios y por el colectivo médico era la de realizadora de técnicas y administradora de tratamientos, no teniendo en la práctica un papel independiente. A pesar de esto, la enfermera busca su especificidad y muestra de ello es que cuando habla de su papel como profesional, lo hace en tiempo futuro (Rodero & Vives, 1991). Parece mostrar que una cosa es el sentimiento o la creencia de lo que habría de ser y otra muy diferente lo que en realidad es.

Ya de forma más reciente, se sigue reflejando cómo la imagen construida por el público sigue sin corresponderse con la que los propios profesionales dicen tener, aspecto que genera cierto grado de frustración. A pesar de la evolución vivida por la profesión, algunos trabajos muestran que una parte importante de la sociedad sigue creyendo que el médico supervisa y coordina todas las tareas de la enfermera. Además, aunque las actividades que son consideradas más tradicionales de la profesión son reconocidas, no ocurre lo mismo con la faceta preventiva, docente o educadora, mostrando, nuevamente, desconocimiento de las funciones profesionales (Valiño, Pedre, & Pita, 2005).

Atendiendo a las características que en algunos casos se le reconoce a la enfermera, se observa que adjetivos como aseado, limpio, cuidadoso, responsable y

eficaz continúan ocupando un lugar importante en el imaginario colectivo (Faleiros, & Hortense, 2006). En otros casos, se les sigue atribuyendo cualidades como la vocación o el altruismo, que más parecen corresponder a las demandadas en el siglo XIX, pudiendo reflejar una percepción social de la enfermería más acorde con un oficio que con una profesión en sí misma (Burguete, Ávila, & Velasco, 2005). Resulta llamativo este aspecto, ya que esto no parece ocurrir en otras profesiones donde socialmente lo que se prioriza de un profesional son sus habilidades y capacidades intelectuales (San Rafael-Gutiérrez, Arreciado-Marañón, Bernaus-Poch, & Vers-Prats, 2010).

2.3.2. La imagen de la enfermera en los medios

Parece cierto que los medios de comunicación, al mostrar una versión determinada de la realidad, juegan un papel fundamental en la construcción de estereotipos e imágenes sobre colectivos. Así mismo, contribuyen a la formación de las identidades profesionales. A este respecto, los datos no parecen variar de lo ya dicho.

El papel de la enfermera que se transmite a través de los medios sigue siendo subordinado al del profesional médico, mostrándose una práctica profesional reducida a la ejecución de tareas que complementan la intervención médica y dejando de lado aspectos como la reflexión, el juicio clínico o la aplicación de conocimientos (Rodríguez-Camero, Rodríguez-Camero, & Azañón-Hernández, 2008). Se sigue reflejando una imagen tradicional de la profesión sin que el tránsito de actividad vocacional a disciplina académica pareciera haber calado. Además, cuando el colectivo aparece en la prensa escrita, lo hace como diluido dentro de otro colectivo profesional y no como una realidad con entidad propia (Heierle, 2009).

2.3.3. La autoimagen

Los medios transmiten una imagen con la que el colectivo enfermero, o una parte importante de él, no parece sentirse cómodo. Dicha imagen es concordante con la que, en general, la sociedad tiene. Tal y como dijimos con anterioridad, a partir de cómo está constituida la identidad de un colectivo pueden entenderse determinados comportamientos del mismo (Aguilar, 2003). La manera cómo el propio profesional

de enfermería concibe su profesión y el sentimiento que esto genera en él influye en su manera de actuar y en su relación con el entorno (Zamorano, 2008).

También parece que la percepción que el público tiene sobre la enfermería influye en el comportamiento profesional de ésta. Así, la falta de reconocimiento que muchas enfermeras perciben por su labor, influye en la desmotivación para desarrollar más competencias (Chocarro, Guerrero, Venturini, & Salvadores, 2004). Sin embargo, en algún estudio también se recoge que cuando la percepción pública respecto al cuidar es peor que la autopercepción de la enfermera, se mejora el comportamiento profesional para poder cambiar esta imagen. No obstante, esto tiene un coste elevado: la frustración que produce (Takase, Maude, & Manias, 2006). De la misma manera, una autoimagen positiva por parte de las enfermeras como reflejo de la identidad profesional, es entendida por su parte como un prerrequisito para poder establecer una buena relación terapéutica con el paciente (Öhlén & Segesten, 1998).

A pesar de la incomodidad generada por la imagen que del colectivo transmiten los medios de comunicación y la que se percibe a nivel del público en general, ésta, además de ayudar a conformar la identidad profesional enfermera, es a la vez un reflejo de lo que la sociedad percibe cuando toma contacto directo con la realidad asistencial. De hecho, en ocasiones, son los propios profesionales los que asumen que su actividad, especialmente en el ámbito hospitalario, está centrada básicamente en la aplicación de tratamientos médicos y realización de técnicas, aspecto este último que parece estar muy valorado entre el colectivo por sentirse más reconocido socioprofesionalmente (Cánovas, 2004). En contraposición, son también estos profesionales quienes reconocen que, a pesar del prestigio alcanzado por todo aquello que se relaciona con la tecnología, si la actividad profesional queda exclusivamente centrada en este aspecto, el colectivo podría verse substituido por otro de formación profesional técnica. (Chocarro, Guerrero, Venturini, & Salvadores, 2004). Reconocen, también, que no hay una clara visión de lo que realizan, sino que la enfermera “hace de todo”, estando su actividad absolutamente condicionada por el resto de colectivos profesionales con los que se relaciona. En este sentido, la falta de reconocimiento profesional que aprecian actúa como factor desmotivador para el desarrollo de competencias.

2.4. LOS VALORES

El papel que desempeñan los valores profesionales es fundamental para el ejercicio de la profesión y la cohesión como colectivo. Entendidos como aquellas cualidades que poseen algunas realidades, que se consideran bienes y por lo cual son estimables, los valores tienen polaridad en cuanto son positivos o negativos, y jerarquía en cuanto son superiores o inferiores (Real Academia Española, 2002). Se trata de convicciones acerca de que algo es bueno o malo, mejor o peor que otra cosa, siendo su origen y naturaleza social (Giner et al., 1998). Es decir, las personas no inventan sus propios valores, sino que los encuentran dentro de una relación de ellos que existe en su cultura y donde los grupos de los que se forma parte influyen o, incluso, pueden determinar su elección.

Los valores actúan como principios o marcos preferenciales que orientan a la persona en el mundo y en su relación con los demás (Bolívar⁴, 1995, en Pérez et al., 2002) determinando potencialmente las preferencias, actitudes y conducta humana. De este modo, las actitudes son la expresión de los valores a los que se adhiere el individuo. Por ello, nuestra conducta responde constantemente a una confrontación de valores y a su jerarquía en los procesos de interacción.

En este sentido, y asumiendo que los valores sociales sustentan las actitudes y conductas de las personas en los diferentes contextos, los miembros de una profesión se adhieren a determinados valores que fundamentarán su identidad como grupo (Ramió & Domínguez Alcón, 2003). Hay quien define la identidad profesional del colectivo de enfermería como el conjunto de valores y creencias que guían las acciones de las enfermeras y que se consideran inherentes al desarrollo profesional (Fagermoen, 1997). A este respecto, la dignidad de la persona y el altruismo parecen ser los valores nucleares del colectivo enfermero (Fagermoen, 1997; Ramió, 2005).

Hay quien piensa que si las profesiones responden a determinados valores por los cuales son consideradas, es más probable que estos sean fruto de la formación adquirida durante el período formativo que no de las características con las que ya ingresan los estudiantes (Pérez et al., 2002). Sin embargo, el factor motivacional

⁴ Bolívar, A. (1995) La evaluación de valores y actitudes. Madrid: Grupo Anaya

más relevante para escoger los estudios de enfermería es el deseo de ayudar a los demás, y esto es la base del altruismo (Ramíó, 2005).

Valores o principios como la actitud vocacional, la responsabilidad, la integridad moral, la compasión o la empatía (en relación con el paciente y la familia); el desarrollo intelectual y la competencia técnica (en relación con la profesión y el trabajo en equipo); y la defensa de los valores vitales (en relación con la sociedad y los derechos humanos), son recogidos como propios de la profesión (Falcó, 2005) aunque se asume que demostrarlos en la práctica no es tarea fácil.

En el contexto español, la evolución acaecida en cuanto a valores profesionales enfermeros muestra cómo la sumisión, el corporativismo, el tecnicismo o el paradigma biomédico, es decir los valores tradicionales, aunque se mantienen, han dan paso durante la última década a otros que emergen progresivamente como la justicia, el respeto, el compromiso profesional, el holismo o la autonomía profesional (Ramíó, 2005). Pero se trata de valores que están todavía por consolidar y que conviven con muchos de los tradicionales, aspecto importante si se tiene en cuenta que el nivel con el que se asumen los valores profesionales influye en la construcción de la identidad de una profesión.

2.5. LA FORMACIÓN ENFERMERA. DE ATS A LA UNIVERSIDAD

No cabe duda que el paso realizado en España en 1977 con la inclusión de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) en la Universidad ha constituido un hito en nuestra profesión que conviene no pasar por alto.

Con la formación que se realizaba hasta ese momento en las Escuelas de ATS, configurada alrededor de las patologías y de las actuaciones médicas y realizada por profesorado médico, la figura del ATS asumía un rol de subordinación a estos profesionales y de ejecutor de sus órdenes. En la elaboración del nuevo Plan de Estudios para la titulación universitaria, se tuvieron en cuenta aspectos que pudieran fomentar el cambio hacia la autonomía profesional y hacia una delimitación y definición de lo que tendría que ser el campo disciplinar propio. En este sentido, y aunque se mantuvieron algunas asignaturas, se incluyeron aspectos nuevos como la Educación para la Salud o la Legislación, entre otros, y se enfocó de manera que

2. Referentes Teóricos

capacitara a la enfermera para tener un rol más amplio en los cuidados de salud. Se planteaba este Plan de Estudios con la intención de producir un cambio profesional y del ejercicio de la enfermería (Mompart, 2004).

Si bien es cierto que hay quien opina que tras el plan de estudios de 1977 los realizados con posterioridad han cambiado poco, con una formación que sigue estando centrada mayoritariamente en la enfermedad y en su atención tecnológica, también se reconoce que la enseñanza universitaria ha supuesto una mejora profesional y un cambio esencial en la manera de pensar, hablar y hacer la enfermería (Mompart, 2004). A pesar de esto, se sigue manteniendo esa gran distancia entre la teoría y la práctica, entre el considerar el cuidar como el eje fundamental de la profesión y el poder llevarlo a cabo en la asistencia.

Debido entre otras causas a la organización del sistema sanitario en nuestro contexto, de excelente calidad científica y técnica, donde la tecnología adquiere un interés y una valoración elevada, a la enfermera se le demanda y se le valora su preparación y capacitación técnica. Esto, ligado a la sobrecarga de tareas que están directamente relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento, ha llevado a que muchas profesionales estén sometidas continuamente a una fuerte presión para que atiendan estos aspectos y, por ello, dejen desplazadas en segundo término las otras funciones, entre ellas el cuidado de la persona.

Esta situación de papel secundario del cuidado, ligada a una alta valoración del rol tecnológico que aparece en los profesionales enfermeros dedicados a la asistencia, y que puede estar relacionado con las propias convicciones del profesional o por la presión asistencial, también se percibe en aquellos otros dedicados a la docencia. Este hecho es importante, ya que dicha orientación más tecnológica y menos cuidadora dirige la docencia y se transmite a la hora de impartirla. La existencia de profesionales que no se identifican con el hecho de que el cuidar es el bien intrínseco de la profesión constituye uno de los factores que siguen manteniendo esa distancia entre el discurso teórico y la realidad asistencial (Alberdi & López, 2004).

2.5.1. Formación enfermera y Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)

Uno de los nuevos retos que como reflejo de los cambios sociales acaecidos actualmente está viviendo la Universidad, y en ella la titulación de Enfermería, es la adaptación a la nueva configuración del Espacio Europeo de Educación Superior.

A partir de la declaración de Bolonia de 1999 se fijaba para el año 2010 la consecución del EEES, un espacio europeo común con reconocimiento mutuo de la formación impartida entre aquellas instituciones de Educación Superior con la finalidad, entre otras, de facilitar la movilidad de los estudiantes en cuanto a la formación. Para esto, las Universidades acordaron una estructura de las carreras, con titulaciones de Bachelor, Máster y Doctorado y un sistema de contar en Créditos Europeos, el ECTS (European Credits transference System).

En esta concepción del EEES la formación ha de estar basada y centrada en el estudiante y se opta por un desarrollo curricular a partir de competencias. Es decir, será a partir de la configuración de éstas que se definirá y articulará el perfil formativo que se le quiera dotar a una determinada titulación. Este cambio hacia un currículum basado en las competencias ha de ir ligado a otros muchos como el contexto de enseñanza-aprendizaje, el rol de los docentes y los estudiantes, la evaluación, los recursos, etc. En este sentido, uno de los pilares del EEES es el ECTS, el Sistema de Transferencia de Créditos, donde se homologa la forma de contabilizar el tiempo de estudio que realiza el alumno (Rué, 2007).

2.5.2. Las competencias

Hablar de competencias no es sencillo si tenemos presente la enorme cantidad de definiciones que se han realizado respecto de dicho concepto.

De manera general y si atendemos a cómo lo muestra Juvé (2007), el término puede entenderse desde dos acepciones básicas. Por una parte, en su atribución de manera individual, comprendería las características y cualidades que muestran una ejecución efectiva de cada profesional en el ejercicio de su práctica. Sería la suma de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten a este profesional el tomar aquellas decisiones más apropiadas en cada situación y en cada caso. Por otra parte, la segunda acepción delimita el campo de actuación de un grupo profesional,

2. Referentes Teóricos

por lo que se trata de un marco de referencia común que guía la práctica de todos aquellos profesionales de una determinada disciplina (Juvé et al., 2007).

En 1994, Bunk desarrolló un concepto de competencia profesional de particular interés considerando que:

“posee competencia profesional quien dispone de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarios para ejercer una profesión, puede resolver los problemas profesionales de forma autónoma y flexible, y está capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo” (Bunk, 1994: 9).

Así mismo, diferencia entre cuatro tipos de competencias distintas: la técnica, metodológica, social y la de cooperación.

Por su parte, si atendemos a la definición de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), por competencia se entiende:

“el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes que se adquieren o desarrollan mediante experiencias formativas coordinadas, las cuales tienen el propósito de lograr conocimientos funcionales que den respuesta de modo eficiente a una tarea o problema de la vida cotidiana y profesional que requiera un proceso de enseñanza y aprendizaje” (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), 2012: 20).

Es este mismo organismo quien, en el Libro Blanco del título de grado en enfermería, considera que el perfil profesional de los titulados en Enfermería ha de responder a las siguientes competencias (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), 2004: 66):

1. *Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera.* Proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto en las actividades autónomas como en las interdependientes.

2. *Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.* Consiste entre otros, en emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona

sujeto y objeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. También en mantener la competencia mediante la formación continuada.

3. *Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.* Consiste en realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Se incluyen aquí todas las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, etc.

4. *Conocimiento y competencias cognitivas.* Implica actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, asegurándose que la aplicación de estos últimos son compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de las personas.

5. *Competencias interpersonales y de comunicación* (incluidas las tecnologías para la comunicación). Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También, utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético y garantizando la confidencialidad.

6. *Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo.* Implica capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados a las personas, familias y grupos, optimizando los recursos.

Atendiendo a este perfil de profesional de la enfermería actual y teniendo en cuenta que su propuesta y definición ha de ayudar a guiar la práctica, a establecer responsabilidades y a orientar el servicio que la profesión ofrece a la sociedad, queda claro el cambio producido durante las últimas décadas y, especialmente, la voluntad de que así sea. La definición de competencias ayuda a reflexionar sobre el propio trabajo, detectar los potenciales de los profesionales y a acercar los servicios de enfermería a la población para ofrecer una respuesta adecuada a sus necesidades.

2.5.3. El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)

Uno de los ejemplos de trabajo en la línea de las propuestas para la configuración del EEES fue el realizado por la Escola Universitària d'Infermeria Vall d' Hebron ⁵ (EUI Vall d' Hebron o EUIVH). Desde el curso académico 2002-2003, esta escuela integró todo el currículum de Enfermería por competencias, a través del Aprendizaje Basado en Problemas, y no por materias y asignaturas como hasta entonces (Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron, 2007).

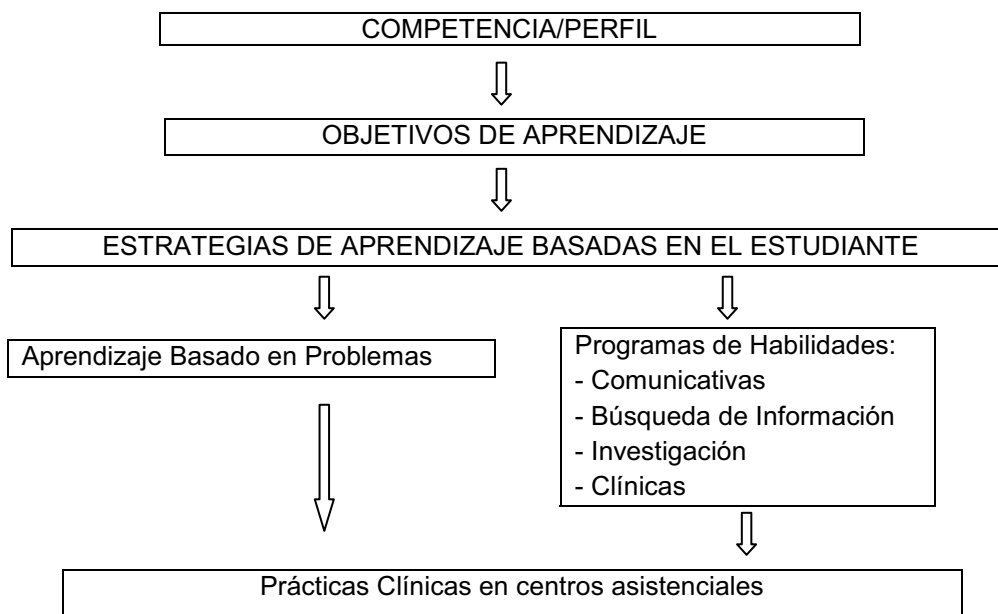
Estas competencias alrededor de las cuales está conformado el currículum de Enfermería de la EUIVH, y que son las que se espera que pueda desarrollar y aplicar el profesional, son una adaptación de las descritas por el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, 1999) que son las siguientes:

1. Colaborar en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.
2. Proporcionar cuidados a la persona, familia y comunidad con necesidades de salud, mediante un modelo enfermero y un proceso de cuidados.
3. Gestionar la prestación de cuidados enfermeros.
4. Mantener actualizados sus conocimientos y las habilidades con capacidad para tratar situaciones nuevas e integrar los resultados de la búsqueda y/o las experiencias documentadas en la toma de decisiones de la enfermera, para cuidar personas o grupos y/o prestar un servicio de salud concreto.
5. Mantener unas relaciones interpersonales a través de una comunicación eficaz, efectiva y positiva, con la persona, familia, grupos y equipos de trabajo.
6. Incorporar a la práctica los principios éticos y legales que guían la profesión.

⁵ La EUI Vall d'Hebron mantuvo este nombre hasta la extinción de la titulación de Diplomatura al finalizar el curso académico 2010-11. En el curso 2009-10, coincidiendo con el inicio de la nueva titulación de Grado en Enfermería, se había iniciado el proceso de integración a la Universitat Autònoma de Barcelona como Departamento de Enfermería.

De estas seis competencias, las dos primeras son específicas de la titulación de Enfermería. Las cuatro restantes forman parte de las llamadas competencias transversales que han de desarrollarse en todas las titulaciones universitarias.

Tomando como punto de partida estas competencias esperadas, y los objetivos de aprendizaje relacionados con cada una de ellas, el modelo docente de la EUIVH tiene como principales estrategias de aprendizaje el ABP, las Prácticas clínicas y los Programas de Habilidades, de carácter instrumental, que sirven de soporte tanto para las tutorías de ABP, como para las prácticas clínicas. Se trata del programa de Habilidades Clínicas, Habilidades Comunicativas, Habilidades de Manejo de la Información y Habilidades de Investigación. A modo de gráfico, este modelo docente es el siguiente:



El ABP, o PBL (problema-based learning), es un método de enseñanza-aprendizaje centrado en el estudiante que tiene su origen en 1969 en la McMaster University. A pesar de las variadas definiciones que sobre él se han realizado y de la gran variabilidad en la práctica sobre lo que se entiende que es, puede decirse que se trata de una metodología cuyo punto de partida es un problema o una situación problemática. Será esta situación la que permita al estudiante desarrollar hipótesis

2. Referentes Teóricos

explicativas e identificar necesidades de aprendizaje para comprender mejor el problema y cumplir los objetivos de aprendizaje establecidos. Aunque en algunas publicaciones se relaciona el ABP con el aprendizaje basado en la solución de problemas, se trata de una extensión del mismo. Estrictamente, el ABP no requiere la resolución de dicho problema o situación ya que al inicio de la formación del estudiante este no tiene conocimientos ni habilidades suficientes para hacerlo (Branda, 2009).

Las principales razones que fundamentan la implementación del ABP como metodología de aprendizaje, según Branda (2004) son de carácter práctico, conceptual y pedagógico. Respecto a la primera, surge de la necesidad de desarrollar estrategias que ayuden a manejar la ingente cantidad de información y conocimiento que hoy día tenemos al alcance y que ha influido en el desarrollo de una sobrecarga curricular.

Desde la vertiente conceptual, el ABP facilita la integración del conocimiento y la interdisciplinariedad. A diferencia de la fragmentación presente en las asignaturas o materias de la enseñanza tradicional, el ABP integra en el análisis de las situaciones la perspectiva biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, aportando una visión de la persona como un ser indivisible.

Las razones pedagógicas apuntan a un aprendizaje centrado en el estudiante donde uno de los elementos esenciales es el aprendizaje autodirigido. El estudiante ha de hacerse responsable de su aprendizaje y ha de desarrollar estrategias para la consecución de los objetivos de aprendizaje. El ABP capacita a los estudiantes para aprender a aprender al desarrollar habilidades de organización, manejo y análisis crítico de la información. Además, con el ABP aumenta la motivación para aprender.

En base a este aprendizaje autodirigido esencial en el ABP, el estudiante ha de conocer muy claramente cuáles son las pautas por las que será evaluado. De este modo, el estudiante tendrá que demostrar (Branda, 2009):

- Responsabilidad: respetar horarios, avisar en caso de no poder asistir a la tutoría, llevar a cabo aquello a lo que se comprometió como la búsqueda de información, etc.

- Habilidades de aprendizaje: formular hipótesis explicativas de la situación, justificar la información aportada en base al análisis crítico realizado, gestionar el tiempo, etc.
- Habilidades de comunicación: Expresarse clara y concisamente, presentar la información de manera ordenada, etc.
- Habilidades interpersonales: Respetar lo que dicen los otros, saber escuchar, saber intervenir en el momento adecuado, etc.

Con esta metodología que pone énfasis en que el estudiante aprenda a aprender, lo que le ha de permitir autoformarse a lo largo de toda su vida profesional, y que promueve la adquisición de estrategias para que sea el propio alumno el que gestione su conocimiento, el docente deja de ser el experto en la temática para ser el guía del proceso de gestión del conocimiento. Una de las funciones más relevantes del tutor es facilitar y fomentar en el estudiante la reflexión para que sea él mismo quien detecte sus necesidades de aprendizaje, así como ayudarlo a pensar críticamente sobre aquellos temas que se están discutiendo.

Una actitud positiva respecto al ABP, es decir, estar convencido del método y estar formado y capacitado para su aplicación, son características que un docente en el ABP ha de poseer para llevarlo a cabo con éxito (Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron, 2007). Además, para que su papel sea efectivo tendrá que demostrar que: posee habilidades en la facilitación del aprendizaje, promueve el pensamiento crítico, promueve el funcionamiento eficiente y eficaz del grupo, promueve el aprendizaje individual, fomenta la evaluación en las tutorías, posee conocimientos de los recursos de aprendizaje disponibles para los estudiantes o que acepta que los estudiantes son los principales responsables de su propio aprendizaje, entre otros aspectos (Branda, 2009). Por tanto, la introducción del ABP no es únicamente un cambio metodológico, sino que significa un cambio paradigmático de la relación educando-educador (Branda, 2004).

2.6. LA IDENTIDAD

2.6.1. La identidad como fenómeno social

Según las definiciones que se pueden encontrar en diferentes diccionarios, hablar de identidad supone pensar en un “conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás” (Real Academia Española, 2002) o en aquel “conjunto de rasgos psicológicos, sociales, ideológicos, etc., que caracterizan a una persona o colectividad y con los que éstas se reconocen a sí mismos” (Moliner, 2007). En otras palabras, en “el conjunto de datos que definen a un individuo de manera que lo singularizan y lo limitan de tal forma que no puede ser confundido por ningún otro” (Molina, 1975).

Para Berger y Luckmann (1988), la identidad es un fenómeno social que surge de la relación entre el individuo y la sociedad y que no se entiende más que *dentro* de un mundo social y de las definiciones que aquella realiza sobre la realidad. Es un elemento fundamental de la realidad subjetiva y, por tanto, está en relación dialéctica con la sociedad. A partir de los procesos sociales que forman la identidad, serán las relaciones sociales las que la preservarán, la modificarán o la transformarán.

“La identitat, doncs, és un fenomen que sorgeix de la dialèctica entre l'individu i la societat. Els tipus d'identitat, d'altra banda, són purs productes socials: és a dir, elements de la realitat social objectiva relativament estables (però amb un grau d'estabilitat determinat, també socialment, és clar)... La identitat no és intel·ligible sinó dins d'un món social. Per consegüent, tota teoria sobre la identitat (i sobre uns tipus concrets d'identitat) ha d'ésser feta des del marc d'aquestes interpretacions teòriques globals.” (Berger & Luckmann, 1988: 240)

Se trata, pues, de un constructo social que existe en cada contexto en virtud de cómo es definido en el seno del mismo. Así, los valores de una sociedad influyen en la percepción que los componentes de la misma tienen de sí mismos.

De este modo, en la construcción de esa identidad necesitamos al otro, la presencia de los demás, que será quien nos devolverá la imagen que nos define. No hay identidad sin el otro. Somos quienes somos gracias al espejo de los demás (González, Fernández, & Fernández, 2007).

Autores como Goffman diferencian entre identidad personal e identidad social. La identidad personal estaría relacionada con la idea de que un individuo puede diferenciarse de todos los demás. El ser reconocido por los otros como persona “única” implica una “marca positiva” o un “soporte de la identidad”. Además, será la sociedad la que establezca los medios para categorizar a las personas y los atributos de cada una de dichas categorías. Así, cuando vemos por primera vez a una persona, será su apariencia la que nos permitirá anticipar cuál es su identidad social, es decir, la categoría en la que se halla y sus atributos. En esta anticipación suponemos determinados aspectos o atributos de la persona que tenemos ante nosotros (identidad social virtual) aspectos que si realmente le pertenecen constituirán su identidad social real (Goffman, 1963).

En cualquier caso, la identidad no se adquiere definitivamente al nacer ni permanece de manera estable: se construye en la infancia y a partir de aquí debe reconstruirse a lo largo de la vida. Además, el individuo no la puede construir solo sino que dependerá de los juicios que realicen los otros, así como de su propia orientación y definición del yo. La identidad es el producto de socializaciones sucesivas (Dubar, 1991).

Así, la identidad se entiende como un proceso en continua construcción o reconstrucción resultante de la interacción con los otros (Berger & Luckmann, 1988; Molina, 1975). Cada experiencia en la vida hace que nos situemos en una posición determinada y adoptemos roles que suponen una representación de nosotros. Con cada experiencia vamos matizando la anterior y sumando representaciones sucesivamente. Este proceso de cúmulo de roles es determinante para la construcción identitaria. Cabe también resaltar en algún caso el papel activo de la persona en la construcción de su propia identidad al elegir la forma en que quiere ser visto por los demás (González et al., 2007). Sin embargo, no basta solamente con la descripción que la persona realice de sí misma, sino que se requiere tomar conciencia de esta representación para, desde su auto percepción subjetiva siempre confrontada con la mirada de los otros y la realidad cambiante, asumir su propio ser (Aguilar, 2003).

2.6.2. La identidad profesional enfermera: experiencia y sentimiento

La identidad que se construye en relación a un grupo profesional de referencia y a un espacio de trabajo, donde se asume un modo determinado de situarse ante la construcción del conocimiento, constituye la identidad profesional. Está integrada por (Caballero, 2009):

- a) una identidad compartida. Es decir, unos rasgos, funciones y atributos que son propios y específicos de esa profesión, que la diferencian de otras y que comparten todos los individuos que la ejercen
- b) una manera personal de entender y de ejercitar la profesión
- c) una determinada cultura profesional resultante de las relaciones producidas en el desempeño de la profesión.

En la construcción de la identidad profesional se interrelacionan factores tanto *personales* como *sociales*. Entre los primeros, aparece la vocación, el cómo se concibe la profesión, el saber (tanto teórico como práctico), la integración en la cultura profesional, el auto concepto o la autoestima. Entre los segundos, el prestigio de la profesión, la categoría profesional, el reconocimiento profesional o la interacción profesional (Caballero, 2009).

Hablar de la identidad profesional enfermera supone, además de lo expuesto, pensar en la percepción individual de cada profesional de la enfermería en el contexto de su práctica, entendida no como el trabajar de enfermera sino como “la experiencia y el sentimiento de ser enfermera” (Fagermoen, 1997; Öhlén & Segesten, 1998), el sentimiento de ser una persona que puede ejercer la enfermería con habilidad y responsabilidad. La identidad como profesional es vista como una parte integral de la identidad personal de las propias enfermeras. Esta experiencia y sentimiento de ser enfermera constituye la parte subjetiva a la que se añade la imagen que la gente tiene sobre la enfermera. Conceptos como autoestima, autoimagen, rol de la enfermera o profesionalismo están conectados con la identidad profesional enfermera y su relación es central para proporcionar estabilidad y poder. Cuando enfermería desarrolla una identidad profesional firme, esta permanecerá intacta incluso aunque aparezcan problemas de rol (Öhlén & Segesten, 1998). Los valores profesionales fundamentan la identidad, este sentido de pertenencia a un grupo de

referencia, donde cada enfermera se sienta enfermera (Ramió & Domínguez Alcón, 2003; Ramió, 2005).

2.7. SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL E IDENTIDAD

Aspectos tratados hasta el momento como el trabajo por el reconocimiento de unos conocimientos específicos y un campo de actuación propios, la autonomía profesional, la autoimagen, la imagen social percibida o los valores, entre otros, están interrelacionados en la construcción de la identidad profesional enfermera. Este proceso identitario como miembros de un colectivo se desarrollará a lo largo de la vida a través del contacto e interacción con otros profesionales de la enfermería y a través de lo adquirido durante el proceso de socialización.

La *socialización* consiste, fundamentalmente, en un aprendizaje donde la persona aprende a adaptarse a un grupo y a hacer suyas sus normas, imágenes y valores. Durante este proceso, la persona aprende conductas además de ideas y creencias del grupo, que al final se plasmarán también en conductas (Giner, 2001). Se entiende por *socialización profesional* aquel proceso en el cual las personas adquieren durante su formación no sólo conocimientos y habilidades de la profesión, sino también normas, valores, comportamientos, actitudes y cultura de dicha profesión (Shinyashiki, Mendes, Trevizan, & Day, 2006; Öhlén & Segesten, 1998). Tres son los *mecanismos específicos de la socialización profesional* que autores como Hughes (1955, en Dubar, 1991) señalan.

El *primero* de ellos consiste en una inmersión en la cultura profesional. Cultura que puede ser contraria a la que porta el individuo y de cuya interacción puede generarse una crisis por la identificación progresiva con el rol. De esta crisis sólo se saldrá si se reconocen los estereotipos profesionales que conciernen a los elementos de base de la identidad profesional como pueden ser la naturaleza de las tareas, la concepción del rol o la imagen del yo.

El *segundo mecanismo* hace referencia a la “instalación en la dualidad” entre el modelo ideal y el modelo práctico, entre aquello que caracteriza su imagen de marca y lo que concierne al duro trabajo cotidiano. La identificación de un *grupo de referencia* en el seno de la profesión permite una mejor gestión de esta dualidad. En

2. Referentes Teóricos

el caso de las personas en formación, se produce una identificación anticipada con el grupo de referencia al que quieren pertenecer, lo que implica la adhesión a las normas, valores y modelos de comportamiento de los miembros de dicho grupo. De esta manera los individuos forjan una identidad profesional a partir del grupo de referencia y no de su grupo de pertenencia.

El *tercer mecanismo* constituye la solución de la fase de conversión última. Se produce un ajuste entre la concepción del yo y las oportunidades profesionales que se podrán escoger de manera razonable en el futuro. Se trataría, en definitiva, de la puesta en marcha de estrategias en términos de asunción de riesgos, de proyección del Yo en el futuro y de predicciones sobre la evolución del sistema.

Concretando en enfermería, la socialización tiene como propósito el desarrollo de la identidad profesional de la futura enfermera (Fagermoen, 1997) y tiene lugar esencialmente cuando el estudiante está cursando la formación básica, continuando posteriormente con el ejercicio profesional o con la formación avanzada que se realizará a lo largo de esta trayectoria (Serra, 2008; Shinyashiki et al., 2006; Öhlén & Segesten, 1998). También hay quien atribuye a la socialización durante el período de formación universitaria el resultado de la identidad como profesional. Es decir, se espera en este caso que el recién titulado sea competente en el momento de su titulación (Öhlén & Segesten, 1998). En cualquier caso, parece que es durante este proceso de socialización profesional cuando las personas adquieren la cultura del grupo al cual pretenden pertenecer y el sentido de identidad profesional.

Para Cohen (1988), son cuatro los objetivos que posee la socialización profesional. El primero de ellos es el aprendizaje de la tecnología profesional: los estudiantes han de aprender hechos, habilidades y teoría. El segundo se basa en internalizar la cultura de la profesión. Esto implica valores, normas o aspectos éticos que son comunes en los miembros de la profesión. Es decir, los estudiantes han de utilizar la tecnología profesional para resolver los problemas nuevos a los que se enfrentan y no sólo tener un conocimiento memorístico de la teoría. Además, esta cultura profesional ejercerá un control sobre los individuos que la practican, ya que les recordará los ideales compartidos por el grupo. De este modo, la cultura profesional beneficia tanto a la persona como a la profesión y constituye la base de la socialización profesional. El tercer objetivo trata de encontrar una versión del rol que sea aceptable personal y profesionalmente y, por último, el cuarto, integrar dicho rol

profesional en el resto de roles de la vida, es decir, la búsqueda de una única identidad psicológica.

Esta autora, para comprender el proceso de socialización, propone un modelo evolutivo que relaciona con las etapas cognoscitivas del aprendizaje de Piaget, las etapas del desarrollo humano de Erikson y la teoría de la influencia social de Kelman. El modelo propuesto consta de cuatro etapas por las que toda estudiante ha de pasar para llegar a “sentirse cómoda” en el rol profesional.

- La **primera etapa del proceso**, denominada dependencia unilateral, es la que transcurre aproximadamente durante el primer año de formación y está basada, fundamentalmente, en el aprendizaje básico teórico. Los estudiantes, al no poseer experiencia ni conocimientos suficientes, dependen de los formadores y no cuestionan los conocimientos ni formulan críticas.
- A la **segunda etapa**, la del negativismo/independencia, se llega normalmente de manera sencilla. Dado que ya se ha avanzado en el aprendizaje, se ha empezado a experimentar las habilidades prácticas y se ha tenido contacto con profesionales en ejercicio, el estudiante es capaz de comparar y observar cómo se relaciona la teoría y la práctica. Al adquirir mayor confianza, se sienten más seguros y empiezan a ser capaces de cuestionar aquello que aprenden, de comparar la información, las normas y valores, pudiendo rechazar ciertos modos de actuación. Se adquiere el sentido de lo que se puede modificar y lo que no. El rol del estudiante pasa de pasivo a activo y este proceso de negociación es fundamental para la socialización.

Esta etapa es considerada decisiva para dos aspectos básicos de la profesionalidad: la capacidad de pensar críticamente y la adhesión a la profesión. Aquellos estudiantes que no pasen por ella, a pesar de que asimilarán la información que se les quiera transmitir, no integrarán su identidad previa en el rol profesional, por lo que es improbable que alcancen una auténtica profesionalidad.

Esta etapa determina la relación entre la identidad de la persona y el rol profesional que, si es óptima, asegura lo que Goffman (en Cohen, 1988) llama “adhesión al rol”, necesaria para que el estudiante se profesionalice.

- En **la tercera etapa**, de dependencia/asociación, los estudiantes perciben que además de su búsqueda para que el rol profesional les sea aceptable, su versión del rol ha de ser también aceptada por otros profesionales y por la sociedad. Es decir, han de encontrar un modelo de rol donde encajen las necesidades personales con las exigencias profesionales.
- Por último, en **la cuarta etapa**, la de interdependencia, el individuo se encuentra cómodo en su rol profesional, llegando éste a ser parte de la identidad personal. Alcanzar esta última etapa de forma satisfactoria dependerá del paso y la superación de las etapas anteriores.

Queda claro que, durante el periodo educacional al que se enfrenta la persona que desea convertirse en un profesional de la enfermería, el estudiante irá construyendo su identidad como profesional que será en el futuro. Por otra parte, desde el ámbito institucional docente el objetivo es formar enfermeras competentes, es decir, capacitadas para desarrollar las diferentes dimensiones de su rol profesional. El sentido de competencia en este caso, no es tanto el campo del saber “qué” sino del saber “cómo”, es decir, de una capacidad general basada en los conocimientos, la experiencia, los valores y las disposiciones que el estudiante desarrollará durante su formación (Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron, 2007). Sin embargo, además de esta planificación del currículum formal desde las instituciones, también llamado explícito o manifiesto, existen ciertos elementos que están presentes en el ambiente educativo, que no están escritos, y que darán como resultado el llamado currículum oculto, implícito o latente.

El llamado **currículum oculto** puede considerarse como todas aquellas actitudes, comportamientos, valores, ideologías subyacentes del grupo en cuestión que se producen en el contexto educativo y que el estudiante aprende pero que no consta en los libros ni en las explicaciones del profesor (Guerrero, 1996). Son los efectos del aprendizaje no intencional a partir de los cuales se forman determinadas ideas, creencias o se construyen significados de los que se puede no ser consciente (Cárdenas, 2007).

De este modo, será durante este proceso de socialización donde el estudiante, ya sea de manera planificada o no desde los objetivos docentes, no sólo aprenda e interiorice conocimientos y habilidades sino también determinados valores, normas o

actitudes al sumergirse en una nueva cultura donde se movilizan y ponen en juego todos estos aspectos. Será la propia experiencia como estudiante la que socialice profesionalmente y contribuya en determinada manera a la creación de una identidad profesional enfermera (Serra, 2008). Aquello que se le enseñará al alumno, lo que haga en los centros de prácticas, lo que vea hacer en los mismos y aquello que el estudiante experimentará a lo largo de su formación universitaria acabará conformando su ideal de competencia profesional (Falcó, 2004).

2.7.1. Ideas sobre la enfermería previa a los estudios

Por otra parte, no puede obviarse que el estudiante que decide realizar sus estudios universitarios y desea ser enfermera no llega como una hoja en blanco, libre de conocimientos, imágenes, percepciones o ideas preconcebidas sobre la que será su profesión. En ocasiones, las concepciones con las que llega el estudiante pueden colisionar con los objetivos que se marcan desde la docencia y dificultar el proceso de socialización. Será este mismo proceso el que se encargue de cambiar determinadas creencias, imágenes, actitudes o valores que la persona traía consigo (Shinyashiki et al., 2006).

Algunos estudios realizados en estudiantes en el primer curso de enfermería han pretendido recoger las imágenes, percepciones u opiniones que dichos estudiantes poseían de la profesión antes de comenzar los estudios o al inicio de los mismos. Es lógico pensar que, como miembros que son de la sociedad en la que viven, las ideas que sobre la enfermería tienen no debieran diferir en gran modo a las de la sociedad en general. Y así parece ser. Los estudiantes que inician sus estudios consideran que la profesión es poco conocida, que está poco reconocida socialmente, vinculándolo a la feminización de la misma, y que además está impregnada de estereotipos femeninos. Creen que la imagen social de las enfermeras y de la profesión es desconocida o equivocada al perdurar las ideas tradicionales de profesión subordinada o de ayudante de los profesionales de la medicina. En algunos de estos aspectos responsabilizan a las propias profesionales del mantenimiento o perpetuación de los mismos (Bertrán, Juvinyà, Fuentes, Suñer, & Ballester, 2008; Burguete et al., 2005) y aparece la influencia de los medios de comunicación en el mantenimiento de esta imagen (Ward, Styles, & Bosco, 2003).

Surge, también, la representación del cuidado centrado en la asistencia clínica y técnica, recogiendo la idea de percepciones similares entre estudiantes de enfermería al inicio de sus estudios y los no estudiantes de enfermería (Gómez, Daza, & Zambrano, 2008).

En relación a la subordinación profesional que los propios estudiantes mencionan, en la investigación realizada por Cohen (1988) con estudiantes de enfermería respecto al abandono de los estudios, cita que uno de los problemas observados al respecto es el del mantenimiento del status de sumisión de las enfermeras respecto a la autoridad médica. Además, recoge lo que otros autores como Corwin o Kramer llaman desilusión profesional o choque de la realidad como argumento que explicaría el abandono profesional tras el primer año laboral. Las recién graduadas experimentan este choque al enfrentarse a la realidad asistencial en la que se concede mayor importancia a la realización de tareas mecánicas que a la atención de los pacientes. Para Cohen, la formación de los estudiantes juega un papel fundamental en el origen de estos problemas.

Por un lado, la persona que decide estudiar enfermería ingresa con una determinada idea de lo que cree que es la profesión. Esta imagen parece concordante con la del imaginario colectivo de la sociedad a la que pertenece. Por otro, durante el proceso educativo adquirirá conocimientos, habilidades, valores, normas y, en definitiva, una determinada cultura que será fundamental para su socialización profesional y para la conformación de una identidad como enfermera. A pesar de la importancia y el peso que tienen los condicionantes sociales previos al ingreso en la universidad en la conformación de la identidad como profesional, la inmersión en los estudios universitarios será fundamental, ya que determinados valores, normas o comportamientos se verán influenciados (Shinyashiki et al., 2006).

2.7.2. Los motivos para elegir enfermería como profesión

A modo general, el por qué los estudiantes deciden dar el paso e ingresar en estudios universitarios se explica a través de diferentes motivos. Éstos influirán en cómo y porqué estas personas aprenden y en cómo actúan (Pintrich, y Schunk, 1996, en Byrne & Flood, 2005).

La motivación puede ser *intrínseca* o *extrínseca*. La primera alude al deseo de aprender para comprender, tiene su génesis en lo individual y es congruente con el propósito y el sentido de uno mismo (Donald, 1999; Fazey y Fazey, 2001 en Byrne, 2005). Los estudiantes motivados intrínsecamente participan en el aprendizaje por la curiosidad, por el interés o por el disfrute que les produce. Por otro lado, aquellos estudiantes cuya motivación es extrínseca, se inician en el aprendizaje para la consecución de un objetivo externo como el logro de una recompensa o por evitación del castigo (Dev, 1997; Donald, 1999 en Byrne, 2005). La motivación interna es la más deseable, aunque es una mezcla de ambas orientaciones lo que conduce a la mayoría de estudiantes a ingresar en la universidad.

En el contexto de enfermería, a pesar de la imagen social poco favorecedora, se trata actualmente de una de las carreras universitarias más demandadas en nuestro ámbito, situándose con notas de corte muy altas. Los motivos que se han venido señalando para la selección de esta carrera son de tres tipos: tradicionales (vocación, ayuda a los demás, contactos con la enfermedad o la influencia familiar), prácticos (carrera corta, facilidad de puesto de trabajo) y profesionales (experiencia sanitaria previa, consideración social) (Cruzado, García, & González, 1995; Ortiz & Sánchez, 2001; Pérez & Polaino, 1995; Zabala & Ruano, 1989).

De forma más reciente, algún estudio apunta a diversos factores motivadores para la elección, pero en ningún caso determinantes, no apareciendo la vocación entre ellos (San Rafael-Gutiérrez et al., 2010). Serán las experiencias personales de contacto con el entorno sanitario, la duración de los estudios y las expectativas del mercado laboral los aspectos considerados prioritarios a la hora de elegir la carrera de enfermería. Asimismo, el contacto inicial con el contenido teórico de la disciplina, por tratarse de estudiantes de primer curso que aún no han iniciado sus prácticas clínicas, sirvió para que cambiaran la percepción de profesión sometida a los médicos y de ayudantes de los mismos.

No obstante, como apuntan las conclusiones de este trabajo, no debe obviarse un análisis no tan optimista al respecto. La elevada demanda de enfermería como carrera podría deberse a su utilización como “trampolín” para acceder con posterioridad a otros estudios de mayor preferencia. Este hecho podría revertir en la posibilidad de estar formando profesionales que no tengan una firme voluntad de querer ejercer como enfermeras. Esto, unido a la complejidad de la actividad

cuidadora, el alto nivel de estrés asistencial, la dificultad de conciliación de la vida laboral, personal y familiar, entre otros aspectos, puede situar a la profesión ante un difícil escenario de cara a su continuidad.

2.7.3. Las prácticas clínicas: la realidad de la práctica profesional

Además de los contenidos más teóricos, una de las estrategias fundamentales para la consolidación de conocimientos son las prácticas clínicas. Será en ellas donde el estudiante, a través del contacto real y directo con la profesión enfermera y el ámbito sanitario, tendrá la oportunidad de aplicar e integrar los contenidos trabajados en las diferentes asignaturas y a la vez de desarrollar e incorporar nuevos conocimientos, habilidades, actitudes y valores. Las prácticas clínicas se convierten en una oportunidad extraordinaria para observar la realidad de la práctica profesional y poder contrastarla con la transmitida en otros ámbitos docentes o a través de estrategias de carácter más teórico.

La **relación teoría-práctica** es una cuestión central que aparece en el debate no sólo de la Enfermería sino también de otras disciplinas. En este sentido, en la formación de profesores destacan las aportaciones de Schön (1992) que muestra cómo la formación de profesionales universitarios está basada en la premisa de la racionalidad técnica, derivada de la filosofía positivista. Sin embargo, como defiende el autor, a diferencia de este planteamiento, los problemas reales en el ámbito profesional no siempre aparecen como estructuras bien organizadas.

“La racionalidad técnica defiende la idea de que los profesionales de la práctica solucionan problemas instrumentales mediante la selección de los medios técnicos más idóneos para determinados propósitos. Los profesionales de la práctica que son rigurosos resuelven problemas instrumentales bien estructurados mediante la aplicación de la teoría y la técnica que se derivan del conocimiento sistemático, preferiblemente científico.” (Schön, 1992: 17).

En base a esta racionalidad técnica que describe el autor, el currículum normativo de estos centros de formación está organizado y orientado hacia una jerarquía de conocimientos donde las ciencias básicas pertinentes ocupan el primer lugar, a

continuación las ciencias aplicadas y, por último, un prácticum en donde se presume que los estudiantes aprenderán a aplicar los conocimientos.

En la línea de Schön se encuentra Medina (1999) que, refiriéndose a la Enfermería, alega que la distancia existente entre teoría y práctica se debe a una comprensión errónea de la misma basada en la lógica de la racionalidad técnica importada de las ciencias naturales. En Enfermería, continúa, el currículum básico se ordena según la siguiente jerarquía (Medina, 2005): en primer lugar, las ciencias básicas biológicas, psicosociales y fundamentos de la ciencia de Enfermería; a partir de éstas se presentan las aplicaciones de esas ciencias a la Enfermería; y, por último, las prácticas en centros asistenciales donde se supone que las estudiantes aprenderán a aplicar este conocimiento básico a los problemas de cuidado que presenten las personas que asisten. Se establece de este modo una distinción jerárquica entre el conocimiento teórico y su aplicación práctica. En este sentido, en la formación de enfermeras el pensamiento aparece separado de la acción.

Muestra de esta preocupación respecto a la relación entre teoría y práctica en el ámbito académico y profesional de la Enfermería son los trabajos que recoge Medina (1999) donde se ofrecen las diversas orientaciones existentes. Por un lado, aparecen aquellos que versan sobre la posible naturaleza descriptiva o prescriptiva de la teoría (Mckenna, 1993) o aquellos que plantean una visión jerárquica donde la teoría determina y prescribe la práctica (James, 1992; Lutjens y Horan, 1992; Fawcett, 1991; Cody, 1994; Smith, 1992). Por otro, los que lo hacen sobre la existencia y la necesidad de superación de una dicotomía y/o vacío entre la teoría y la práctica (Ashworth y Longmate, 1993; Conant, 1992). También los que presentan diferentes tipos de relaciones (Jarvis, 1992; Kim 1994) y aquellos que defienden que teoría y práctica son mutuamente constitutivas, aportando así una visión dialéctica de dicha relación (Moccia, 1986, Clarke, 1986; Buchanan, 1994). Es en ésta última donde también se encuentra Medina.

No debe tampoco olvidarse que el estudiante durante su estancia práctica participa de dicha realidad y absorbe, asimila e integra no sólo formas de trabajo y dinámicas generadas, sino también aspectos más sutiles como ideas, actitudes o valores que ayudaran a perfilar su construcción identitaria como futuro profesional. Algunas de las cualidades de las enfermeras que los estudiantes más valoran durante el ejercicio de las práctica clínicas son: la profesionalidad, el ser buena docente,

2. Referentes Teóricos

amable, respetuosa, agradable y tener formación (Peiró, 2008). También creen necesaria la empatía o la competencia profesional para poder establecer una buena relación terapéutica con la persona (Pades, Amorós, & Homar, 2004). De igual forma perciben las diferentes realidades a las que se puede afrontar, entre ellas la de una organización por tareas y rutinas lejos del cuidado holístico que se les enseña desde la teoría (Pearcey, 2007), donde lo que se les asignan a los estudiantes son actividades a realizar y no pacientes a los que cuidar (Vizcaya et al., 2004). A veces, es el propio estudiante el que atribuye un mayor peso a las prácticas clínicas que a la teoría en la adquisición del concepto del rol del profesional de enfermería (Jara, Polanco, & Alveal, 2005).

Para finalizar, como dice Schön:

“Cuando alguien aprende una práctica, se inicia en las tradiciones de una comunidad de prácticos y del mundo de la práctica que estos habitan. Aprende sus convenciones, limitaciones, leguajes y sistemas de valoración, sus repertorios de ejemplos, su conocimiento sistemático y sus patrones de conocimiento en la acción.” (Schön, 1992: 45)

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Por tanto, se ha podido entender que aspectos personales o sociales como la existencia o no de un cuerpo de conocimientos específico y de un campo de actuación propio, de una autonomía profesional, la imagen social de la enfermera, el género, la autoimagen como profesional, la asunción de valores profesionales o la socialización profesional durante el periodo de formación, repercuten directamente en la construcción y consolidación de la identidad profesional enfermera.

Resultaría necesario conocer cómo se empieza a forjar y a desarrollar dicha identidad durante la experiencia formativa, periodo básico en la socialización profesional donde se cambiarán determinadas creencias, imágenes, actitudes o valores que la persona portaba antes de iniciar los estudios. Será durante este proceso cuando el estudiante irá construyendo su manera personal de entender la profesión, integrando los atributos o funciones específicas de enfermería que comparte el colectivo y esa cultura que resulta de las relaciones producidas durante el desempeño profesional.

3. 1. LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

En base a la revisión de la literatura se observa que la identidad profesional enfermera, esa experiencia y sentimiento de ser enfermera y no sólo de trabajar como tal, es débil, difusa y diversa, resaltándose la necesidad de su fortalecimiento y consolidación. Una de las muestras de esta debilidad identitaria es la necesidad constante de mostrar aquello que nos define y nos diferencia como profesión, nuestra aportación específica. A pesar de que a nivel teórico se establece que dicha especificidad pasa por establecer el cuidado como la función propia de la profesión, la realidad manifiesta otra cosa bien distinta, existiendo dificultad para poder actuar como cuidadoras. Por tanto, se evidencia una gran distancia entre la teoría y la práctica, entre el discurso o las pretensiones generadas y la actuación real en el campo de los cuidados.

Por otro lado, el estudiante que quiere llegar a ser profesional de la enfermería ingresa en los estudios con una idea de la profesión que dista poco de la del imaginario colectivo y que no resulta ser muy favorecedora. Será durante su proceso

3. Preguntas de Investigación y Objetivos

educacional universitario, durante su socialización profesional, y gracias a la inmersión en la cultura enfermera, cuando el estudiante adquirirá el sentido de identidad profesional. El propósito de la socialización es el desarrollo de la identidad profesional como enfermeras y es donde el estudiante aprende a adaptarse al grupo al cual quiere pertenecer haciendo suyas sus normas o valores.

Por tanto, si el estudiante llega a la universidad con una idea de lo que es ser enfermera correspondiente a la que existe a nivel social y que no coincide demasiado con la existente o deseada a nivel profesional; y si durante el periodo formativo tiene lugar la socialización profesional, donde se adquiere la cultura del grupo, pero esta cultura de grupo lo que transmite es una identidad profesional débil y diversa, es aquí donde surgen las siguientes preguntas:

- ¿Cómo concibe el estudiante la profesión? ¿Qué significado tiene para él el ser enfermera?
- A lo largo de la formación, ¿se ha modificado la idea con la que inició los estudios respecto a lo que es ser enfermera?
- ¿Cómo se produce el proceso de construcción y desarrollo de la identidad profesional en los estudiantes de enfermería durante su formación universitaria? Esta pregunta se constituye como fundamental para el presente trabajo.
- ¿Es sólida o débil la identidad profesional que desarrollan durante su formación? ¿Qué aspectos de la socialización profesional han influido al respecto?
- ¿Cuál es el peso de la formación teórica y práctica en la conformación de esa identidad? ¿A qué aspectos le atribuye el estudiante mayor valor?
- ¿Los estudiantes “absorben” y hacen suyas las normas, ideas, imágenes o valores existentes de la cultura profesional enfermera sin pretensiones de cambio o, por el contrario, identifican la situación y hacen propuestas futuras que puedan generar un cambio?

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo general

Conocer cómo se produce el proceso de construcción y desarrollo de la identidad profesional enfermera en los estudiantes de enfermería durante su formación universitaria.

3.2.2. Objetivos específicos

1. Conocer qué significa para los estudiantes ser enfermera y cómo conciben la profesión.
2. Explorar los aspectos de la socialización profesional que, durante el periodo de formación teórica y de prácticas clínicas, influyen en la construcción y desarrollo de la identidad profesional enfermera y mediante los cuales los estudiantes adquieren conocimientos, habilidades, normas, valores, comportamientos, actitudes y cultura de la profesión.
3. Conocer el nivel de solidez con el que, respecto a la identidad profesional, finalizan los estudios universitarios los estudiantes.
4. Determinar el valor que los estudiantes atribuyen a la formación teórica y práctica en la conformación de su identidad profesional.
5. Conocer si existe una visión continuista o, por el contrario, una percepción de problemática de la identidad enfermera en los estudiantes y, si es así, si aparecen propuestas que puedan implicar una perspectiva de cambio.
6. Conocer cómo se consolida la identidad profesional enfermera entre los estudiantes.

3. Preguntas de Investigación y Objetivos

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

4.1.1. Aproximación metodológica

Como consecuencia del tema de estudio seleccionado y de los objetivos a alcanzar, la **aproximación metodológica** por la que se ha optado es la **cualitativa**, no tratándose, por tanto, de una opción arbitraria. Existen diversas razones por las que se podría haber escogido la metodología cualitativa para realizar la presente investigación, como son la preferencia o experiencia de la investigadora o la disciplina de la cual proviene. Pero probablemente sea más válido el hacerlo según la naturaleza del problema que se quiere investigar (Strauss & Corbin, 2002), los propósitos del estudio y la pregunta a la que se quiere dar respuesta (Mayan, 2001).

La metodología cualitativa es fundamental para investigar sobre la vida de la gente, sus comportamientos, emociones, sentimientos, funcionamiento a nivel organizacional y, como en este caso concreto, sobre las percepciones acerca de una determinada realidad que experimentan los estudiantes. Se persigue entender esta realidad, cómo se va construyendo su identidad como profesional de la enfermería durante su formación universitaria, pero tal y como ellos la construyen y le dan significado. El marco de referencia serán las experiencias y vivencias de los propios participantes, los estudiantes de enfermería.

Los métodos cualitativos pueden usarse para obtener conocimiento nuevo y también para obtener información detallada de fenómenos complejos tales como los procesos de pensamiento, emociones o sentimientos, difíciles de conseguir mediante otros métodos. Además, el enfoque cualitativo tiene como finalidad la búsqueda de significados de los fenómenos y ampliar la comprensión de la realidad (Amezcuca & Gálvez Toro, 2002). A diferencia del enfoque cuantitativo, el interés no reside en la medición numérica de los datos ni en la descripción de frecuencias o distribución de los hechos observados. Lo que se pretende es observar, describir, comprender la realidad e ir construyendo los significados que las personas atribuyen a su experiencia (de la Cuesta, 1997; Icart, Fuentelsaz, & Pulpón, 2001). Se persigue la obtención de dichas experiencias, significados o emociones tal y como son sentidas

y experimentadas por los propios participantes. Se trata de un proceso no matemático de interpretación que se lleva a cabo para descubrir conceptos y relaciones en los datos para, posteriormente, organizarlos a nivel teórico (Strauss & Corbin, 2002).

Otro de los aspectos por el que parece relevante escoger el enfoque cualitativo frente al cuantitativo es que, mientras que este último se pregunta sobre la distribución de unas determinadas características en una población, mediante un proceso deductivo, la metodología cualitativa está más interesada por capturar significados y describir el proceso y no el producto (Mayan, 2001). Es decir, interesa conocer cómo se ha producido un determinado hecho (Corbetta, 2007). De este modo, en lugar de querer explicar las relaciones causales a través de análisis estadísticos, lo que se pretende es comprender la realidad utilizando un proceso interpretativo más personal (Ruiz Olabuénaga, 2007). En nuestro caso resulta fundamental, además de conocer las posibles causas que influyen en la construcción de la identidad como enfermeras, el conocer cómo se produce este proceso de construcción identitaria y hacerlo desde el punto de vista de los propios participantes, los futuros profesionales.

4.1.2. La perspectiva constructivista

Para fundamentar la aproximación cualitativa seleccionada y antes de justificar la elección para esta investigación de la etnografía como estrategia metodológica, conviene señalar también el marco epistemológico escogido: el **constructivismo**. Una de las diferencias entre los diversos paradigmas que pueden utilizarse en el análisis cualitativo es cómo entienden cada uno de ellos la naturaleza de la realidad. Así, a diferencia de otros marcos epistemológicos, entre ellos el positivismo, el constructivismo entiende que las realidades son creadas y se construyen de manera específica, ya que son internas a las personas y están vinculadas a los contextos e interpretaciones que cada individuo realiza de ellas (de la Cuesta, 1997; Ruiz Olabuénaga, 2007).

Independientemente de los métodos que se utilicen para la recogida y el análisis de datos, de entre los paradigmas que pueden utilizarse en el análisis cualitativo, siguiendo a Guba y Lincoln (citados por Ruiz Olabuénaga, 2007), se encuentran el

Positivismo, el Postpositivismo, la Teoría Crítica y el Constructivismo. A modo general, los dos primeros se identifican con la ciencia positivista y la metodología cuantitativa. Los dos últimos, con la metodología cualitativa, también llamada hermenéutica e interpretativa. Las creencias elementales de estos paradigmas de investigación quedan sintetizadas en el siguiente cuadro:

	Ontología	Epistemología	Metodología
Positivismo	-Realismo ingenuo Realidad "real" pero aprehensible	-Dualista/Objetivista Descubrimientos verdaderos	-Experimental/ Manipulativa Verificación de hipótesis. Métodos cuantitativos fundamentalmente
Postpositivismo	-Realismo crítico Realidad "real" pero sólo imperfecta y probabilísticamente aprehensible	-Dualista modificado/ Objetivista Hallazgos probablemente verdaderos	-Experimental modificada/ Manipulativa Falsificación de hipótesis. Puede incluir métodos cualitativos
Teoría crítica	-Realismo histórico Realidad concebida en base a valores sociales, políticos, culturales y otros, cristalizado en el tiempo	-Transaccional/ Subjetivista Hallazgos mediados por los valores	-Dialógica/ dialéctica
Constructivismo	-Relativismo Realidades locales y específicas construidas	-Transaccional subjetivista Hallazgos creados	-Hermenéutica/ dialéctica

Cuadro 1. Creencias básicas de los paradigmas de investigación según Guba y Lincoln (en Ruiz Olabuénaga, 2007)

El constructivismo, tal y como presentan Guba y Lincoln (en Ruiz Olabuénaga, 2007), acepta que la verdadera realidad (aquella que importa y no la única) es una construcción existente en la mente de las personas, que hay diferentes construcciones y que el hecho de saber qué realidad es la verdadera es algo sociohistóricamente relativo. Así, resta valor a la existencia objetiva de una realidad separada de la interacción humana. Lo que se pretende es analizar y comprender el mundo que construyen y reconstruyen las personas. El objeto de investigación está orientado a la producción de unas “comprensiones reconstruidas”. De este modo, los criterios de validez interna y externa de corte positivista quedarán reemplazados por los de credibilidad y autenticidad, aspecto que se tratará con posterioridad en el apartado referente a los criterios de calidad.

Por tanto, el constructivismo asume que la realidad social es un constructo humano (y por ende cambiante y múltiple), que se orienta a la reconstrucción subjetivista de construcciones previas. La investigación se transforma en un acto de interpretación que consiste esencialmente en dar sentido a lo que se va aprendiendo con ella y a través de ella. De forma sintética, algunos de los supuestos que mantiene el constructivismo son (Ruiz Olabuénaga, 2007):

- La verdad no se corresponde con una realidad objetiva sino que es un consenso entre constructores informados.
- Los hechos tienen sentido dentro de un sistema de valores, por lo que no pueden haber valoraciones “objetivas”.
- La responsabilidad es una cuestión relativa e implica a todas las partes que interactúan.
- Un fenómeno sólo puede ser entendido dentro de su contexto, por lo que los problemas o los descubrimientos generados no pueden ser generalizados a otros contextos.
- Cuando una intervención es introducida en un contexto determinado, se verá afectada por éste a la vez que probablemente también afectará a dicho contexto.

En nuestro caso concreto se asume que los estudiantes de enfermería construyen su conocimiento y su realidad a partir de sus propios esquemas (que a la vez son producto de su realidad) y a través de un diálogo y comparación continua con otros seres humanos. Parece clara la consonancia entre el paradigma constructivista y la metodología cualitativa seleccionada al tratar ésta de comprender la realidad de los participantes desde su propio punto de vista y desde su realidad construida.

4.1.3. Selección de las estrategias metodológicas. La etnografía

Si hasta ahora se ha justificado la conveniencia de seleccionar la metodología cualitativa y la perspectiva constructivista, es ahora el momento de hacerlo respecto a aquellas estrategias metodológicas más adecuadas que permitan acceder a la realidad objeto de estudio desde el punto de vista de sus protagonistas.

A modo de síntesis y para comenzar, señalar que tras profundas e intensas deliberaciones llevadas a cabo respecto a las estrategias que resultaran más pertinentes para abordar el objeto de estudio, finalmente se ha optado por **la etnografía**. Ahora se intentará justificar el porqué.

Geertz, en su conocido libro *La interpretación de las culturas*, sostenía que el hombre está inserto en tramas de significación que él mismo elabora. En este sentido, afirmaba que el análisis de la cultura había de ser una ciencia interpretativa en busca de estos significados. Es decir, que lo importante es la **explicación** de los fenómenos a través de la **interpretación** de los mismos.

“Lo que busco es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en la superficie” (Geertz, 1996).

Para Geertz, esta descripción de los significados que las personas usan para comprender su mundo, la “descripción densa”, es lo que define a la etnografía, presentando como rasgos definitorios el ser interpretativa y el tener el discurso social como objeto a interpretar.

Por su parte, Medina (2005) también entiende la etnografía como un trabajo hermenéutico más que como una metodología de recogida de datos. En esta línea, se asume que la etnografía no puede verse reducida a una descripción de sucesos

sino que hablar de estudio etnográfico implica hacerlo de **interpretación y comprensión**. Si se tiene en cuenta la Hermenéutica como Teoría de la Interpretación, queda patente la imposibilidad de describir sin interpretar: el trabajo que el investigador realiza es el producto tanto de la información que los protagonistas aportan como del conocimiento que él mismo posee. Por otro lado, el fin de cualquier trabajo etnográfico es la comprensión. Cuando algo se comprende significa que lo hemos interpretado. En palabras de Medina:

“Pero ese compromiso interpretativo o hermenéutico va más allá de las cuestiones metodológicas porque tanto el comprender como el interpretar son fenómenos esencialmente existenciales, es decir, expresan la forma misma que los humanos tiene de conocer: conocemos interpretando y comprendiendo.” (pág. 33).

Una vez hechas estas consideraciones básicas e introductorias, es conveniente explicar que para la selección de la etnografía como estrategia metodológica se tuvieron en cuenta previamente la diversidad de estrategias cualitativas existentes. Estas quedan recogidas en el siguiente cuadro propuesto por Garrido (2010):

Estrategia metodológica	Autores de referencia	Características
Investigación Biográfica-Narrativa	Creswell (1988, 2009) Sandín Esteban (2003) Denzin y Lincoln (2005) Denzin (1989) Bertaux (2005) Goodson (2004)	Reconstrucción de los significados que las personas crean a lo largo de sus experiencias de vida. Permite indagar, por ejemplo, sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Ciclos de vida profesional. - Impacto de fenómenos socio históricos en la construcción social.
Fenomenología	Creswell (1988, 2009) Sandín Esteban (2003) Latorre, del Rincón y Arnal (2003) Álvarez-Gayou Jurgenson (2003) Van Manen (2003)	Construcción de los significados de la experiencia vivida por un sujeto en su interacción social. Permite indagar, por ejemplo, sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cómo vivencia un fenómeno una persona o grupo.
Teoría Fundamentada	Glaser y Strauss (1968) Strauss y Corbin (1998) Creswell (1988, 2009) Sandín Esteban (2003) Álvarez-Gayou Jurgenson	Relevamiento de categorías teóricas para interpretar situaciones o procesos a partir de los datos. Permite indagar, por ejemplo, sobre: <ul style="list-style-type: none"> - La elaboración de teoría a partir de

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

	(2003) Morse (2005) Denzin y Lincoln (2005) Medina Moya (2005)	las acciones, interacciones y procesos sociales.
Etnografía	Creswell (1988, 2009) Sandín Esteban (2003) Latorre, del Rincón y Arnal (2003) Morse (2005) Denzin y Lincoln (2005) Álvarez-Gayou Jurgenson (2003) Medina Moya (2005)	Descripción o reconstrucción analítica de escenarios y grupos culturales. Permite indagar, por ejemplo, sobre: <ul style="list-style-type: none"> - La comprensión de cómo funciona un contexto educativo y las prácticas que lo caracterizan.
Estudio de Casos	Creswell (1988, 2009) Cohen y Manion (1990) Sandín Esteban (2003) Latorre, del Rincón y Arnal (2003) Denzin y Lincoln (2005) Stake (2005)	Estudio detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad de un caso de estudio. Permite indagar, por ejemplo, sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Descripciones densas de los rasgos de personas o programas de un determinado contexto.
Investigación-Acción	Cohen y Manion (1990) Latorre, del Rincón y Arnal (2003) Sandín Esteban (2003) Denzin y Lincoln (2005)	Orientada a la práctica educativa, permite la mejora profesional del desempeño a partir de la investigación de la propia práctica. Permite indagar, por ejemplo, sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Procesos de innovación a partir de la reflexión en y sobre la acción docente. - La toma de decisiones.
Etnometodología	Garfinkel (2006) Coulon (2005) Sandín Esteban (2003) Latorre, del Rincón y Arnal (2003) Álvarez-Gayou Jurgenson (2003) Morse (2005) Medina Moya (2005)	Centrado en los métodos que utilizan las personas para dar sentido a las prácticas sociales cotidianas. Permite indagar, por ejemplo, sobre: <ul style="list-style-type: none"> - El significado de las interacciones considerando las acciones que le dan forma.
Interaccionismo Simbólico	Álvarez-Gayou Jurgenson (2003) Latorre, del Rincón y Arnal (2003) Medina Moya (2005) Blumer (1982)	Orientada al estudio de los significados que las personas asignan a los objetos. Entre sus principios están: <ul style="list-style-type: none"> - El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él. - El significado de las cosas surge como consecuencia de la interacción social. - Los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al afrentarse a las cosas con las que se encuentra.

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

Fenomenografía	Sandín Esteban (2003) Álvarez-Gayou Jurgenson (2003) Mareton y Shirley (1997) Marton (1988)	Indagación de las variaciones en las maneras de experimentar un fenómeno. Permite indagar, por ejemplo, sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Diferentes maneras de aprender y enseñar. - Diferentes maneras con las que las personas viven un fenómeno.
Investigación Evaluativa	Sandín Esteban (2003) Latorre, del Rincón y Arnal (2003) Cook y Reichardt (1986)	Orientada a la práctica educativa, permite evaluar el impacto de procesos o programas de innovación. Permite indagar, por ejemplo, sobre: <ul style="list-style-type: none"> - El impacto de los programas de innovación educativa. - La toma de decisiones.
Etnociencia	Morse (2005)	Su foco es el estudio de la cultura y el papel que el ser humano cumple en ella (tributario de la antropología). Se interesa por saber cómo los miembros perciben la cultura. Utiliza procedimientos de análisis como: <ul style="list-style-type: none"> - Descripción interna (émic) o interpretación que las personas hacen de la realidad a partir de la percepción. - Descripción externa (étic) o análisis de las normas sociales de la cultura desde donde surge la percepción.

Cuadro 2. Estrategias de investigación cualitativa (Garrido, 2010)

Todos estos métodos presentados que están contenidos en la investigación cualitativa, a pesar de la diversidad, comparten una serie de **aspectos comunes** en lo que se refiere a la naturaleza de la realidad que estudian (Medina, 2005):

- La naturaleza de los procesos sociales (incluidos los de la propia investigación): es interpretativa, holística, dinámica y simbólica.
- El contexto: que se entiende como constitutivo de los significados sociales.
- El objeto de la investigación: es la acción humana, antes que la conducta humana. Las causas de estas acciones se encuentran en el significado interpretado que tienen para las personas que las realizan.
- El objeto de la construcción teórica: es, antes que la explicación causal, la comprensión teleológica o de las causas finales.

- La objetividad: que se logra accediendo al significado subjetivo que para el protagonista tiene la acción.

En base a lo expuesto hasta el momento, intentaré a continuación aportar más datos que justifican la selección realizada.

Se ha escogido la etnografía como estrategia metodológica cualitativa que describe los grupos humanos (Guasch, 1997) y que permite aprehender los significados compartidos del grupo al que analiza. La etnografía está inmersa en la teoría cultural y esta se basa en la creencia de que la cultura de un determinado grupo, sus creencias y valores, se aprende y se comparte entre los miembros del mismo y que el comportamiento tiene unos patrones (Morse, 2005).

Lo que se pretende con la presente investigación es conocer cómo construyen la identidad enfermera los estudiantes durante su formación, pero siempre desde su punto de vista. Será su propia experiencia como estudiante la que contribuya en determinada manera a la creación de una identidad profesional enfermera y lo hará al sumergirse en esa cultura profesional.

Por tanto, es fundamental acceder a las prácticas y creencias de dicha cultura pero, sobre todo, a tal y cómo las percibe y las vive el protagonista, en este caso el estudiante de enfermería. Como defiende Wilson (en Medina, 2005), las acciones humanas están parcialmente determinadas por el contexto y el ambiente en el que suceden. Por tanto, se hace imprescindible el contacto directo con esa realidad donde se produce el fenómeno a investigar. En este sentido, la etnografía parece fundamental si se tienen en cuenta los dos criterios mínimos que aportan el carácter de etnográfico al trabajo: su objetivo es la descripción de los significados que las personas utilizan para comprender su mundo (Geertz, 1996) y la necesidad de permanencia del investigador en el campo donde acaece el fenómeno de estudio (Taylor & Bogdan, 1992), durante un tiempo más o menos prolongado. Todos estos aspectos justifican el porqué se selecciona la aproximación etnográfica de entre el resto de opciones metodológicas que contiene la perspectiva cualitativa.

En el trabajo que nos ocupa, al seleccionar la etnografía como método, se comparte la creencia de que la escasa intervención del investigador que proclaman algunos autores es sólo una pretensión, dado que dependerá de éste el hecho de seleccionar unos datos u otros y el hecho de ordenarlos, haciéndolo en función de la importancia

que tengan para él (Amezcuca & Gálvez Toro, 2002; Medina, 2005). El investigador es un ser que siempre está situado, ocupa un lugar, una posición, tiene una biografía personal y unas perspectivas que harán que observe desde una mirada particular que condicione aquello que pregunta, el cómo lo pregunta y el qué interpreta (de la Cuesta, 2003). La situación social de la persona que observa condiciona lo que mira y lo que ve. El reconocimiento de esta posición es importante, ya que ayuda a matizar el aspecto de la subjetividad (Guasch, 1997).

Según Taylor y Bogdan (1992), los estudios puramente descriptivos, llamados a veces etnografías, se caracterizan por describir fielmente aquello que la gente dice y hace y por dejar un mínimo de interpretación. Serán los lectores posteriores los que, a partir de los datos, extraigan sus propias conclusiones. Para Morse (2005) cuando el trabajo etnográfico se desarrolla a este nivel descriptivo, su presentación posterior será el de una “descripción densa” donde cada dato presentado estará ilustrado mediante las historias de los informantes. Añaden que, además, han de tenerse en cuenta otras clases de etnografías, las más teóricas o abstractas o las etnografías interpretativas.

Medina (2005), sin embargo, considera una falacia los intentos de presentar trabajos etnográficos como descriptivos. Para este autor, la descripción sin interpretación es imposible ya que depende de la persona que observa, de sus conocimientos, experiencias, expectativas subjetivas, intereses, etc., hechos todos imposibles de dejar fuera y que condicionan el que percibamos los fenómenos de una determinada manera. El objetivo de la etnografía es comprender los significados que las personas otorgan a sus prácticas y no puede verse reducida a la descripción de datos. En este sentido, tal y como ya se señaló anteriormente, la etnografía es considerada no sólo como un instrumento metodológico sino, especialmente, un trabajo hermenéutico donde comprender e interpretar son fenómenos esencialmente existenciales que expresan la forma misma que los humanos tienen de conocer.

Antes de finalizar este apartado conviene señalar, en tanto que investigación cualitativa, la provisionalidad y flexibilidad que han caracterizado en todo momento al diseño. Al tratarse de un diseño abierto y flexible se era consciente de que las decisiones que se tomaron en un principio como parte del proyecto, a pesar de la fundamentación en la que estaban basadas, se podrían ver modificadas a lo largo de

la investigación (Ruiz Olabuénaga, 2007), según las necesidades que se fueran generando en el avance de la misma.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El trabajo de campo se ha llevado a cabo en l'Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron de Barcelona (EUI Vall d'Hebron o EUIVH) centro que mantuvo este nombre hasta la extinción de la titulación de Diplomatura al finalizar el curso académico 2010-11; en el Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH), centro donde se realizan mayoritariamente las prácticas hospitalarias; y en uno de los Centros de Atención Primaria (CAP) del Institut Català de la Salut (ICS) donde los estudiantes de la EUIVH realizan las prácticas asistenciales de carácter comunitario.

El seleccionar exclusivamente la EUIVH dentro del resto de posibilidades entre las que se podría haber escogido, responde al hecho de poseer un aspecto que le confiere peculiaridad y que la distingue de la mayoría de Escuelas Universitarias de nuestro contexto. Y es que, desde el curso académico 2002-03, el currículum de Enfermería dejó de estar organizado por asignaturas y materias para pasar a estar integrado por competencias, utilizando un método de enseñanza-aprendizaje centrado en el estudiante: el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Esta innovación supone un cambio en el paradigma docente que pasa de estar centrado en la enseñanza del profesor al aprendizaje del estudiante. De este modo, el docente pasa a ser un facilitador del aprendizaje, siendo su rol el de guiar en el proceso sin transmitir conocimiento. Por su parte, el estudiante es quien tiene la responsabilidad exclusiva de dicho proceso. No obstante, el cambio más importante que supone es el de que se abandona la impartición de clases magistrales como estrategia central de transmisión y adquisición de conocimientos (Cònsul, 2010).

Se parte del supuesto que una formación basada en la adquisición de competencias mediante el ABP, tal y como plantea Cònsul (2010), experta en esta metodología y una de las promotoras de su implantación y desarrollo en la EUIVH, ha de proporcionar recursos para el desarrollo de unos profesionales más eficientes y eficaces a la hora de resolver problemas de salud de las personas. De este modo, en la investigación realizada por esta autora entre las exalumnas de la primera promoción de diplomados en enfermería de la EUIVH formada mediante esta

metodología, resalta la percepción de que poseen un alto nivel competencial. De entre estas competencias destacan el trabajo en equipo, las habilidades para comunicarse con las personas a las que atienden y la autonomía que poseen para la actualización de aquellos conocimientos necesarios ante nuevas situaciones. La valoración de su nivel competencial les hace situarse en el cuarto nivel en términos de Benner⁶, el de aventajado, y no, como sería de esperar, en el tercero, el de competente. Una de las propuestas que realiza esta autora consiste en hacer un seguimiento de estas mismas profesionales para comprobar si, pasado un tiempo, estas competencias han ayudado en la autoestima y la imagen de la profesión.

Dicho lo anterior y para conocer brevemente la institución, decir que la EUI Vall d'Hebron, situada dentro del complejo hospitalario del mismo nombre, fue fundada en 1966 como Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Posteriormente, con el ingreso de los estudios en la universidad en 1977, se convirtió en centro adscrito académicamente a la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) y dependiente administrativamente del Institut Català de la Salut (ICS). En julio de 2009 se aprobó la constitución del Departamento de Enfermería de la UAB, por lo que se abrió un proceso de integración a la universidad coincidiendo con el inicio de la nueva titulación de Grado en Enfermería en el curso 2009/10 y a la vez de desadscripción del ICS, que finalizaría con la extinción de los estudios de Diplomado en el curso 2010-2011.

De esta manera, en el momento en que se inicia el trabajo de campo (diciembre de 2010) convivían dos situaciones simultáneamente. Por un lado, se estaba desarrollando el tercer y último curso de la Diplomatura de Enfermería en las instalaciones de la EUIVH, con titularidad del ICS y adscripción a la UAB. Por otro, desde el curso académico 2009-2010 se estaban cursando los estudios de Grado en Enfermería, pertenecientes ya en su totalidad a la UAB. Es por esta razón que, a partir de ahora, al referirnos a la EUI Vall d'Hebron se estará haciendo referencia a la situación tanto administrativa (ICS) como docente (adscripción de los estudios a la UAB) que se ha mantenido hasta la finalización y extinción de la titulación de Diplomatura en junio de 2011.

⁶ Los niveles competenciales según Patricia Benner son: Principiante, Principiante avanzado, Competente, Aventajado y Experto (Benner, 1987).

Respecto al Hospital Universitario Vall d'Hebron, uno de los de mayor dimensión del Estado español (1400 camas), está integrado por cuatro grandes centros -el Área General, el Área Materno-infantil, el Área de Traumatología y Rehabilitación y la Unidad de Cirugía sin Ingreso (Parque Sanitario Pere Virgili). Es en los servicios de estos centros donde la mayoría de estudiantes realizan sus prácticas hospitalarias.

4.3. SUJETOS DE ESTUDIO

La *población de estudio* del presente trabajo ha estado constituida por:

a) estudiantes de enfermería de tercer curso de Diplomatura con los siguientes *criterios de inclusión*:

- Ser estudiante de enfermería de tercer curso de l'EUI Vall d'Hebron durante el curso académico 2010-2011.
- Haber iniciado y continuado los estudios únicamente en l'EUI Vall d'Hebron. Esto es así debido a la singularidad de la metodología de aprendizaje utilizada en la escuela, el ABP. Esta información se ha podido obtener a través de la secretaría académica del centro.
- Participar voluntariamente en la investigación.

y *criterios de exclusión*:

- Ser estudiante de enfermería de tercer curso de l'EUI Vall d'Hebron durante el curso 2010-11 procedente de traslado de otra escuela de enfermería en alguno de los cursos.

b) enfermeras asistenciales con los siguientes *criterios de inclusión*:

- Ser enfermera asistencial del ámbito hospitalario del Hospital Universitario Vall d'Hebron, o de la atención primaria.
- Tener un mínimo de 3-5 años de experiencia.
- Poseer experiencia profesional como enfermera generalista.

- Haber participado en el aprendizaje de los estudiantes durante su estancia en las prácticas clínicas como enfermera de referencia.
- Participar voluntariamente en la investigación.

El **muestreo** realizado ha sido **opinático**. El objetivo ha sido seleccionar aquellos casos que, por su conocimiento de la situación o del problema, ayudaran a entender con mayor profundidad el proceso de construcción de la identidad profesional de los estudiantes. No se trata de una muestra representativa en el sentido estadístico, al no estar presente el interés de generalizar los resultados sino que, siguiendo un criterio estratégico, el muestreo se ha orientado a seleccionar aquellas personas o casos que poseyeran unas determinadas características y que garantizaran mejor la cantidad y la calidad de la información.

El muestreo opinático, como parte del intencional, permite incluir deliberadamente a personas que se ajusten al perfil que se quiere estudiar, y se orienta a seleccionar a aquellos participantes que garanticen mejor tanto la cantidad como la calidad de la información (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006; Ruiz Olabuénaga, 2007).

Dentro del *contexto relevante* para el problema de investigación que se le supone a la población de estudio, se ha procedido a la **selección estratégica de la muestra** con unas determinadas características en relación al objeto de estudio (Valles, 2007). Los casos individuales seleccionados han sido informantes o participantes que han dado cuenta de su visión particular de la realidad. En la muestra seleccionada se han tenido en cuenta criterios de *heterogeneidad*, intentando contener perfiles diversos, así como de *accesibilidad* y *pragmáticos* (Valles, 2007). A diferencia de un diseño cuantitativo, cerrado y secuencial, el cualitativo es abierto, dinámico y flexible, permitiendo la incorporación de nueva información que pueda reorientar ciertos aspectos del diseño.

La recogida de datos se ha dado por finalizada cuando ha existido *saturación* (Ruiz Olabuénaga, 2007; Valles, 2007) *de la información*, es decir, cuando se ha comprobado que la información recogida de diferentes personas o grupos dentro de un mismo segmento ha sido redundante. Este aspecto garantiza la fiabilidad de la técnica utilizada y la validez de los hallazgos.

4.4. ESTRATEGIAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Tres han sido las principales técnicas de recogida de datos en la presente investigación: la observación participante, los grupos de discusión y el uso de fuentes documentales.

4.4.1. Observación participante

Una de las características distintiva de la etnografía, estrategia metodológica seleccionada, en su planteamiento de que el comportamiento de las personas sólo puede entenderse en el contexto, es la utilización de la observación participante (Boyle, 2005). Etnografía y observación participante no pueden entenderse la una sin la otra (Guasch, 1997). Dicho aspecto justifica en sí mismo la selección de este instrumento de recogida de información en la presente investigación.

Si además atendemos al objetivo del presente estudio, es decir, a la pretensión de conocer cómo construyen la identidad enfermera los estudiantes al sumergirse en esa cultura profesional, y hacerlo desde su punto de vista, vuelve a justificarse la elección de la observación participante. Esto es así por tratarse de una herramienta fundamental para acceder a las prácticas y creencias de una realidad social de la cual los protagonistas participan; y por ser uno de sus objetivos el comprender los conceptos desde el punto de vista de los actores implicados y con el sentido que estos emplean (Guasch, 1997).

Se pretende de esta manera acceder a una realidad, la cultura enfermera, donde los protagonistas de la investigación, los estudiantes, están inmersos durante sus prácticas clínicas y donde viven, de manera directa, la puesta en juego de conocimientos, valores, creencias o actitudes de la profesión que el estudiante observará y podrá hacer suya.

Taylor y Bogdan (1992) definen la observación participante como un método de recogida de datos, sistemático y no intrusivo, que implica la interacción social entre el investigador y los informantes. La intervención del investigador en la situación de estudio y su interacción con los participantes es un aspecto distintivo y constitutivo de la observación participante (Corbetta, 2007). Idealmente es necesaria la inmersión en el grupo, por lo que el investigador ha de residir durante un tiempo

largo en la comunidad. En otros casos, la observación puede ser no continua, con periodos más cortos de observación a lo largo de un espacio de tiempo largo. En cualquiera de los casos, el contacto directo y prolongado con los miembros del grupo que se desea estudiar es fundamental (Boyle, 2005).

La distancia en el campo que autores como Taylor y Bogdan (1992) proclaman que hay que mantener para evitar ver las cosas desde un solo punto de vista si se está directamente involucrado en un escenario, es una posición rechazada por autores como Guasch (1997). Si para los primeros, por el hecho de pertenecer a un grupo resulta difícil alejarse de esa visión de la realidad y mantener alejados sus propios sentimientos, para el segundo es precisamente la proximidad al fenómeno que se estudia lo que facilitará el acceso a los escenarios. De este modo, es recomendable que el observador esté implicado en aquella realidad que observa. La distancia no garantiza que el investigador sea hábil en la observación.

Ventajas. Algunas de las que ofrece la observación son:

- Por un lado, y si se la comparase con procedimientos experimentales, con la encuesta o con la entrevista cualitativa, brinda la observación de la realidad de modo directo, tal y como esta ocurre, sin manipulación ni modificación y en el momento que suceden los fenómenos a estudiar (Ruiz Olabuénaga, 2007; Valles, 2007).
- No se introduce ningún elemento que actúe de intermediario entre el fenómeno a investigar y el propio investigador, si la comparáramos con la entrevista (Ruiz Olabuénaga, 2007).
- Poder contrastar aquello que se dice con lo que se hace, además de poder realizar cambios de definición y dirección en la indagación durante la obtención de la información (Valles, 2007).

Limitaciones. Como todo procedimiento o técnica también posee una serie de limitaciones que han de tenerse presentes:

- Imposibilidad de aproximación al conocimiento de fenómenos “demasiado profundos” (Valles, 2007).

- Dificultades relacionadas con la gran inversión de tiempo y con situaciones emocionales que pueden surgir y que pueden resultar difíciles de gestionar (Corbetta, 2007).
- Otros aspectos que, por las mismas razones que se exponen, pueden no contemplarse como limitaciones o incluso hacerlo como ventajas, ya que el abordaje cualitativo no aspira, por ejemplo, a la objetividad para aproximarse a la realidad: la subjetividad del investigador, teniendo en cuenta que los datos serán filtrados por este; la falta de generalización de los resultados obtenidos por la observación, ya sea por la subjetividad del observador o por la subjetividad de los casos que se estudian; o la falta de estandarización (Corbetta, 2007).

4.4.1.1. Selección de escenario

Se entiende por escenario aquel lugar donde se manifiesta la realidad que se pretende estudiar siendo necesario, por tanto, una óptima selección del mismo. Esta selección debe garantizar la obtención de la calidad de la información que se desea (Guasch, 1997).

El escenario ha sido elegido en función de los siguientes criterios. Dado que los estudiantes realizan mayoritariamente sus prácticas en el ámbito hospitalario y de la atención primaria, han sido en estos dos contextos donde se ha realizado la observación. En ambos casos, el escenario ha sido un servicio o área donde los estudiantes de enfermería de tercer curso realizan sus prácticas clínicas. No se han contemplado servicios críticos o de consulta muy especializada por entenderse que por ellos pasan en un momento determinado de su formación próxima a la finalización de los estudios, y no a lo largo de los tres cursos o períodos de prácticas. Dentro de estos criterios, se seleccionó aquel servicio donde se creyó que la información que tanto los estudiantes como las enfermeras implicadas en el aprendizaje de éstos garantizaran una mayor cantidad y calidad de información. En consonancia con Guasch (1997), se hacía necesario combinar lo deseable, como opción teórica, con lo posible, las dificultades prácticas que pudieran aparecer.

4.4.1.2. Acceso al escenario

En primer lugar, se solicitaron permisos a la Dirección de Enfermería del Hospital y a la del Centro de Atención Primaria seleccionado previa explicación escrita y oral del proyecto, con los métodos y objetivos de éste y con la demanda concreta. Se trataba, por tanto, de una estrategia abierta donde se negoció y se pactó la presencia del investigador en el escenario (Guasch, 1997).

Posteriormente, en el caso del ámbito hospitalario se contactó con la supervisora del servicio seleccionado para explicarle también cuales eran los objetivos del proyecto y la necesidad de que pudiera ayudar en la selección de aquellas enfermeras responsables de la tutorización práctica de los estudiantes de tercer curso con las que, por este motivo, se pretendía establecer un contacto más directo durante la observación. En el centro de atención primaria este aspecto se trabajó directamente con la Dirección. Teniendo en cuenta la importancia que la investigación etnográfica atribuye al contexto donde acaecen los hechos por el significado que éste otorga, se trataba de observar la cultura profesional enfermera de la que participan los estudiantes durante sus prácticas clínicas garantizando, además, la presencia y observación de aquellas situaciones generadas en la relación directa entre la enfermera y el estudiante tutorizado. El ideal, a priori, era buscar la coincidencia de alumnos y profesionales considerados capaces de proporcionar datos de calidad.

Finalmente, se solicitó la colaboración de dichas enfermeras y estudiantes, para lo que se valoró el hacerlo juntamente con la supervisora (o con la Dirección en el caso del CAP) o sin ella, teniendo en cuenta si esto podía afectar a dicha colaboración.

4.4.1.3. Procedimiento de recogida de información

Desde el inicio hasta el final del proceso de observación se realizó un registro de notas de campo. Estas fueron tomadas después de cada observación, dejando pasar el mínimo tiempo posible en aras de no olvidar información substancial, y fueron redactadas de la manera más amplia y completa posible. Se consideró importante el no tomar notas en el mismo campo ni grabar, al menos hasta que se pudiera entender cuáles podrían ser las repercusiones de dicha grabación o anotación en los protagonistas (Taylor & Bogdan, 1992).

Las notas tomadas debían incluir todo aquello que se pudiera recordar después de la observación: descripciones de las personas, de las conversaciones o los sucesos así como la secuencia y duración de éstos. También los aspectos más vinculados con el observador como sus acciones, sentimientos o hipótesis de trabajo (Taylor & Bogdan, 1992). Un aspecto importante a resaltar, es que las notas de campo se conciben muy ligadas al análisis de los datos y a la redacción final. Así, Valles (2007: 171) citando a Schatzman y Strauss dice: “*Las notas de campo no cumplen solamente la función de “recogida de datos”, sino que ayudan a crearlos y analizarlos (encauzando y reorientando la investigación).*”

4.4.2. Grupos de discusión⁷

El objeto de esta técnica es obtener información cualitativa de unas determinadas personas, inducir autoconfesiones en los participantes. Uno de los problemas que pueden surgir con otras técnicas a la hora de obtener información es que con frecuencia la gente responde en función de lo que le gustaría ser en lugar de cómo son en realidad. Este hecho podía darse al preguntar sobre la identidad enfermera a personas que están estudiando y formándose para pertenecer a ese colectivo. Sería coherente que sus respuestas estuviesen encaminadas más a lo que creerían

⁷ Respecto a la selección del término *Grupo de Discusión* o *Grupo Focal (Focus Group)*, conviene realizar una aclaración al respecto. El término Focus Groups se utilizó por primera vez en el campo de la sociología por Merton, Fiske y Kendall (Maykut y Morehouse, 1999: 122) en su escrito de 1956 *The Focused Interview* (Valles, 2007). Este término ha sido muy utilizado por los investigadores del marketing para referirse a los grupos de discusión utilizados en este ámbito que siguen un criterio muy específico en cuanto a la composición del grupo y los procedimientos (Maykut y Morehouse, 1999: 122). En España, el término *Grupo de Discusión* como técnica de recogida de información surge de manos de Jesús Ibáñez, quien en 1979 publica una de sus obras de referencia: *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*.

A pesar de las diferencias ya expuestas o de otras como las distintas líneas en que se fundamentan, los términos *Grupos de Discusión* y *Grupos Focalizados (Focus Group)* son utilizados frecuentemente como sinónimos. De hecho, en libros como el de Krueger (1991) *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*, se hace constar que a pesar que la traducción del término “Focus Groups” utilizado por este autor sería la de “Grupo Focalizado”, se decide hablar de Grupo de Discusión por ser esta una denominación más extendida en nuestro país. Otros autores como Maykut y Morehouse también optan por esta última denominación. Apoyándome en esta línea ya expuesta y basándome en dicha argumentación, en la presente investigación optaré por emplear el término Grupos de Discusión.

respuestas “adecuadas” que a lo que realmente piensan y sienten. De la misma manera podría ocurrir con personas que ya pertenecen a ese colectivo profesional, que se dedican a la asistencia o a la docencia, y que se les pide que hablen sobre un aspecto nada fácil como es el de la identidad profesional. Todo esto, si se traslada a un entorno de grupo, con un clima que dé permisividad, que no sea enjuiciador y con un buen entrevistador, induciría a la discusión y permitiría evocar emociones que no podrían surgir de otro modo (Krueger, 1991).

El grupo de discusión genera material cualitativo que aporta conocimiento, percepciones y opiniones de los participantes. Maykut y Morehouse (1999) lo definen como una conversación de grupo con un propósito: averiguar qué opinan, cómo se sienten o qué saben sobre lo que plantea el investigador. Ibañez (1992) lo plantea como un grupo simulado que se convoca para discutir y al que se le deja estar reunido sólo el tiempo en que discuten. Para Krueger se trata de “una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo. Se lleva a cabo con aproximadamente siete a diez personas, guiadas por un moderador experto. La discusión es relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes, ya que exponen sus ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo se influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión” (1991: 24).

Ventajas. Las ventajas que puede ofrecer el grupo de discusión frente a otras técnicas de recogida de datos son diversas y pueden resumirse en las seis siguientes (Krueger, 1991; Suárez, 2005):

- En primer lugar está la interacción grupal, ya que será el propio grupo el que genere y construya un material de carácter cualitativo de gran utilidad. La persona está situada en un contexto natural de la vida real, no en un contexto controlado, pudiéndose también captar la dinámica de una interacción en el grupo que mediante otras técnicas más individuales, como la entrevista, no podría obtenerse.
- En segundo lugar está el carácter abierto y flexible que puede permitir al investigador desviarse del guión y explorar aspectos que surjan de manera inesperada sin por ello perder de vista los objetivos.

- En tercer lugar, la gran validez subjetiva que posee. La técnica se comprende fácilmente y los resultados de la misma se formulan en un lenguaje llano e inteligible con citas literales de los participantes.
- La cuarta y quinta ventaja son el coste relativamente reducido y la rápida obtención de los resultados.
- Por último, en sexto lugar, está la posibilidad que ofrece al investigador de aumentar la muestra sin que por ello aumente, de manera espectacular, el tiempo del estudio.

Limitaciones. Como cualquier técnica de recogida de información, el grupo de discusión tiene una serie de limitaciones que han de tenerse presentes ya que pueden afectar a la calidad de los resultados obtenidos. Algunas de ellas son comunes a otras técnicas de investigación cualitativa y otras derivan de la propia técnica, de su planificación o de su puesta en marcha. Estas limitaciones son (Krueger, 1991; Suárez, 2005):

- En primer lugar, el menor grado de control que, frente a técnicas como la entrevista, tiene el investigador. Debido a la propia interacción que se establece en el grupo, los miembros de éste pueden determinar el curso de la conversación pudiendo así aparecer temas no relevantes o desviaciones del discurso. Esta dificultad se atenúa con la experiencia del moderador.
- Otra de las limitaciones es la mayor complejidad para el análisis de los datos. Los datos han de ser analizados en el contexto en el cual tuvieron lugar, por lo que la dificultad puede aumentar si la persona que analiza la información no es la misma que el moderador de la discusión.
- En tercer lugar, la expertez del entrevistador. De la habilidad que posea el entrevistador para abordar determinados aspectos, realizar determinadas preguntas o utilizar determinadas tácticas para obtener mejor información dependerá la obtención de unos mejores resultados.
- Una cuarta y quinta limitación sería, por una parte, la selección tanto de los grupos de discusión como de los participantes de los mismos. Por otra, la dificultad para reunir a dichos grupos debido a cuestiones de disponibilidad de tiempo y de poder reunirlos a todos en un mismo día y hora.

- Por último, en sexto lugar, está el entorno donde se realizará la entrevista. Este debe ser tranquilo y que favorezca la confianza de los participantes y el proceso comunicativo. No siempre puede resultar fácil disponer de un espacio adecuado.

4.4.2.1. Criterios para el establecimiento de los grupos de discusión

Los criterios que se han tenido en consideración a la hora de establecer los grupos y seleccionar los participantes del mismo son los siguientes (Krueger, 1991; Suárez, 2005):

- *Objetivos del estudio:* serán estos los que determinen la población que queremos estudiar.
- *Composición del grupo:* han de garantizarse los criterios de *homogeneidad* y *heterogeneidad*. El grupo ha de ser suficientemente homogéneo para conseguir la participación de la mayoría. Ha de contar con unas características comunes que mantengan la simetría entre los participantes y sirvan de referente grupal. Si se mezclan participantes con conocimientos muy dispares o con edad, niveles o estilos de vida muy diferentes, es posible que haya personas que inhiban sus aportaciones. Por otra parte, el grupo ha de ser lo suficientemente heterogéneo para que existan diferentes perspectivas, aparezca un contraste de opiniones y que el discurso que resulte no sea simple.
- *Conocimiento entre los participantes o preexistencia de grupos.* El hecho que las personas que participen en un grupo de discusión se conozcan entre sí, es un tema todavía en debate por diferentes autores. Si bien la versión más tradicional recomienda el no conocimiento entre los participantes, hay quien añade que la existencia de un grupo ya determinado puede brindar ventajas respecto a la forma de abordar un determinado problema.
- *Tamaño del grupo:* para poder escoger un número de participantes idóneo de entre las cifras recomendadas (entre siete y diez personas) se atenderá a unos determinadas consideraciones. El grupo no puede ser tan grande como para que algunos de los participantes no encuentre cabida u oportunidad en

el mismo para expresar su visión. Es decir, ha de ser lo suficiente pequeño como para que todo el mundo tenga oportunidad de participar. De la misma manera, no se recomienda un grupo demasiado pequeño ya que se reducen las experiencias y la diversidad de los discursos generados. Otros aspectos importantes son la experiencia del moderador para gestionar a un número mayor o menor número de personas, la necesidad de obtener una información de mayor o menor profundidad u opiniones con un rango más o menos amplio.

- *Muestreo* (Krueger, 1991): Dado que el propósito del estudio no es la generalización de los datos a la población, sino la comprensión de un fenómeno, el que la muestra sea aleatoria no se constituye en un requisito para la selección. La selección de los participantes se realizará en función de los objetivos de la investigación.

4.4.2.2. Establecimiento de los grupos de discusión: estudiantes y enfermeras asistenciales

Dado que el objetivo principal de la presente investigación es estudiar el proceso de construcción de la identidad enfermera de los estudiantes durante su formación universitaria, y puesto que los protagonistas principales son estos estudiantes de enfermería, era pertinente y necesaria la constitución de un grupo de discusión con estudiantes que nos mostraran en este proceso, su visión, punto de vista y experiencia al respecto.

En esta construcción identitaria profesional, donde los actores principales son los estudiantes, resultaba conveniente que otros sujetos implicados en el proceso pudieran dar respuestas a determinadas cuestiones planteadas, por lo que se entendió beneficioso constituir otro grupo de discusión con enfermeras cuya actividad principal fuera la asistencia. Ha de tenerse en cuenta que uno de los objetivos de la presente investigación es explorar aquellos aspectos de la socialización profesional por los cuales, durante su formación, los estudiantes adquieren conocimientos, habilidades, normas, valores, comportamientos, actitudes y cultura de la profesión enfermera. Las enfermeras asistenciales son el referente que los estudiantes tienen a lo largo de su formación y aquello que transmiten, ya

sea a través de enseñar conocimientos o a través de su comportamiento o actitudes, es fundamental para que el alumno construya su identidad como futuro profesional de la enfermería.

4.4.2.3. Características de los grupos de discusión

a) Grupo de discusión con estudiantes

Cumpliendo con los criterios anteriormente citados, el grupo estaría formado por ocho estudiantes de tercer curso de la EUI Vall d'Hebron (aspectos que confieren homogeneidad), en proporcionalidad de representación de ambos sexos según matrícula, debiendo contemplar proporcionalmente las diferentes edades existentes en dicho curso, así como diferentes estados civiles, procedencia geográfica y experiencia laboral en el mundo sanitario (heterogeneidad).

b) Grupo de discusión con enfermeras dedicadas a la asistencia

De la misma manera que con el grupo de estudiantes, siguiendo con los criterios establecidos, el grupo estaría formado por 8 enfermeras asistenciales. Se contemplaría tanto la pertenencia al ámbito hospitalario (en servicios de hospitalización) como al de la atención primaria (en aquellos centros donde los estudiantes realicen las prácticas). El tiempo mínimo de experiencia profesional en el campo de la asistencia habría de ser de entre tres o cinco años y tendrían que haber colaborado o estar colaborando como enfermera de referencia en el aprendizaje práctico de los estudiantes de la E.U.I. Vall d'Hebron durante su estancia en las prácticas clínicas (criterios de homogeneidad). Se contemplaría también la representatividad de los dos sexos, diferentes edades, diferentes años de dedicación a la asistencia, áreas de trabajo diferentes (general, materno-infantil y traumatología y rehabilitación) y diversidad en la formación continuada realizada (heterogeneidad).

4.4.2.4. Acceso a la muestra

a) Para el grupo de discusión con estudiantes

Se efectuaría a través de un captador. Se realizaría un primer contacto con el posible o los posibles captadores, es decir, estudiantes de tercer curso conocidos por la investigadora por su relación docente, a los que se les informaría del estudio, de la necesidad de seleccionar informantes con unas determinadas características, así como de su papel fundamental como captadores de dichos informantes. Posteriormente, se les indicaría cuáles son los criterios de captación, es decir, aquellas características que deberán tener los futuros informantes. Esta selección de los informantes más capaces y dispuestos a dar información relevante es un punto básico. Una vez seleccionados los estudiantes idóneos, se accedería a ellos para pedir su colaboración.

b) Para el grupo de discusión con enfermeras dedicadas a la asistencia

Se realizaría un primer contacto con las directoras o adjuntas de enfermería para que estas indicaran a qué supervisoras había que dirigirse para que fueran ellas las que, con los criterios requeridos, orientasen sobre las profesionales que buscamos. Una vez seleccionadas las profesionales idóneas se procedería a contactar con ellas personalmente ya sea juntamente con la supervisora o bien de manera individual si así se creyera conveniente para garantizar una mayor predisposición.

4.4.2.5. Procedimiento de recogida de información

Se utilizarían dos métodos de registro: la grabación, en video y en audio a través de una grabadora de voz, y la toma de notas por parte del moderador. Ha de comentarse con los entrevistados la necesidad de grabar la sesión a fin de poder recoger toda la información. Se ha de insistir en la necesidad de hablar de uno en uno para evitar superposición de conversaciones. La grabación en video puede aportar información sobre la comunicación no verbal u otros aspectos difícilmente susceptibles de ser recogidos por el magnetófono y constituyen de esta manera dos sistemas diferentes y complementarios de registro ante la eventualidad de que uno

de ellos fallase. Por otro lado, la toma de notas por parte del moderador se constituye como esencial al recoger comentarios breves de los participantes.

4.4.2.6. Transcripción de la información

Una vez finalizada la sesión se procedería a la transcripción literal de la misma, tarea que realizaría la propia moderadora. Es un aspecto importante el que la persona que modera el grupo realice la transcripción y el posterior análisis, ya que puede aportar mucha riqueza al proceso al disponer de información complementaria tal como el conocer a los participantes, saber cómo se ha desarrollado todo el proceso o el diálogo que se ha generado en el grupo (Krueger, 1991; Suárez, 2005). Es necesaria la identificación de los participantes y la transcripción de todo tipo de información, no sólo la verbal, sino también la no verbal, la gestual, la entonación, etc. Se han incluido los siguientes datos:

- Referencia de la investigación
- Grupo de discusión: número
- Fecha de realización
- Lugar de realización
- Duración de la sesión
- Participantes: edad, género y otros datos de interés para el estudio
- Resumen de los puntos clave. Información del desarrollo de la sesión
- Notas tomadas por el moderador

4.4.3. Fuentes documentales

Un tercer instrumento para la recogida de información es la utilización de documentos escritos que ayuden a entender las organizaciones, a identificar líneas de indagación o a adquirir una visión más amplia respecto a un contexto (Taylor & Bogdan, 1992). En este sentido, como recoge Valles (2007), la documentación se entiende como una estrategia metodológica de recogida de datos además de sus otros usos como puede ser su finalidad justificativa de la interpretación y análisis. Ruiz Olabuénaga (1989) habla de una “tercera técnica de recogida de datos” al colocar la documentación tras la observación y la entrevista.

Por una parte han sido proporcionados, previa petición, por el centro donde se ha realizado la investigación y sirven para determinar y tener un cierto conocimiento de la población, seleccionar la muestra y conocer algunas de las variables que después se podrán contrastar mediante otras técnicas. Su uso ha sido documental y referencial.

También se ha tenido en cuenta la consulta bibliográfica de temas relativos a aspectos teóricos del estudio que sirven para dotar de sentido el discurso generado en el grupo, o metodológicos referentes al propio proceso de investigación.

Ventajas y limitaciones. Como ventajas a considerar cabe destacar su bajo coste, la no reactividad (al no estar presente el investigador), la exclusividad y la historicidad. Por otro lado, y como desventajas a tener presentes están la selectividad y posible sesgo del material, el hecho de tratarse de material de datos secundarios y su posible interpretabilidad (Valles, 2007).

4.5. CRITERIOS DE CALIDAD: RIGOR Y CREDIBILIDAD

En los diseños cualitativos, el rigor científico se debe garantizar a través de diferentes estrategias o procedimientos. Tal y como ya se señaló en el apartado de enfoque metodológico, al justificar la selección del paradigma constructivista para la presente investigación, en el constructivismo propuesto por Guba y Lincoln y presentado por Ruiz Olabuénaga (2007) los criterios positivistas de validez interna y externa quedan sustituidos por otros como los de credibilidad y autenticidad.

Los criterios propuestos por Guba en 1981 para intentar asegurar la veracidad de una investigación (valor de verdad, aplicabilidad, consistencia y neutralidad) y los términos que el autor utiliza para hacer referencia a ellos en una investigación cualitativa (credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad), son los que por su pertinencia se han utilizado en el presente trabajo. Estos criterios, que aportan rigor y credibilidad al estudio, y las estrategias que se llevan a cabo para su cumplimiento, se han utilizado tanto en la recogida de datos como en el análisis de los mismos (Medina, 2005).

Dichos criterios son los siguientes (Guba, 1981):

- **Credibilidad.** Se trata del *valor de verdad* de la investigación, la validez interna si hablamos en términos positivistas. Garantizar que los datos que se aportan en la investigación son aceptables, es decir, creíbles.

A este respecto, la **triangulación** se convierte en una pieza clave tanto para fortalecer el análisis de los resultados como para un control de calidad de la validez de los mismos (Amezcuca & Gálvez Toro, 2002; Ruiz Olabuénaga, 2007). Entendiendo la triangulación como el uso de diferentes estrategias para estudiar un mismo fenómeno, en el presente estudio se utiliza la triangulación de métodos para la obtención de datos, como son la observación participante, los grupos de discusión y el uso de fuentes documentales y bibliográficas. Aunque a veces se denomine triangulación a la utilización de métodos cualitativos conjuntamente con los cuantitativos, a la utilización de diferentes fuentes de datos cualitativos como los seleccionados también se les considera como tal (Boyle, 2005). La triangulación es un procedimiento de contrastación de la información básico que proporciona credibilidad a la investigación y refuerza la confirmabilidad y la dependencia de los datos (Medina, 2005).

Por otra parte, la **estancia prolongada en el campo**, que se alargó durante los períodos de prácticas que las estudiantes realizaron tanto en el ámbito hospitalario como en el de la atención primaria, permitió un conocimiento profundo de la realidad a estudiar. Esta estancia prolongada persigue que los participantes actúen con naturalidad, que la realidad no se vea distorsionada por nuestra presencia en el campo. En este sentido, hay que decir que el tratarse de un contexto en el que se está muy acostumbrado a tener tanto estudiantes en prácticas de diferentes disciplinas como profesionales que, sin ser de la plantilla estable del servicio pasan por él para cubrir necesidades constantes de personal, ayudó en gran manera a que el investigador no destacar más que cualquier otra persona habitual de los servicios o áreas en cuestión. Además, el hecho de que muchos de los profesionales me conocieran personalmente y reconocieran en mi faceta de profesional de la asistencia hospitalaria ayudó a “pasar desapercibida” en un plazo de tiempo inferior al que hubiese sido necesario en otras circunstancias.

Del mismo modo, y en relación a una segunda pretensión de la estancia prolongada como es la de la comprensión de la realidad por parte de la

investigadora, ha de señalarse el factor del conocimiento de la misma. No se trata de una persona ajena a dicha realidad que se introduce en ella sin ningún tipo de experiencia, sino de una persona que ha pertenecido al colectivo y que ha participado de él y en él durante años. Por tanto, esto redundaría en el hecho de necesitar una menor cantidad de tiempo para lograr el conocimiento de la realidad que se estudia.

Además del trabajo prolongado en el campo, se ha realizado una **observación persistente** durante el mismo para poder identificar datos o características relevantes así como aquellos otros irrelevantes. A medida que transcurrían los días y las observaciones, se hacían más evidentes los aspectos recurrentes y relevantes y aquellos otros no tan constantes pero relevantes también para el propósito de la investigación. Igualmente, esta observación continua permitía contrastar datos y minimizaba los posibles sesgos que pudiesen acontecer en las interpretaciones que se realizaban de los hechos.

Así mismo, para reforzar el criterio de credibilidad se cuenta con **material de adecuación referencial**. Todos los documentos y materiales generados durante la investigación (grabaciones en DVD y de audio de los grupos de discusión, transcripciones literales de los mismos, diario de campo, documentos de producción personal, etc.) se han guardado y constituyen una fuente de inestimable valor para posibles revisiones o comprobaciones ulteriores por parte de otros investigadores externos u otras necesidades.

Por otro lado, también se ha contemplado la devolución y **comprobación** de los datos recogidos **con los participantes**. Este aspecto se ha garantizado tanto durante el período de observación, gracias al permanente feed-back establecido con los protagonistas, como con los grupos de discusión realizados, donde los participantes tuvieron la oportunidad de revisar los contenidos pudiéndose recoger comentarios, aclaraciones o modificaciones oportunas.

- **Transferibilidad.** Alude al grado de *aplicación* de los resultados obtenidos en otros contextos similares, es decir, a la validez externa si seguimos con la equiparación en términos positivistas.

Como comenta Guba, los fenómenos sociales dependen del contexto en el cual se generan. Por tanto, los resultados son de difícil generalización. De este modo,

en esta investigación las estrategias para cumplir con el criterio de transferibilidad pasan por **recoger abundantes datos descriptivos** (que permitan comparar contextos) y realizar **descripciones minuciosas** de todos aquellos factores que conciernen a la investigación y que permitan o posibiliten transferir los resultados a otros contextos.

- **Dependencia.** Es la *consistencia* de los datos, la fiabilidad positivista.

Si en la investigación de corte positivista la dependencia se refiere a la fiabilidad de los instrumentos de medición que utilizan, en la cualitativa está más vinculada con la congruencia interna (Medina, 2005). Para conseguirla se han utilizado **métodos solapados de recogida de datos** como son la observación participante, los grupos de discusión y las fuentes documentales. Para aumentar la dependencia se ha intentado que exista la mayor congruencia posible entre los datos descriptivos recogidos y las interpretaciones que posteriormente se han realizado. Esto se demostraría si se llegara a las mismas conclusiones en el examen de datos realizada por otros investigadores (Medina, 2005).

- **Confirmabilidad.** Hace referencia a la *neutralidad* del investigador, la objetividad positivista.

Tal y como ya se ha dicho en apartados anteriores, se asume la imposibilidad de describir sin interpretar. Todo aquello que se observa depende de la mirada del observador y hay que ser conscientes de ello, especialmente cuando el propio investigador se sitúa como instrumento de medida. En este sentido, garantizar la confirmabilidad de los datos ha pasado por la **triangulación de métodos** y por el **ejercicio de la reflexión**. La reflexibilidad como requerimiento de lo consciente que ha de ser el investigador de su influencia en todo el proceso y también en el resultado final. Esta ha de estar presente en todo momento y desde el inicio del proceso con la pregunta de investigación. Los posibles sesgos vendrían de una falta de reconocimiento de los efectos del investigador en el objeto de estudio (Calderón, 2002).

En el siguiente cuadro se relacionan los criterios, en términos naturalistas, propuestos por Guba con sus equivalentes en términos racionalistas. Además, se proponen las estrategias o métodos de credibilidad según el autor para poder llevarlos a cabo en la investigación:

Aspecto	Término científico	Término naturalista	Métodos a utilizar en la investigación
Valor de verdad	Validez interna	Credibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo prolongado en un mismo lugar - Observación persistente - Juicio crítico de los compañeros - Triangulación - Recogida de material de adecuación referencial - Comprobaciones con los participantes <p>Tras la conclusión del estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer la coherencia estructural - Establecer la adecuación referencial - Comprobaciones con los participantes
Aplicabilidad	Validez externa	Transferibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Muestreo teórico - Recogida abundante de datos descriptivos <p>Tras la conclusión del estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descripciones minuciosas
Consistencia	Fiabilidad	Dependencia	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos solapados - Réplica paso a paso - Establecer una pista de revisión <p>Tras la conclusión del estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdo para que un observador externo revise la dependencia
Neutralidad	Objetividad	Confirmabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Triangulación - Ejercicio de la reflexión <p>Tras la conclusión del estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdo para una revisión de la confirmabilidad

Cuadro 3. Términos racionalistas y naturalistas apropiados para los cuatro aspectos de credibilidad y métodos para llevarlos a cabo, según Guba (1981)

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

El consentimiento informado, la confidencialidad de la información obtenida, cuestiones relacionadas con la estancia en el campo (desde la negociación del ingreso hasta las relaciones que se establecen en el mismo) y cuestiones éticas cuando el investigador es a la vez docente, son aspectos a tener presente en la investigación cualitativa (Sandín, 2003). Estos requerimientos éticos se han traducido y concretado de la siguiente manera:

- La participación en la presente investigación ha sido voluntaria y se ha solicitado el consentimiento informado (explicando los propósitos y el procedimiento de la investigación), escrito y firmado, de los participantes. De la misma manera, ha quedado garantizada la petición de consentimientos a las direcciones o jefaturas oportunas, tanto de la EUI Vall d'Hebron como del Hospital Vall d'Hebron o del Centro de Atención Primaria pertinente.
- La confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes ha quedado garantizado en todo momento y así se les ha expresado en el primer contacto y en el momento de realización de la observación participante y los grupos de discusión. En el caso de aparición de nombres de enfermeras, estudiantes, servicios de prácticas o profesoras, su identificación sólo ha sido conocida por la investigadora.
- Una vez realizados los grupos de discusión, se les ha pasado la grabación de los mismos o la transcripción literal, comentándose los contenidos y dando la oportunidad para que los participantes pudieran ratificar o modificar su contenido. Así mismo, las grabaciones de las entrevistas se han realizado con el consentimiento de los participantes. En el caso de las observaciones realizadas, también se han comentado con los protagonistas implicados.
- El hecho de optar por el acceso al campo con una estrategia abierta, no ha planteado determinados problemas de carácter ético que podría haber conllevado el hacerlo de manera encubierta.
- Dentro de las cuestiones de carácter ético que podrían haber aparecido cuando el docente asume también el papel de investigador se sitúan, sobre todo, aquellas que pudiesen conllevar algún posible perjuicio hacia el estudiante. En

este sentido, se ha de señalar que la investigadora no ha tenido durante el curso académico en cuestión relación docente directa con estos estudiantes, ni la tendrá en un futuro próximo por tratarse de estudiantes de tercer curso de Diplomatura que mayoritariamente finalizaran sus estudios en junio. La dedicación docente de la investigadora era en esos momentos exclusiva a los estudios de Grado de primer y segundo curso.

Complementando lo ya expuesto, también han sido tenidos en cuenta los requerimientos éticos de la investigación cualitativa propuestos por el bioeticista E.J. Emanuel citados por otros autores (Barrio-Cantalejo & Simón-Lorda, 2006). Son los que se tratan a continuación:

- Valor social o científico: conocer cómo los estudiantes van construyendo su identidad profesional a lo largo de esta etapa formativa supone en sí mismo un aumento del conocimiento que debe favorecer la comprensión de la enfermería como profesión y como disciplina. Este hecho puede derivar en el replanteamiento de ciertos aspectos tendentes a mejoras profesionales o disciplinares que, además, revierte directamente en la sociedad a través de aquello que se les ofrece a los ciudadanos: los cuidados.
- Validez científica: se han tenido presente los criterios que garantizan el rigor científico y la credibilidad y que ya han sido expuestos en apartados anteriores (credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad). También se han puesto en marcha estrategias para este fin como por ejemplo, la triangulación, la estancia prolongada en el campo, la observación persistente, la recogida abundante de datos descriptivos, la realización de descripciones minuciosas o el ejercicio constante de la reflexión, entre otros.
- Razón riesgo-beneficio favorable: la pertinencia del estudio ha sido justificada al inicio del trabajo. Se ha aclarado a los participantes el papel que jugaba la investigadora. Se ha manifestado la no existencia de conflicto de intereses. Se ha permitido a los informantes revisar los contenidos en aquellos grupos de discusión o en aquellas observaciones en las que haya sido protagonista o actor.

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

- Consentimiento informado y respeto por los participantes: aspectos básicos que se han garantizado y a los que se acaba de hacer referencia en base a otros autores.
- Selección equitativa de los sujetos: se han establecido criterios rigurosos para la selección de aquellos participantes que mejor pudieran dar respuestas a las preguntas de investigación. No se ha escogido una muestra representativa en el sentido estadístico, al no estar presente el interés de generalizar los resultados, sino que el muestreo se ha orientado a seleccionar aquellas personas que poseían unas determinadas características y que pudieran garantizar mejor la cantidad y la calidad de la información.

4.7. DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO

La etapa del trabajo de campo comprende desde diciembre de 2010, fecha en la que se empiezan a tener los primeros contactos a nivel institucional para la demanda de permisos, hasta mayo de 2012, momento en el que finaliza la recogida de información, contrastación y análisis de los datos. En este periodo se han desarrollado actividades que, aunque para la exposición resulte más clarificadora su presentación en un formato secuencial y lineal, en realidad y según las necesidades y circunstancias del momento, algunas se han ido superponiendo y se han realizado en el mismo periodo de tiempo.

Conviene insistir en el carácter circular y cíclico del proceso, donde recogida de datos y análisis han ido de la mano y donde el propio análisis de los primeros datos ha sido absolutamente necesario y ha guiado y orientado la recogida de los siguientes. Dicho esto, se entenderá que, a efectos de la presentación, el análisis se expondrá con posterioridad. De este modo, las actividades que se llevaron a cabo fueron:

- Contacto con la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Vall d'Hebron para presentar la investigación, los objetivos de la misma y solicitar el permiso para realizar la observación participante.
 - o Contacto con la supervisión del servicio seleccionado.

- Contacto con las enfermeras del servicio encargadas del aprendizaje de las estudiantes en prácticas, con el equipo de enfermería del servicio y con la estudiante que en ese período realiza las prácticas. Solicitud de consentimientos.
- En el caso de los permisos para la observación en el Centro de Atención Primaria las gestiones fueron similares, a excepción del contacto con todo el equipo de enfermería, paso que a priori no se encontró necesario por la dinámica de trabajo existente donde cada enfermera tiene asignada su consulta.
- Observación participante en el ámbito hospitalario y de la atención primaria.
- Contacto y demanda de solicitud a la Dirección de la EUI Vall d'Hebron para la realización de los grupos de discusión con estudiantes de tercer curso.
- Contactos, establecimiento y realización de los grupos de discusión de estudiantes.
- Contacto con adjuntas de enfermería o supervisión, tanto hospitalarias como de la atención primaria, para localizar aquellas enfermeras asistenciales que cumplieran los criterios señalados para conformar el grupo de discusión de enfermeras.
- Contactos, establecimiento y realización del grupo de discusión con enfermeras.

4.7.1. La observación participante

Para poder conocer cómo los estudiantes van construyendo su identidad como futuros profesionales, era necesario el poder acceder a la realidad profesional enfermera en la cual los estudiantes, durante su formación, se ven inmersos y de la cual participan.

Entendí la observación participante tal y como Taylor y Bogdan (1992) la definen: como un método de recogida de datos, sistemático y no intrusivo, que implica la interacción social entre el investigador y los informantes. Esta necesaria interacción

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

que debía establecerse entre los participantes y yo misma, como aspectos distintivos y constitutivos de la observación participante, hacía imprescindible mi presencia en el campo de estudio, es decir, allí donde el estudiante de manera directa durante sus prácticas clínicas observaba y podía hacer suyos los conocimientos, valores, creencias o actitudes de la profesión. Se trataba, por tanto, de realizar una estancia en la realidad de la práctica clínica tal y como la realizaba el estudiante.

Dicha estancia tuvo lugar durante el período comprendido entre diciembre de 2010 y finales de marzo de 2011.

Atendiendo a los criterios de selección del escenario ya expuestos con anterioridad y dado que los alumnos realizan sus prácticas clínicas tanto en el contexto hospitalario como en el de la atención primaria, la observación se realizó también en los dos ámbitos. En cada una de estas estancias se permaneció en el campo durante todo el período y horario en que lo estuvieron las propias estudiantes, es decir dos meses en el hospital y dos más en el centro de atención primaria, totalidad del tiempo establecido según la programación docente. Se dejaba la puerta abierta a una futura y nueva observación si en este tiempo mínimo no se llegaba a la saturación de la información, aspecto éste que finalmente no se ha considerado necesario.

Dependiendo del ámbito donde iba a realizar mi estancia, ya fuese el hospitalario o el de la atención primaria, se negoció tanto con las direcciones como con aquellas enfermeras directamente implicadas con el aprendizaje de las alumnas dos aspectos básicos. El primero de ellos hacía alusión al hecho de poder estar y participar mayoritariamente con aquellas enfermeras que tuvieran asignada la formación de las estudiantes de ese período. Es decir, que para poder realizar la observación se me permitiría acompañar y estar junto a la misma enfermera que la estudiante tenía como referente. Sería como si la enfermera tuviese a su cargo una estudiante de enfermería y una enfermera en prácticas. Así, además de poder observar la cultura profesional en la que se sumergen los estudiantes, garantizaría mi presencia en todas aquellas situaciones en que éstos se vieran inmersos, pudiendo contemplar su actividad, las relaciones que establecen e interactuar con ellos. Cabe resaltar que la predisposición de las enfermeras fue espléndida durante todo el periodo.

El segundo aspecto fue el tipo de observación a realizar: más o menos participativa según las características de las áreas. De este modo, en el hospital se acordó el

poder acompañar y participar junto a la enfermera de las actividades más básicas y no, obviamente, de aquellas otras que pudieran entrañar complejidad o ser cruentas. En el centro de atención primaria, debido a las actividades que allí se realizan y a la falta de experiencia en ese ámbito por mi parte, mi estancia tuvo un carácter más observacional que participativo. En cualquier caso, fuera mi participación más o menos activa, se trataba de garantizar en ambos contextos mi presencia en aquellas situaciones en las que lo estaba la estudiante, hacerlo de manera no intrusiva y sin llamar la atención más que el resto de participantes. En definitiva, se trataba de poder compartir realidades para conocerlas y comprenderlas mejor.

Respecto a la información que sobre mi presencia se dio a los sujetos, varió según los casos. Como ya se ha mencionado, se trató de una estrategia abierta (aunque con diferentes matices) para las Direcciones, supervisora de hospitalización, enfermeras con asignación de estudiantes y estudiantes. Al resto del equipo no se informó previamente de mi presencia sino que se aprovechaban los encuentros para presentarme como una enfermera que estaría una temporada con la enfermera a la cual acompañaría. Este aspecto no generó sorpresa por tratarse de algo habitual en un contexto donde a menudo hay una presencia constante y continua de personas en prácticas procedentes de diferentes disciplinas.

La información que se aportó a las estudiantes observadas, al igual que al resto de los mencionados, fue la que constaba en el documento escrito de consentimiento informado. En éste se comunicaba el objetivo de la investigación que se estaba llevando a cabo, la estrategia metodológica y las técnicas de recogida de información seleccionadas a este fin. Se finalizaba pidiendo permiso para poder estar junto a ella y a su enfermera referente durante el período de prácticas. Sin embargo, y a diferencia de la información dada a las enfermeras, no se enfatizó en el hecho de quiénes eran los protagonistas del estudio: los estudiantes de enfermería de tercer curso, o lo que era igual, ellas mismas. Es decir, se entregó la información necesaria pero se esperó a que fuesen los propios interesados los que la pidiesen en el caso de considerar la necesidad de obtener más.

En cuanto a los días y horarios en que se llevó a cabo, estos se adecuaron a las diferentes realidades docentes, asistenciales y laborales pero siempre con la premisa que fuesen días en que la asistencia de las estudiantes estuviese garantizada. Este aspecto se gestionó directamente con ellas.

En el caso de la observación efectuada en el hospital⁸, el horario realizado estuvo en consonancia con el establecido para la estudiante, es decir, en turno de mañanas, de 8 a 15 horas, de lunes a viernes. De la misma manera, la observación en el centro de atención primaria⁹ se adecuó al horario de las prácticas clínicas de las estudiantes, en concordancia éste con el de la enfermera asignada para su aprendizaje, es decir, en horario de mañanas (cuatro días a la semana) y tardes (un día a la semana). Se dedicaron aproximadamente 7 horas por sesión de observación.

La estancia en el campo durante este tiempo ha permitido un conocimiento profundo de la realidad que se estudiaba. Una de las pretensiones de la *estancia prolongada* es que los participantes actúen con naturalidad, que la realidad que observamos no se vea distorsionada por nuestra presencia en el campo. En este sentido hay que señalar varios aspectos. Por un lado, que tanto la selección del servicio de hospitalización como la del centro de atención primaria fueron muy adecuadas por tratarse ambas de realidades muy habituadas a tener estudiantes en prácticas. Este aspecto ayudó en gran manera a que yo no destacara más que cualquier otra persona habitual de los servicios o áreas en cuestión.

Por otra parte, y en concreto en el ámbito hospitalario, el hecho de que muchos de los profesionales me conocieran, especialmente por mi faceta de profesional de la asistencia hospitalaria, aunque también docente, ayudó en este intento de no destacar más de lo que lo hacen el resto de participantes de dicha realidad.

Por último, cabe decir que el factor de pertenencia al colectivo profesional por parte de la investigadora y del conocimiento de la realidad a observar ha ayudado, además

⁸ El horario del servicio donde se realizó la observación participante es de 12 horas. Eso quiere decir que existen cuatro turnos: lunes, miércoles y viernes de 8 a 20 horas; martes, jueves y sábados de 8 a 20 horas; lunes, miércoles y viernes de 20 a 8 horas; y martes, jueves y sábados de 20 a 8 horas. Los domingos se realizan de manera alterna cada semana.

⁹ Los turnos y horarios mayoritarios en el CAP donde se realizó la observación participante son dos. Uno de ellos comprende cuatro días de mañanas, en horario de 8 a 15 horas, y uno de tardes, de 14 a 21 horas. El segundo turno realiza cuatro días de tardes, de 14 a 21 horas y uno de mañanas, de 8 a 15 horas. Existen otros turnos y horarios pero son minoritarios.

de en el acceso, a un conocimiento más profundo de la misma y a hacerlo en un plazo de tiempo inferior al que hubiese sido necesario para otras realidades.

Pero para que todos estos aspectos relatados, que se entienden beneficiosos, no se transformaran en puntos débiles y para asegurar la rigurosidad de la investigación en todo momento, he tenido siempre presente que era yo, la misma investigadora, quien se convertía en el principal instrumento de recogida de datos, y que esto en sí mismo me convertía en un componente activo de aquella realidad que estudiaba. He tratado, con gran esfuerzo para ello, de dejar siempre de lado preconcepciones o prejuicios que pudiera tener precisamente por ser miembro del colectivo e intentar observar todo aquello que sucedía y no únicamente aquello otro que yo deseaba o esperaba ver.

En este sentido, además del trabajo prolongado en el campo se ha realizado una *observación persistente* en el mismo para poder identificar datos o características relevantes así como aquellos otros irrelevantes. Con el transcurso del tiempo de estancia y de las observaciones, los aspectos recurrentes y relevantes se hacían más evidentes. También aquellos otros no tan constantes pero relevantes igualmente para el propósito de la investigación. En cuanto a la contrastación de datos que esta observación continua ha permitido, ha de decirse que ha ayudado a minimizar los posibles sesgos que pudiesen aparecer en las interpretaciones que se realizaba de los hechos.

Finalmente, comentar que de la observación llevada a cabo a lo largo de los cuatro meses, se fue configurando un importante y voluminoso registro de notas de campo. Tras cada observación y de la manera más inmediata posible, se procedió de manera rigurosa a la transcripción a un archivo de texto informático de todas aquellas observaciones realizadas y de mis sensaciones y reflexiones surgidas al respecto. De este modo, a medida que se recogía dicha información y se analizaba, ayudaba a la posterior recogida de datos gracias a la focalización de determinados aspectos. El análisis de los datos obtenidos en la observación fue básico para la identificación de aquellas cuestiones sobre las que debería profundizar con posterioridad y, por tanto, para la preparación de los grupos de discusión.

4.7.2. Los Grupos de Discusión

4.7.2.1. Grupos de Discusión de Estudiantes

Después de la realización de la observación participante se empezó a gestionar y a trabajar con intensidad para la puesta en práctica de los grupos de discusión. A partir de la revisión de la literatura existente (siempre presente a lo largo de todo el trabajo) y de la información recogida durante la observación participante, se pudo preparar y orientar el contenido de lo que sería el guión de los grupos de discusión.

Con todo el conocimiento y la información que en esos momentos poseía se pretendía ahora profundizar sobre aquellas cuestiones que para los objetivos de la investigación eran imprescindibles e interesantes abordar y analizar. Y hacerlo desde la fuente principal, el propio estudiante, desde su vivencia, percepción y sentido otorgado a muchos aspectos que yo había podido observar y recoger gracias a mi estancia en los ámbitos asistenciales.

Acceso, selección de los participantes y conformación de los grupos

En primer lugar, se escogió a una estudiante de tercer curso para que ejerciera de captador de futuros participantes. La selección de dicha estudiante se realizó en base al hecho de ser una persona conocedora de la totalidad del grupo, con un alto grado de relación con éste y predispuesta a facilitar el proceso tanto de información de posibles candidatos como de captación de los mismos. La selección adecuada de esta persona facilitó enormemente la tarea de identificación de los informantes.

Una vez se hubo informado a la captadora de los objetivos de la investigación y de las características que debían poseer las personas para formar parte de los grupos, tras una exhaustiva valoración, fueron surgiendo los nombres de los estudiantes que se adecuaban a las características demandadas. Dado el desconocimiento del número de grupos de discusión a realizar, en previsión, se recogieron 35 nombres de estudiantes que, en función de las características solicitadas, se iban adjudicando a los diferentes listados hasta conformarse cuatro posibles grupos, de ocho personas cada uno de ellos, más alguna persona de reserva.

Cada grupo incluyó una persona de sexo masculino y siete de femenino (en proporción según la matrícula), diferentes edades (al menos una persona mayor de 35 ó 40 años), diferentes estados civiles (mayoritariamente solteros y, al menos, una persona casada), diferente procedencia geográfica (al menos una persona procedente de otro ámbito geográfico que no fuese España o Cataluña) y una persona, como mínimo, con experiencia laboral en el mundo sanitario, concretamente que hubiese trabajado como auxiliar de enfermería. Aunque no se contemplaba como requisito, se consideró favorable el hecho de que en dos de los grupos hubiese personas que habían tenido un contacto muy directo con el ámbito sanitario por hospitalización suya o de un familiar próximo.

A pesar de que a priori el captador había de servir también para captar a estas personas, se valoró y decidió finalmente que sería únicamente la propia investigadora quien establecería el contacto de manera personal e individual con cada una de ellas. En todo caso se dejaba abierta la posibilidad de colaboración posterior si fuese necesaria. En este sentido, nunca fue precisa dada la óptima predisponibilidad de los participantes desde el primer momento.

El contacto con cada uno de los participantes se realizó de manera personal. Tras informarles de los objetivos de la investigación se adquirió el consentimiento oral y el compromiso de participación. El día de realización de los grupos y previamente al inicio de los mismos, se recogió el consentimiento escrito.

Ha de decirse que para la conformación de los dos primeros grupos todas las personas en las que se había pensado aceptaron participar y no pusieron ningún impedimento, todo lo contrario. En la conformación del tercer grupo, dos de las personas seleccionadas, por motivos de incompatibilidad de horario, denegaron su participación por lo que hubo que rescatar a otras dos personas de las que quedaban en previsión. Cabe destacar la buena respuesta obtenida por parte de los estudiantes, quienes en ningún momento pusieron impedimentos o dificultades a la propuesta. Todo lo contrario, la respuesta mayoritaria fue de aceptación y de interés por la misma.

Desarrollo de los grupos de discusión

En total se realizaron tres grupos de discusión, dándolos por finalizados cuando se consideró que existía saturación de la información. Los dos primeros grupos se realizaron con los ocho participantes seleccionados. El tercero, se efectuó con seis personas dado que dos de ellas finalmente no se presentaron y no dieron aviso previo de su ausencia. Una de estas era el participante masculino. Las características de los participantes se presentan en el siguiente cuadro. Los nombres son ficticios y no se corresponden con la realidad, habiéndose modificado para mantener el anonimato.

Estudiantes	Género	Edad	Estado civil	Procedencia Geográfica	Auxiliar de Enfermería	Hospitalización personal o familiar	
1r G.D.	Joel	H	21	Soltera	Catalunya	No	No
	Estefanía	M	42	Casada	Catalunya	Si, antes del inicio carrera	No
	María	M	20	Soltera	Catalunya	No	Si
	Aina	M	20	Soltera	Illes Balears	No	No
	Rosa	M	21	Soltera	Catalunya	No	No
	Fina	M	21	Soltera	Catalunya	No	No
	Sonia	M	21	Soltera	Catalunya	No	No
	Jenny	M	21	Soltera	Catalunya	No	No

2º G.D.	Marcos	H	26	Pareja	Catalunya	No	Si
	Neus	M	54	Casada	Cataluña	Si, antes del inicio carrera	No
	Àngels	M	29	Pareja	Cataluña	Si, tras iniciar la carrera	No
	Cecilia	M	20	Soltera	Perú	No	No
	Pepi	M	21	Soltera	Cataluña	No	No
	Lourdes	M	22	Soltera	Cataluña	No	No
	Isabel	M	20	Soltera	Cataluña	No	Si
	Ana	M	20	Soltera	Cataluña	No	No
3r G.D.	Asun	M	20	Soltera	Cataluña	Si, tras iniciar la carrera	No
	Nerea	M	21	Soltera	Cataluña	Si, tras iniciar la carrera	No
	Amelia	M	21	Soltera	Cataluña	No	No
	Montse	M	21	Soltera	Cataluña	No	No
	Paula	M	21	Soltera	Castilla León	No	No
	Rebeca	M	21	Soltera	Cataluña	No	No
Ausentes	Maia	M	21	Soltera	Cataluña	Si, antes del inicio carrera	No
	Martín	H	29	Pareja	Murcia	No	No

Cuadro 4. Características de los participantes de los Grupos de Discusión con Estudiantes

La duración de cada sesión fue de aproximadamente 1h y 45 minutos la primera, 2 horas y 25 minutos la segunda y 1 hora y 30 minutos la tercera. En conjunto, alrededor de 340 minutos. La grabación se realizó a través de DVD y de grabadora de audio.

Respecto a la estructura de las sesiones, todas se iniciaron con la bienvenida y agradecimientos, presentación por parte de la investigadora, exposición de los objetivos de la investigación, información general del tema a tratar y normas básicas para un buen desarrollo de la sesión. Este fue el esquema preparado:

A. Bienvenida

Buenos días y bienvenidas a todas y todos al encuentro que ahora empezamos. En primer lugar, quisiera agradeceros la disponibilidad que habéis mostrado para poder venir y colaborar en esta propuesta.

Mi nombre es Antonia Arreciado, soy profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Barcelona, y como ya os comenté a nivel particular estoy estudiando y recogiendo información sobre la identidad profesional enfermera. Las personas que estáis aquí, habéis sido escogidos porque, como estudiantes de tercero de enfermería que sois, tenéis una serie de vivencias similares sobre la que en breve será vuestra profesión. Estos aspectos que tenéis en común todos los componentes del grupo son de mucha relevancia para el propósito de la presente investigación y es por ello que os invito a compartir vuestras ideas, sentimientos u opiniones al respecto. (Homogeneidad grupal)

B. Información general del tema a tratar

Como ya os he comentado, el tema del que vamos a hablar es el de la identidad enfermera pero desde vuestro punto de vista. Por tanto, es importante mencionar que me interesan todas vuestras opiniones o puntos de vista, aunque unos sean muy diferentes de los otros. Hay que tener en cuenta que no existen respuestas correctas o equivocadas, ciertas o falsas, sino que lo que pueden haber son diversidad de puntos de vista que,

espero, seáis tan amables de exponerlos. (No enjuiciar)

C. Normas básicas

La duración aproximada de la sesión será de 90 minutos y se estará grabando dada la importancia de toda la información que podáis aportar. Os pido, por favor, que habléis de uno en uno para poder escuchar todas las intervenciones y evitar así pérdida de la información. Os recuerdo, nuevamente, que tanto los datos que aquí surjan y se recojan como los nombres de los participantes se mantendrán en la más estricta confidencialidad.

En cuanto al guión propiamente dicho, su preparación se realizó teniendo muy presentes algunas premisas. Las preguntas tenían que ser abiertas, cuidadosamente desarrolladas con anterioridad, que parecieran espontáneas en el momento de formularlas y hacerlo de tal manera que lograsen evocar la máxima cantidad de información. Se tenían que estructurar con una secuencia lógica y natural y las tenía que memorizar. Más concretamente, y siguiendo a Krueger, las características que se intentó que en todo momento estuviesen presentes en las preguntas y aquellos requisitos para realizarlas de manera correcta fueron (Krueger, 1991):

- que fueran preguntas abiertas que sirvieran de estímulo y no indujeran o determinaran la dirección de la respuesta.
- preguntas no dicotómicas, ya que preguntas del tipo “sí” o “no”, a pesar de la aparente sencillez, no suelen generar discusión.
- no preguntar directamente “por qué...”, ya que podían plantear dificultades al recordar a un interrogatorio. En su lugar se puede optar por preguntar de forma menos directiva utilizando fórmulas como “qué” o “cómo”....
- preguntas cuidadosamente preparadas que resuman los objetivos del estudio
- ofrecer a cada participante información básica y suficiente sobre los objetivos del estudio. Esta información preparatoria ayudaría a los participantes a desarrollar sus conocimientos implícitos al respecto.

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

- ordenar las preguntas de forma lógica para los participantes, de lo más general a lo más específico.
- presentar las preguntas dentro de un contexto para situar a los participantes.

Finalmente, y siempre teniendo presente el carácter abierto y flexible de la técnica, se presenta el guión con las preguntas iniciales preparadas para orientar la discusión. No todas las preguntas fueron necesarias formularlas ya que trataban sobre aspectos, que muchos de ellos surgían de manera espontánea. El orden establecido tampoco se siguió exhaustivamente y se produjeron algunas desviaciones del guión para poder adaptarse a aspectos inesperados que fueron surgiendo en el transcurso de las sesiones y que no se habían contemplado en un inicio. El guión fue el siguiente:

1. *¿Me podéis explicar que significa para vosotros ser enfermera o sentirse enfermera?*
2. *Nos vamos a situar justo en el momento en que, hace aproximadamente tres años, decidisteis estudiar enfermería. Es decir, teníais la decisión tomada pero aún no habíais empezado los estudios universitarios. En aquel momento, ¿Qué es lo que os decidió a estudiar enfermería?*
3. *¿Qué imagen teníais de las enfermeras antes de iniciar los estudios?*
4. *Hoy día, después de haber cursado tres años de formación en la diplomatura, con los conocimientos y experiencias que tenéis ¿Se ha modificado la imagen inicial que teníais de la enfermería?*
 - *Si es así, ¿en qué aspectos lo ha hecho?*
 - *¿Cómo definiríais o describiríais a las enfermeras?*
 - *¿Existen aspectos que la definan como profesional?*
5. *Ahora que estáis finalizando los estudios, ¿os sentís enfermeras?*
6. *¿Qué aspectos creéis que han influido más en la adquisición de esta*

identidad enfermera?

7. *¿Podéis explicar cómo ha sido el proceso de construcción de esa identidad? ¿Cómo creéis que se ha ido conformando ese significado?*
8. *¿Qué es lo que más os ha impactado durante el proceso de formación en la conformación de esa identidad enfermera?*
 - *¿Qué valor atribuíis a la formación teórica y a la práctica?*
9. *De todo lo que habéis aprendido y hoy conocéis sobre las enfermeras como colectivo profesional, ¿con qué aspectos os quedaríais porque os sentís identificadas y cómodas y que otros cambiaríais?*
10. *La imagen social de la enfermera ¿se corresponde con el significado que tiene para vosotros?*
 - *Si no es así, ¿Qué factores pensáis que influyen en esta percepción social?*
11. *¿Cómo percibís el futuro de la profesión?*

Transcripción y retorno a los estudiantes

Las transcripciones de los grupos de discusión fueron realizadas por la propia investigadora, aspecto que tuvo una repercusión directa en la mayor inversión de tiempo pero que, a la vez, se convirtió en garante de mayor calidad tanto para la transcripción literal de las mismas como para el posterior análisis. La grabación en vídeo y la transcripción a partir de ésta facilitó un mejor entendimiento de diálogos, actitudes o comportamientos que se hubiesen perdido o no se hubiesen captado con tanta nitidez con la grabación exclusivamente de la voz.

Tal y como se había acordado tras la finalización de cada sesión grupal, en el mes de junio y antes de la clausura del curso, se realizó una puesta en común de las grabaciones realizadas en DVD para revisar los contenidos. Este pase fue conjunto y para todos los participantes que estuvieron interesados en ver la dinámica de su propio grupo o la de otros. De este modo, se pudieron recoger los comentarios que

los estudiantes realizaban tras ver y escuchar sus propias opiniones y las de los compañeros. Una de las aportaciones que más adhesiones suscitó fue el corroborar que la mayoría tenían vivencias y problemas similares, aspecto que al ponerlo en común pareció reconfortar y reafirmar al grupo. También se suscitó la necesidad y se plantearon los beneficios que podrían aportar este tipo de puestas en común para abordar temas que, como el presente, no se habían planteado de forma consciente.

4.7.2.2. Grupos de Discusión de Enfermeras

Si bien con la realización de los grupos de discusión con estudiantes se pretendía, en coherencia con los objetivos, recoger información desde los propios protagonistas de esta investigación y contrastar los datos ya recogidos mediante la observación participante, la decisión de la puesta en marcha de un grupo de discusión con enfermeras se sopesó en gran medida. Esto era debido a la gran inversión de tiempo que iba suponer el gestionar y poner en marcha un nuevo grupo en donde los participantes no eran los protagonistas de la investigación.

Finalmente, tras un largo periodo de reflexión, se decidió su puesta en práctica. Todo y que las enfermeras no conformaban el eje central del trabajo, dado que se pretende conocer cómo se construye la identidad profesional en los estudiantes, se consideró importante y enriquecedor contrastar una serie de datos de máxima relevancia para el logro de objetivos. Datos que los estudiantes aportaban en su discurso y sobre los cuales también se había recogido información en la observación. Y era básico recogerlos desde aquellas profesionales de la asistencia que aún no siendo las protagonistas de la investigación, lo son de la cultura profesional en la cual los estudiantes se sumergen durante la realización de sus prácticas clínicas en los centros asistenciales. Su visión sobre determinados temas y respecto a algunas opiniones o afirmaciones realizadas por los estudiantes sería de máximo interés y aportaría riqueza a los resultados. Además, no hay que olvidar que aquello que las enfermeras transmiten, ya sea a través de la enseñanza de determinados conocimientos o a través de su comportamiento o actitudes, es fundamental en la construcción de la identidad de los futuros profesionales de la enfermería. Así pues, se decidió conformar un grupo de enfermeras donde se

contemplasen los dos ámbitos principales de la asistencia durante la práctica clínica: el hospitalario y el de la atención primaria.

Acceso, selección de los participantes y conformación del grupo

El acceso a las enfermeras se realizó de diferente manera según el área del que se tratase:

- **Área hospitalaria:** se contactó personalmente con algunas supervisoras de servicios de hospitalización que, una vez informadas del estudio y sobre los criterios que debían cumplir las posibles participantes, orientaron sobre aquellas profesionales que podrían formar parte del grupo. En ocasiones, al contactar con estas últimas fueron ellas mismas quienes emplazaron a participar a otras compañeras que también pudiesen cumplir los criterios y estar interesadas en ello.

En cualquier caso, el contacto con cada una de los posibles participantes se realizó de forma personal e individual. Una vez informadas y aceptada su participación, se procedió a firmar el consentimiento informado. Ha de decirse que este proceso de contactos y selección fue muy costoso por cuestiones de diversidad de horarios y problemas de disponibilidad para la fecha ofrecida. No obstante, generó mucho interés y entusiasmo por parte de muchas de las profesionales.

Finalmente, se acordó la asistencia de seis profesionales, tres de ellos del área de hospitalización general, dos de ellos del área infantil y uno del área de traumatología y rehabilitación.

- **Área de la atención primaria:** el primer contacto se hizo a través de petición escrita a las adjuntas de enfermería de los centros de atención primaria. Fueron ellas quienes directamente ofrecieron los nombres de las personas que reunían las cualidades y criterios demandados y que además estaban interesadas y dispuestas a participar. Posteriormente, establecí el contacto directo con estas personas y se procedió a dar la información sobre la investigación y firma del consentimiento informado.

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

En este caso, fueron dos las personas con las que se acordó la participación en el grupo de discusión.

Los criterios de selección para formar parte del grupo en ambos casos fueron: el contar con un mínimo de 3 ó 5 años de *experiencia profesional*, que esta fuese como *enfermera generalista*, que hubiesen sido responsables de la *tutorización de los estudiantes* de enfermería durante la realización de sus prácticas clínicas y, obviamente, el que se tratase de *buenos informantes*, es decir, personas con capacidad de dar información. También se contemplaron las variables *género*: dos de los ocho participantes eran hombres; *diversidad de áreas de trabajo*: cinco participantes pertenecían al ámbito hospitalario (de los cuales tres al área general, dos al área infantil y uno al de traumatología y rehabilitación) y dos al de la atención primaria; y años de *experiencia profesional*: se seleccionaron casos “extremos” en un intento de posterior comparación (uno de los participantes contaba con 7 años de experiencia profesional frente a los 37 de otro de ellos).

Desarrollo de los grupos de discusión de enfermeras

Finalmente el grupo de discusión con las enfermeras se llevó a cabo según lo ya planificado con una única salvedad. Una de las participantes del área hospitalaria y general, por imprevistos de última hora, no pudo asistir y excusó su ausencia dos horas antes de la hora convenida. Las características de las participantes del grupo se muestran en el siguiente cuadro. Sus nombres también han sido modificados y son, por tanto, ficticios:

Enfermera	Género	Edad	Área de Trabajo	Experiencia profesional (años)
Roser	M	39	Hospitalización Área General	18
Eva	M	53	Hospitalización Área General	18
Silvia	M	29	Hospitalización Área Infantil	7
Sara	M	42	Hospitalización Área Traumatología	21

Ferran	H	47	Hospitalización Área Infantil	25
Esther	M	31	CAP	10
Sergi	H	62	CAP	37
Laura (Ausente)	M	-	Hospitalización Área General	-

Cuadro 5. Características de los participantes del Grupo de Discusión con Enfermeras

La duración de la sesión fue de dos horas y media. La grabación se realizó en DVD y grabadora de audio.

La estructura de la sesión grupal fue similar a la ya comentada para los estudiantes, conteniendo el inicio con la bienvenida y agradecimientos, presentación por parte de la investigadora, exposición de los objetivos de la investigación, información general del tema a tratar y normas básicas para el buen desarrollo de la sesión.

El guión se preparó teniendo en cuenta las características y requisitos para la realización de preguntas ya comentadas para el grupo de estudiantes y que tienen su base referencial en Krueger (1991).

Del mismo modo, en la línea de lo ya expuesto para el grupo de discusión de estudiantes, y por el carácter abierto y flexible de la técnica, no todas las preguntas fueron necesarias formularlas, ni siguieron el orden establecido. Además, se produjeron desviaciones del guión para poder adaptarse a aspectos emergentes que fueron surgiendo de manera espontánea en el transcurso de la sesión. Ha de resaltarse que algunas de las preguntas realizadas se formularon con el objetivo de contrastar cierta información relevante ya obtenida desde los estudiantes. El guión con las preguntas preparadas fue el siguiente:

1. *Para comenzar, ¿qué significa para vosotras ser enfermera?*
2. *¿Podéis explicar en qué consiste ser enfermera?*
3. *Describidme en qué se basa mayoritariamente vuestra actividad laboral*

¿Podéis describir un día tipo?

- *Los estudiantes ven a la enfermera como el profesional que ayuda a la persona en momentos difíciles y le otorgan más importancia a la atención psicológica que a aquellos aspectos más relacionados con la realización de técnicas o tareas. ¿Qué opináis vosotras?*

4. *¿Qué significa cuidar?*

- *Los estudiantes piensan que se valora más el curar que el cuidar. ¿Qué creéis al respecto?*

5. *Hay estudiantes que opinan que enfermería es una profesión más autónoma de lo que ellos pensaban antes de iniciar los estudios pero que esa autonomía profesional no es completa ¿Qué opináis al respecto?*

6. *Cuando tenéis estudiantes de enfermería que realizan prácticas en vuestro servicio y los acompañáis en su aprendizaje, ¿qué intentáis que aprendan y cómo lo hacéis?*

7. *Los estudiantes opinan que las prácticas clínicas son el aspecto de la formación que más les ha influido en sentirse enfermeras. En vuestro caso y ya como profesionales que sois, ¿qué aspectos son los que hacen que os sintáis enfermeras?*

8. *¿Cómo creéis que la sociedad percibe la profesión y a los profesionales de la enfermería?*

- *¿Qué factores pensáis que influyen en esta percepción social? ¿Tenemos alguna responsabilidad las propias profesionales?*

9. *¿De qué aspectos de la profesión os sentís satisfechas y de qué otros no lo estáis?*

10. *Si en estos momentos tuvieseis la oportunidad de escoger nuevamente profesión, ¿volveríais a escoger enfermería?*

11. *¿Cómo percibís el futuro del colectivo profesional?*

Una vez realizada la transcripción literal del contenido se sometió a la validación de las participantes. De manera individual, se volvió a tener otro contacto personal con ellas para comentar los contenidos de la transcripción. Se pretendía que las enfermeras diesen su visto bueno o, si lo creían necesario, que pudiesen realizar algún tipo de modificación.

4.8. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Antes de nada y como premisa fundamental a tener presente durante todo el estudio es que, a diferencia de la cuantitativa, en la investigación cualitativa no es posible separar el análisis de los datos de la recogida de los mismos sino que, desde el inicio hasta el final de todo el proceso, van de la mano y se van alternando. De hecho, el propio análisis que se realiza de los primeros datos guía el proceso de recogida de los siguientes (Medina, 2005). Por tanto, no estamos ante una secuencia lineal sino circular y cíclica del análisis cualitativo donde, tras haber concluido un determinado paso y haber pasado al siguiente, podremos volver nuevamente a fases más iniciales disponiendo de información más completa (Ruiz Olabuénaga, 2007).

Teniendo en consideración lo expuesto, para llevar a cabo el análisis de los datos se ha utilizado el *método de las comparaciones constantes* de Glaser y Strauss, diseñado en 1967. Se trata de un método cuyo objetivo final es la generación inductiva de teoría, donde se combina la clasificación de los fenómenos en diferentes categorías con la comparación constante entre ellas (Medina, 2005). Es decir, que a medida que se va disponiendo de datos y estos se registran y se clasifican en diferentes categorías, se les va comparando en dichas categorías en las que han sido integrados. En esta comparación constante de fenómenos que se detectan con otros ya detectados previamente se pueden descubrir nuevas relaciones, sirviendo a la vez para retroalimentar la codificación de las categorías (Goetz & LeCompte, 1988). Además del interés y utilidad para generar categorías conceptuales, otro punto de referencia básico de este método es que, al no ser su objetivo la verificación sino generar teoría, únicamente requiere la saturación de la información (Valles, 2007) ayudando a determinar cuándo concluye la información asignada a una determinada categoría. Lincoln y Guba (1985, en Maykut & Morehouse, 1999) lo describen de la siguiente manera:

“La función principal de la categorización es la de agrupar en categorías provisionales aquellas fichas (fichas de datos) que, aparentemente, se refieren a un mismo contenido; idear reglas que describan las propiedades de las categorías y que, en último término, puedan ser utilizadas para justificar la inclusión de cada una de las fichas de datos asignados a una determinada categoría, así como proporcionar una base para próximas pruebas de

replicabilidad; y para declarar una determinada categoría como internamente consistente.” (pág. 154)

Este método de generación de teoría de Glaser y Strauss distingue originariamente cuatro fases o momentos principales del análisis cualitativo: la comparación de incidentes, la integración de categorías y sus propiedades, la delimitación de la teoría y la escritura de la teoría. Aunque cada fase se convierte en la siguiente pasado un tiempo, dado que es un proceso creciente, hay que tener en cuenta que las fases previas continúan operando a lo largo del análisis (Valles, 2007).

De este modo, teniendo siempre presente el carácter circular del proceso y la imposibilidad de separar el análisis de los datos de la recogida de los mismos, en la presente investigación, a la vez que se han ido obteniendo datos y se han ido analizando, era este análisis el que orientaba la siguiente recogida de los mismos.

De la misma manera que no ha existido una secuenciación lineal de fases en la recogida de datos y el análisis de estos, sucede lo mismo en las fases que se han seguido para el propio proceso de análisis. Si bien para la presentación escrita se ha creído conveniente ordenarlas y presentarlas de manera lineal, en realidad esto no se corresponde exactamente con el proceso llevado a cabo dado el carácter circular de todo el proceso del cual estamos hablando.

Así pues, el análisis de los datos derivados de la observación participante, los grupos de discusión y de las fuentes documentales, a efectos de una presentación más clara, se presentará en tres fases a semejanza de la propuesta de Medina. Conviene recordar que estas son progresivas y que, continuando con palabras del propio autor, *“no son tres momentos diferenciados del proceso analítico sino más bien diferentes operaciones (reducción de datos, disposición de datos y obtención de conclusiones) sobre el corpus de datos que configuran un solo proceso infragmentable, recurrente, inductivo-deductivo y circular”* (Medina, 2005: 54). Las fases son las siguientes:

1. Segmentación de las unidades de significado y agrupación en categorías.
2. Identificación de los temas principales o núcleos temáticos emergentes (Metacategorías).
3. Integración e interpretación de los datos a la luz del marco teórico construido.

Para la categorización, organización y recuperación de los datos obtenidos y dentro de la variedad de programas especializados en el análisis cualitativo se ha seleccionado el ATLAS/ti VERSIÓN 6.2. Respecto a la utilización de esta tecnología para el análisis cualitativo, como en cualquier otra, se corren unos determinados riesgos que es necesario tener presentes. Entre ellos, el pensar que será el propio programa el que te irá guiando durante el proceso de análisis, el organizarlo exclusivamente según las indicaciones del ordenador o que el propio investigador se centre tanto en el programa que se olvide del resto (Valles, 2007). En este caso el programa ha sido utilizado, tal y como ya se ha señalado, como instrumento facilitador de tareas de búsqueda, ordenación, organización y recuperación de la información, contenida en las aproximadamente 220 páginas procedentes de las notas de campo de las sesiones de observación y de las transcripciones de los grupos de discusión, permitiendo así una mayor dedicación de tiempo para otros aspectos tan importantes como el análisis de los datos.

4.8.1. Segmentación de las unidades de significado y categorización¹⁰

En una primera fase se leyeron y examinaron repetidamente todos los datos de los que se disponía: las notas de campo realizadas durante la observación participante, las transcripciones de los grupos de discusión junto con las notas realizadas y cualquier otra información generada. Esto permitió obtener una primera idea del contenido y de aquellos temas que aparecían en los discursos de los participantes. Durante dicha lectura se fueron anotando todas aquellas ideas, intuiciones o interpretaciones que fueron surgiendo. Todo esto sin perder nunca de vista los objetivos de la investigación.

¹⁰ Las *unidades de significado*, o unidades de registro según otros autores, son aquellos datos oportunos (palabras, frases, personas, ítems, conceptos, etc.) de los cuales queremos conocer su significado, importancia, frecuencia de aparición, patrones... (Ruiz Olabuénaga, 2007).

Para el abordaje de la gran cantidad de datos resultantes es necesaria la reducción de las unidades de significado a un número inferior de categorías o clases, es decir, se hace precisa la *categorización de las unidades de significado*. Se trata de un proceso complejo al que la información deberá someterse en repetidas ocasiones. Una simplificación donde, en base a algún criterio, se agrupan diferentes unidades de registro en una misma categoría (Ruiz Olabuénaga, 2007).

Consecutivamente, en una segunda fase de lectura se realizó la *segmentación de datos*. Se identificaron las *unidades de significado*, entendidas como aquellos fragmentos del texto que expresaran una misma idea, y se fueron agrupando en *categorías* a las que se les iba otorgando un nombre. En este sentido hay que señalar dos aspectos:

- 1) no se ha utilizado un sistema de categorías previamente construidas sino que se ha llevado a cabo mayoritariamente un proceso abierto de construcción de las mismas; y
- 2) tanto la segmentación de datos como la categorización se han realizado de forma simultánea.

Con el método de las comparaciones constantes, a medida que aparecían diferentes unidades de significado se contrastaban con las categorías que ya se habían constituido. Si se podían incluir en estas se hacía, sino, se procedía a crear una nueva categoría. Todas aquellas unidades de significado que hacían alusión a una determinada idea debían de estar incluidas en la categoría que se correspondiera con esa misma idea y no en otra.

Toda la información se sometió a esta compleja revisión en repetidas ocasiones lo que permitió depurar y redefinir el sistema de categorización. El proceso de generación de categorías se dio por finalizado cuando tras las repetidas lecturas de los datos no se halló información nueva que permitiese la creación de nuevas categorías.

Posteriormente, tras este laborioso proceso y una vez agrupadas las unidades de significado en categorías, se procedió a seleccionar aquellos fragmentos considerados relevantes de aquellos otros que no lo eran para conservar los primeros y desechar los segundos.

Finalmente, las *categorías* que emergieron fueron 43 y son las que se muestran a continuación junto a la definición de las mismas. En ellas quedan recogidas y codificadas 944 *unidades de significado* relevantes para los objetivos de este trabajo y cuya distribución se mostrará con posterioridad.

CATEGORÍAS Y DEFINICIONES	
CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
1. Aspectos percibidos por las estudiantes como influyentes en sentirse enfermeras	Descripción de aquellos aspectos que los estudiantes perciben como los que más han influido en concebirse y sentirse enfermera.
2. Autonomía vs. subordinación profesional	Consideraciones acerca de la autonomía o subordinación profesional de la enfermería, entendiendo a la primera como la responsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado y a la segunda como la relación de dependencia y supeditación de la profesión enfermera respecto a la médica, que implica obediencia en el acatamiento de órdenes.
3. Compararse con otros profesionales	Comparaciones con otros profesionales, especial y mayoritariamente el médico, que surgen al referirse a diversos aspectos de la enfermería como pueden ser el trabajo que realiza, el cómo se concibe socialmente, su imagen y prestigio o las trabas para su desarrollo, entre otros.
4. Concepción de la enfermería previa al inicio de los estudios	Idea u opinión formada antes de iniciar los estudios universitarios acerca de la enfermería como profesión y de la enfermera como profesional, sus características, sus funciones y las intervenciones o actividades profesionales que lleva a cabo.
5. Concepción actual de la enfermería	Forma actual de comprender o entender la enfermería como profesión y a la enfermera como profesional, sus características, sus funciones y las intervenciones o actividades profesionales que lleva a cabo.
6. Conceptualización del cuidar	Descripción teórica o ejemplificación de lo que para la persona significa o implica cuidar.

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

7. Conocimientos insuficientes en la formación	Percepción de haber adquirido conocimientos durante la carrera universitaria en cantidad insuficiente a la requerida.
8. Contenidos de la enseñanza del estudiante	Manifestaciones de las enfermeras respecto a los conocimientos teóricos y/o prácticos, comportamientos, actitudes o valores que se enseñan al estudiante ya sea de manera explícita o tácita.
9. Delegación del cuidado	Consideraciones en torno a la delegación del cuidado, por parte de la enfermera, a manos de la auxiliar de enfermería.
10. Desarrollo profesional y su visualización	Opiniones acerca del cambio y avance experimentado profesionalmente a lo largo de los últimos años y su conocimiento y visualización en ámbitos externos a la profesión. Incluye, también, el aspecto del cambio en la imagen que se tiene respecto a la subordinación profesional.
11. Distancia entre teoría y práctica	Percepción de distancia o de aproximación que se establece entre el discurso teórico y la realidad de la práctica asistencial.
12. Evolución personal durante la formación	Percepción de evolución personal experimentada por el estudiante durante su formación.
13. Futuro del colectivo profesional	Opiniones respecto a cómo ven el futuro como colectivo profesional. No se contempla el futuro a nivel personal ni de inserción laboral.
14. Gestión de las actividades enfermeras	Manifestaciones de las enfermeras sobre la forma en que gestionan y priorizan las actividades que llevan a cabo durante su jornada laboral en relación al tiempo del que disponen. Incluye los argumentos para dicha priorización.
15. Imagen social de la enfermera	Descripciones sobre la imagen o idea que posee la sociedad respecto a lo que es una enfermera, sus

	características, funciones y actividades que realiza.
16. Infravaloración del cuidar. Supremacía del curar	Escasa o nula valoración de las actividades relacionadas con el cuidado que, en ocasiones, llega al desprestigio de estas. En contraste, predominio y hegemonía de todo aquello relacionado con el curar.
17. Lo que define a enfermería	Opiniones en torno a los aspectos definitorios y diferenciadores de la enfermería respecto a otras profesiones.
18. Miedo, inseguridad y recursos de afrontamiento	Sentimientos de miedo o inseguridad vividos por los estudiantes, originados durante su formación o ante su inminente incorporación profesional, así como los recursos para su afrontamiento.
19. Motivos de elección de los estudios	Motivos o factores que influyeron en la elección de la carrera de enfermería.
20. Motivos que dificultan al estudiante la visualización de actividades de cuidado	Opinión de las enfermeras sobre los motivos que dificultan al estudiante el visualizar las actividades de cuidado que realiza una enfermera o por los que identifica más fácilmente aquel tipo de actividad más técnica o procedimental.
21. Prácticas clínicas en servicios o unidades especiales	Opinión respecto a los beneficios formativos que aporta la realización de las prácticas clínicas en determinados servicios, unidades o áreas especiales y que se consideran fundamentales para la formación enfermera.
22. Proceso de aprendizaje del estudiante durante la formación	Descripción de cómo ha sido el proceso de aprendizaje del estudiante, a lo largo de los tres años de formación, hasta convertirse en lo que es justo antes de finalizar los estudios.
23. Propuestas de cambio	Sugerencias para fomentar el cambio de imagen social existente sobre la enfermería como profesión y la enfermera como profesional, así como para aumentar el reconocimiento social. Como parte de la realidad social,

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

	se incluyen las propuestas específicas encaminadas a mejorar el reconocimiento desde el colectivo profesional médico como parte del equipo asistencial.
24. Realización personal y profesional	Sentimiento de satisfacción, de sentirse bien personal y/o profesionalmente a través de lo que se hace o de los logros obtenidos.
25. Reconocimiento y conocimiento interprofesional	Consideraciones acerca del hecho de ser reconocido en tus competencias por profesionales de otra disciplina así como respecto a hacerte ver y valorar profesionalmente.
26. Reconocimiento social de la profesión	Opiniones acerca de la estima y el respeto que la sociedad profesa hacia la profesión enfermera así como el prestigio que le otorga.
27. Reivindicaciones profesionales	Demandas y reclamaciones de aspectos profesionales que creen no están reconocidos por los demás o que no se poseen pero se cree que corresponden como profesión.
28. Repercusión de la enfermera de práctica clínica en el aprendizaje	Sentimientos, opiniones y valoraciones respecto al papel que desempeña la enfermera referente en las prácticas clínicas y su influencia en el aprendizaje adquirido por el estudiante. Puede abarcar desde la confianza y la motivación para seguir adelante hasta la frustración y desmotivación para el aprendizaje.
29. Resistencia o dificultades internas para el cambio	Opiniones a cerca de aquellos factores que, desde los propios profesionales de enfermería, dificultan o incluso imposibilitan determinados cambios en la práctica asistencial o el desarrollo profesional.
30. Responsabilidad profesional en la concepción enfermera existente	Responsabilidad que tienen los propios profesionales en la forma en que socialmente se comprende o entiende la enfermería como profesión y a la enfermera como profesional.

<p>31. Responsabilidad hacia la profesión</p>	<p>Responsabilidad, obligación, implicación o compromiso hacia la profesión entendida en términos de hacerla crecer más, hacerla más visible, explicar en qué consiste, darla a conocer o cambiar determinadas imágenes tradicionales.</p>
<p>32. Satisfacción con la elección de la profesión</p>	<p>Consideraciones en torno a la satisfacción que se tiene por haber escogido enfermería como profesión.</p>
<p>33. Sentirse enfermera</p>	<p>Tener el sentimiento de ser enfermera, de ser una persona que puede ejercer la enfermería con habilidad y responsabilidad. Sentimiento de pertenecer al colectivo profesional.</p>
<p>34. Supremacía de la profesión médica</p>	<p>Percepción de predominio y superioridad jerárquica de la profesión médica, de su estatus, de sus conocimientos y, a veces incluso, de sus capacidades con respecto a la profesión enfermera.</p>
<p>35. Teoría y práctica: relación y valor atribuido a cada estrategia de aprendizaje</p>	<p>Consideraciones acerca de la relación entre teoría y práctica y valor que se le atribuye a cada una de ellas, como estrategias de aprendizaje, en la formación enfermera.</p>
<p>36. Trabajo en equipo</p>	<p>Consideraciones en torno al trabajo en equipo en el área asistencial, sus beneficios y su puesta o no puesta en práctica.</p>
<p>37. Valor añadido del ABP</p>	<p>Valor especial y diferenciador que se atribuye al ABP en relación a otras metodologías docentes más tradicionales.</p>
<p>38. Valoración de las experiencias en la práctica clínica</p>	<p>Valoración que realizan los estudiantes de las experiencias vividas en el contexto de la práctica clínica. Se contemplan y distinguen las buenas prácticas de aquellas otras que consideran necesitan mejoras o cambios.</p>

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

39. Valoración profesional negativa con necesidad de cambio	Identificación y descripción de aquellos aspectos de la profesión con valoración negativa que rechazarían por no sentirse cómodas, ni reconocidas con ellos.
40. Valoración profesional positiva	Identificación y descripción de aquellos aspectos de la profesión con valoración positiva y con los que la persona se encuentra cómoda.
41. Valores	Cualidades atribuidas a la enfermera como profesional. En tanto que cualidad, se perciben y entienden en su connotación positiva.
42. Visión integral de la persona y los cuidados	Consideraciones acerca de la persona y los cuidados a gestionar desde la perspectiva holística, lo que implica el contemplarlos en su totalidad desde la vertiente biológica, psicológica y sociocultural.
43. Vocación y/o profesionalización	Opiniones respecto al carácter vocacional de la profesión y del cuidado y/o al cuidar profesional que implica el ser enfermera.

Respecto a las 944 *unidades de significado identificadas*, en la siguiente tabla se muestra su distribución en las 43 categorías que emergieron y la frecuencia de aparición de las mismas distribuida según la fuente donde se generaron. Esta presentación puede ayudar a conocer aquellos aspectos que aparecieron con mayor o menor periodicidad, dando una idea de su distribución en los datos recogidos y su relevancia.

CATEGORÍAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO					
	Observación	Grupos de discusión				
		Estudiantes				Enfermeras
		1	2	3	Total	
1. Aspectos percibidos por las estudiantes como influyentes en sentirse enfermeras	0	24	14	15	53	-
2. Autonomía vs. subordinación profesional	4	5	10	17	32	9
3. Compararse con otros profesionales	0	12	7	3	22	7
4. Concepción de la enfermería previa al inicio de los estudios	1	12	10	14	36	0
5. Concepción actual de la enfermería	6	9	23	11	43	14
6. Conceptualización del cuidar	0	4	0	4	8	10
7. Conocimientos insuficientes en la formación	0	2	1	0	3	0
8. Contenidos de la enseñanza del estudiante	-	-	-	-	-	9
9. Delegación del cuidado	1	0	12	1	13	0
10. Desarrollo profesional y su visualización	0	1	6	6	13	2
11. Distancia entre teoría y práctica	1	3	3	7	13	3
12. Evolución personal durante la formación	0	3	1	1	5	-
13. Futuro del colectivo profesional	0	10	6	5	21	6
14. Gestión de las actividades enfermeras	5	-	-	-	-	13
15. Imagen social de la enfermera	0	19	15	7	41	7
16. Infravaloración del cuidar. Supremacía del curar	0	5	9	2	16	0
17. Lo que define a enfermería	0	7	5	4	16	4
18. Miedo, inseguridad y recursos de afrontamiento	0	7	11	2	20	-

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

19. Motivos de elección de los estudios	1	14	10	14	38	0
20. Motivos que dificultan al estudiante la visualización de actividades de cuidado	0	-	-	-	-	8
21. Prácticas clínicas en servicios o unidades especiales	1	4	2	0	6	0
22. Proceso de aprendizaje del estudiante durante la formación	2	4	8	5	17	-
23. Propuestas de cambio	0	1	10	6	17	0
24. Realización personal y profesional	0	12	9	3	24	0
25. Reconocimiento y conocimiento interprofesional	3	0	1	12	13	4
26. Reconocimiento social de la profesión	5	17	3	1	21	8
27. Reivindicaciones profesionales	0	4	9	4	17	3
28. Repercusión de la enfermera de práctica clínica en el aprendizaje	8	0	8	3	11	2
29. Resistencia o dificultades internas para el cambio	0	8	4	0	12	1
30. Responsabilidad profesional en la concepción enfermera existente	0	3	6	2	11	4
31. Responsabilidad hacia la profesión	1	4	9	7	20	3
32. Satisfacción con la elección de la profesión	2	5	2	9	16	2
33. Sentirse enfermera	0	15	4	9	28	11
34. Supremacía de la profesión médica	0	1	2	5	8	1
35. Teoría y práctica: relación y valor atribuido a cada estrategia de aprendizaje	0	11	14	5	30	0
36. Trabajo en equipo	0	1	3	3	7	1
37. Valor añadido del ABP	0	1	13	0	14	0
38. Valoración de las experiencias en la práctica clínica	2	7	4	8	19	-
39. Valoración profesional negativa con necesidad de cambio	0	8	7	6	21	2

40. Valoración profesional positiva	0	2	9	2	13	4
41. Valores	0	0	0	3	3	0
42. Visión integral de la persona y los cuidados	3	8	3	4	15	1
43. Vocación y/o profesionalización	0	18	0	0	18	5
Total por fuentes	46	271	273	210	754	144
TOTAL de Unidades de Significado: 944						

Tabla 1. Unidades de significado aparecidas en las diferentes fuentes y agrupadas en categorías¹¹

Una vez vista la distribución de las unidades de significado según la fuente en la que se originaron y teniendo en cuenta que los protagonistas son los estudiantes, se entenderá que los datos generados por las enfermeras sirvan para contrastarse con aquellos generados por los propios estudiantes pero que no constituyan la centralidad del discurso escrito en este caso. Es decir, que la exposición de la información generada estará, por defecto, y en consonancia con los objetivos, siempre centrada y vertebrada alrededor de quienes son los protagonistas del presente trabajo, los estudiantes y que se realizaran alusiones expresas a las enfermeras cuando en ese momento se crea pertinente.

Dicho esto, se observa que la mayoría de categorías (treinta) han aparecido, al menos, en todos los grupos de discusión de estudiantes llevados a cabo. Ocho de ellas aparecen en dos de los tres grupos y tan sólo dos aparecen en uno solo de ellos pero no en los dos restantes.

Si tras esta primera visión se procede a *ordenar* las categorías que emergieron y a clasificarlas *según la frecuencia total de aparición de las unidades de significado*, se observa lo siguiente:

¹¹ Aquellas casillas sin numeración y señalizadas con el símbolo –, indican que no hay resultados para el grupo en cuestión no estar éste contemplado en la categoría. De esta manera, encontramos 5 categorías exclusivas para el grupo estudiantes y 3 para el de enfermeras.

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

- Que existen categorías que cuentan con **la más alta frecuencia de aparición de las unidades de significado**, entre 63 y 20, y que nos ofrecen una primera idea de aquellos temas más reiterados por los protagonistas. Son las siguientes:

CATEGORÍAS	Unidades de Significado
Concepción actual de la enfermería	63
Aspectos percibidos por las estudiantes como influyentes en sentirse enfermeras	53
Imagen social de la enfermera	48
Autonomía vs. subordinación profesional	45
Motivos de elección de los estudios	39
Sentirse enfermera	39
Concepción de la enfermería previa al inicio de los estudios	37
Reconocimiento social de la profesión	34
Teoría y práctica: relación y valor atribuido a cada estrategia de aprendizaje	30
Compararse con otros profesionales	29
Futuro del colectivo profesional	27
Realización personal y profesional	24
Responsabilidad hacia la profesión	23
Valoración profesional negativa con necesidad de cambio	23
Vocación y/o profesionalización	23
Repercusión de la enfermera de práctica clínica en el aprendizaje	21
Valoración de las experiencias en la práctica clínica	21
Lo que define a enfermería	20
Miedo, inseguridad y recursos de afrontamiento	20
Reconocimiento y conocimiento interprofesional	20
Reivindicaciones profesionales	20
Satisfacción con la elección de la profesión	20

- Que otras categorías, **aunque no tan frecuentes en número**, también **aglutinan una cifra importante de unidades de significado**, de entre 19 y 13, y son las siguientes:

CATEGORÍAS	Unidades de Significado
Proceso de aprendizaje del estudiante durante la formación	19
Visión integral de la persona y los cuidados	19
Conceptualización del cuidar	18
Gestión de las actividades enfermeras	18
Distancia entre teoría y práctica	17
Propuestas de cambio	17
Valoración profesional positiva	17
Responsabilidad profesional en la concepción enfermera existente	16
Infravaloración del cuidar. Supremacía del curar	16
Desarrollo profesional y su visualización	15
Delegación del cuidado	14
Valor añadido del ABP	14
Resistencia o dificultades internas para el cambio	13

- Por último, que existen temas o categorías que han aparecido en **menor cuantía**. A pesar de ello, creo adecuada su inclusión en aras de no perder información a causa de una baja frecuencia de aparición. Además, esto puede permitir el incluirlas en los núcleos temáticos o metacategorías que posteriormente se han de construir. Son las siguientes:

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

CATEGORÍAS	Unidades de Significado
Contenidos de la enseñanza del estudiante	9
Supremacía de la profesión médica	9
Motivos que dificultan al estudiante la visualización de actividades de cuidado	8
Trabajo en equipo	8
Prácticas clínicas en servicios o unidades especiales	7
Evolución personal durante la formación	5
Conocimientos insuficientes en la formación	3
Valores	3

Si comparamos las unidades de significado provenientes de los estudiantes y de las enfermeras en los grupos de discusión realizados puede observarse que:

- ✓ La mayoría de categorías **más reiteradas por las enfermeras**, aquellas con mayor número de unidades de significado (entre 14 y 7), **también** lo son **por los estudiantes**, con alguna excepción: la conceptualización del cuidar, categoría cuya frecuencia de aparición en los estudiantes era de las menores. Todas ellas se pueden observar a continuación:

CATEGORÍAS	Unidades de Significado Estudiantes	Unidades de Significado Enfermeras
Concepción actual de la enfermería	43	14
Imagen social de la enfermera	41	7
Autonomía vs. subordinación profesional	32	9
Sentirse enfermera	28	11
Reconocimiento social de la profesión	21	8
Compararse con otros profesionales	22	7
Conceptualización del cuidar	8	10

- ✓ Que aquellas categorías que son **menos frecuentes en los estudiantes**, a excepción de la “conceptualización del cuidar”, **también** cuentan con **escasa o nula frecuencia de aparición entre las enfermeras**:

CATEGORÍAS	Unidades de Significado Estudiantes	Unidades de Significado Enfermeras
Supremacía de la profesión médica	8	1
Conceptualización del cuidar	8	10
Trabajo en equipo	7	1
Prácticas clínicas en servicios o unidades especiales	6	0
Conocimientos insuficientes en la formación	3	0
Valores	3	0

- ✓ Que existen categorías que aparecen con **poca frecuencia entre las enfermeras** y, **sin embargo**, se encuentran entre las **más frecuentes en los estudiantes**:

CATEGORÍAS	Unidades de Significado Estudiantes	Unidades de Significado Enfermeras
Teoría y práctica: relación y valor atribuido a cada estrategia de aprendizaje	30	0
Realización personal y profesional	24	0
Valoración profesional negativa con necesidad de cambio	21	2
Responsabilidad hacia la profesión	20	3

- ✓ Que por el contrario, como ya se ha citado con anterioridad, hay **una categoría que en las enfermeras es de las más reiteradas** y, **sin embargo**, lo es **muy poco en los estudiantes**:

CATEGORÍAS	Unidades de Significado Estudiantes	Unidades de Significado Enfermeras
Conceptualización del cuidar	8	10

Esta comparativa entre frecuencias aparecidas en las categorías de los profesionales de enfermería respecto a las de los estudiantes nos ofrece, entre otros aspectos, una idea de las similitudes y diferencias que existen en cuanto a relevancia otorgada a determinados temas. Se puede observar, así, aquellos aspectos en los que ambos grupos son coincidentes, sea por la importancia otorgada o por la ausencia de esta, o aquellos en los que el peso atribuido es diferente según se trate de la visión estudiantil o profesional.

Hasta aquí, con el análisis realizado y presentado se han podido observar aquellas categorías o temas que han surgido con una mayor periodicidad desde los protagonistas de la investigación. Esta aproximación inicial en términos de frecuencia de aparición no debe inducir a pensar que el análisis ha sido realizado desde un criterio o perspectiva cuantitativa. Debe entenderse como una muestra de las evidencias que existen y que utilizaré para apoyar las afirmaciones e interpretaciones que efectúe. Ciertamente, las unidades de significado y categorías han sido seleccionadas en base a su pertinencia y concordancia con los objetivos marcados para la investigación.

4.8.2. Identificación de los temas principales, núcleos temáticos o metacategorías

Después de este nivel de análisis presentado y para continuar con la interpretación de los datos, se ha realizado una laboriosa y compleja revisión y comparación entre las 43 categorías que emergieron. El resultado de dicho proceso ha sido la agrupación de éstas en *metacategorías*, es decir, en núcleos temáticos que han emergido, que están vinculados a las propias categorías, que contemplan la relevancia otorgada por los participantes y que lógicamente son congruentes con los objetivos del trabajo.

Cabe resaltar que la construcción de estas metacategorías no se ha realizado de manera independiente sino de forma simultánea con las categorías que emergieron y que han quedado expuestas en el apartado anterior. De este modo, no son ajenas a los significados utilizados por los participantes y puede considerarse que estos están reflejados e incluidos dentro de ellas.

Las 43 categorías han quedado agrupadas e integradas en las siguientes metacategorías:

1. Ser enfermera. Concepción del significado durante la socialización profesional
2. La teoría y la práctica clínica en la conformación de la identidad profesional
3. Sentirse enfermera. Solidez del sentimiento identitario
4. Compromiso hacia la profesión. Perspectiva y propuestas para el cambio

A continuación se muestra cómo quedan definidas estas metacategorías y cómo se han agrupado y organizado las categorías alrededor de estas. En las tablas que se presentan en cada una de ellas se ha creído pertinente referenciar la frecuencia de aparición de las unidades de significado según categorías. Esta presentación ayuda a observar el orden de las categorías según dicha frecuencia.

1. Ser enfermera. Concepción del significado durante la socialización profesional

El Consejo de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería (Consell de Col·legis Oficials de Diplomats en Infermeria de Catalunya, 2002), define a la enfermería como una profesión de servicios, centrada en la atención a la persona, familia y comunidad, que acepta la responsabilidad y ostenta la autoridad necesaria en la prestación directa de cuidados, que ejerce de forma autónoma en el seno de un equipo de salud, que tiene un compromiso sólido con la sociedad para dar una respuesta ajustada a sus necesidades y cuyo objetivo profesional, en definitiva, es el cuidar de las personas. Pero además de las posibles definiciones que se puedan ofertar al respecto y de poseer una serie de características, una profesión es lo que sus miembros opinan de ella, lo que hacen con ella y lo que los clientes opinan de esa labor (Shulman, 1998).

Por otro lado, se entiende por socialización profesional aquel proceso en el cual las personas adquieren durante su formación no sólo conocimientos y habilidades de la profesión, en este caso enfermería, sino también normas, valores, comportamientos, actitudes y cultura de dicha profesión (Shinyashiki et al., 2006; Öhlén & Segesten, 1998).

Así pues, la presente metacategoría engloba la forma actual de entender la enfermería como profesión y a la enfermera como profesional (sus características, sus funciones y las intervenciones o actividades profesionales que lleva a cabo), la imagen que la sociedad posee al respecto y el prestigio que esta le otorga a la profesión. Recoge también la manera en que las propias enfermeras gestionan sus actividades durante su jornada laboral así como las opiniones acerca del cambio y avance experimentado profesionalmente a lo largo de los últimos años y su visualización en ámbitos externos a la profesión.

Incluye, además, opiniones en torno a la autonomía o subordinación profesional, en torno a los aspectos diferenciadores de la enfermería respecto a otras profesiones, descripciones de lo que para la persona significa o implica cuidar y, por último, consideraciones acerca de la persona y los cuidados a gestionar desde la perspectiva holística.

También la percepción de superioridad jerárquica de la profesión médica con respecto a la profesión enfermera así como la escasa o nula valoración de las actividades relacionadas con el cuidado, en contraste con el predominio y hegemonía de todo aquello relacionado con el curar, y la delegación de este cuidado a manos de la auxiliar de enfermería. Asimismo, aquellas consideraciones acerca del hecho de ser reconocido en tus competencias por profesionales de otra disciplina y hacerte valorar profesionalmente.

Por otra parte, se recogen también las ideas acerca de la enfermería y de la enfermera (características, sus funciones y las intervenciones o actividades profesionales que lleva a cabo) que poseen los estudiantes antes de iniciar los estudios universitarios y los factores que influyeron en la elección de la carrera.

1. Ser enfermera. Concepción del significado durante la socialización profesional	
CATEGORÍAS	Unidades de Significado
Concepción actual de la enfermería	63
Imagen social de la enfermera	48
Autonomía vs. subordinación profesional	45
Motivos de elección de la carrera	39
Concepción de la enfermería previa al inicio de los estudios	37
Reconocimiento social de la profesión	34
Lo que define a enfermería	20
Reconocimiento y conocimiento interprofesional	20
Visión integral de la persona y los cuidados	19
Conceptualización del cuidar	18
Gestión de las actividades enfermeras	18
Infravaloración del cuidar. Supremacía del curar	16
Desarrollo profesional y su visualización	15
Delegación del cuidado	14
Supremacía de la profesión médica	9
Total Unidades de Significado	415

2. La teoría y la práctica clínica en la conformación de la identidad profesional

Esta metacategoría abarca la relación entre teoría y práctica, su valor atribuido en la formación enfermera y la percepción de distancia o aproximación que se establece entre una y otra. Se describe cómo ha sido el proceso de aprendizaje del estudiante a lo largo de los tres años de formación y se incluye su percepción de evolución personal experimentada durante la formación, la percepción de haber adquirido conocimientos en cantidad insuficiente a la requerida, los sentimientos de miedo o inseguridad vividos por los estudiantes y los recursos para su afrontamiento. Se refleja, además, el valor diferenciador que se atribuye al ABP en relación a otras metodologías docentes más tradicionales.

Asimismo, se contempla la valoración de las experiencias en la práctica clínica, distinguiendo las buenas prácticas de aquellas otras que consideran necesitan mejoras o cambios; los sentimientos, opiniones y valoraciones respecto al papel que

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

desempeña la enfermera referente en las prácticas clínicas y su influencia en el aprendizaje adquirido por el estudiante; las consideraciones en torno al trabajo en equipo en el área asistencial; y la opinión respecto a los beneficios formativos que aporta la realización de las prácticas clínicas en determinados servicios, unidades o áreas especiales.

Por último, se incluyen las manifestaciones de las enfermeras respecto a lo que se enseña al estudiante, ya sean conocimientos, comportamientos, actitudes o valores así como los motivos que dificultan que éste visualice las actividades de cuidado que realiza la enfermera o por los que les resulta más fácil identificar aquellas actividades de carácter más técnico.

2. La teoría y la práctica clínica en la conformación de la identidad profesional	
CATEGORÍAS	Unidades de Significado
Teoría y práctica: relación y valor atribuido a cada estrategia de aprendizaje	30
Repercusión de la enfermera de práctica clínica en el aprendizaje	21
Valoración de las experiencias en la práctica clínica	21
Miedo, inseguridad y recursos de afrontamiento	20
Proceso de aprendizaje del estudiante durante la formación	19
Distancia entre teoría y práctica	17
Valor añadido del ABP	14
Contenidos de la enseñanza del estudiante	9
Motivos que dificultan al estudiante la visualización de actividades de cuidado	8
Trabajo en equipo	8
Prácticas clínicas en servicios o unidades especiales	7
Evolución personal durante la formación	5
Conocimientos insuficientes en la formación	3
Total Unidades de Significado	182

3. Sentirse enfermera. Solidez del sentimiento identitario

La identidad como profesional se concibe como una parte integral de la identidad personal de las propias enfermeras y es entendida no como el trabajar de enfermera sino como “la experiencia y el sentimiento de ser enfermera” (Fagermoen, 1997; Öhlén & Segesten, 1998).

Al hablar de esta metacategoría se hace alusión al hecho de poseer el sentimiento de ser enfermera, de ser una persona que puede ejercer la enfermería con habilidad y responsabilidad, y de pertenecer al colectivo profesional. Al mismo tiempo, la descripción de aquellos aspectos que las estudiantes perciben como los que más han influido en concebirse y sentirse enfermeras. También al sentirse bien personal y/o profesionalmente a través de lo que se hace o de lo que se obtiene y a la satisfacción que se tiene por haber escogido enfermería como profesión. Contiene, además, opiniones respecto al carácter vocacional de la profesión y del cuidado y/o al cuidar profesional que implica el ser enfermera.

Se recogen también las comparaciones con otros profesionales, mayoritariamente el médico, que surgen al referirse a diversos aspectos de la enfermería como pueden ser el trabajo que realiza, el cómo se concibe socialmente, su imagen y prestigio o las trabas para su desarrollo.

Incluye igualmente la identificación de aquellos aspectos de la profesión con valoración positiva con los que la persona se encuentra cómoda, así como aquellos otros con valoración negativa los cuales se rechazarían por no sentirse reconocidos en ellos. También los valores profesionales.

3. Sentirse enfermera. Solidez del sentimiento identitario	
CATEGORÍAS	Unidades de Significado
Aspectos percibidos por las estudiantes como influyentes en sentirse enfermeras	53
Sentirse enfermera	39
Compararse con otros profesionales	29
Realización personal y profesional	24
Valoración profesional negativa con necesidad de cambio	23
Vocación y/o profesionalización	23
Satisfacción con la elección de la profesión	20
Valoración profesional positiva	17
Valores	3
Total Unidades de Significado	231

4. Compromiso hacia la profesión. Perspectiva y propuestas para el cambio

Incluye opiniones respecto a cómo se percibe el futuro del colectivo profesional y la responsabilidad, implicación o compromiso hacia la profesión entendida en términos de hacerla crecer más, hacerla más visible, explicar en qué consiste, darla a conocer o cambiar determinadas imágenes tradicionales. También la responsabilidad que tienen los propios profesionales en la forma en que socialmente se comprende o entiende la enfermería como profesión y a la enfermera como profesional. Incluye reivindicaciones de aspectos profesionales que se creen no están reconocidos por los demás o que no se poseen pero se cree que corresponden como profesión, así como opiniones a cerca de aquellos factores que, desde los propios profesionales de enfermería, dificultan o incluso imposibilitan determinados cambios en la práctica asistencial o el desarrollo profesional. Se recogen sugerencias para fomentar el cambio de imagen social que existe sobre la enfermería como profesión y la enfermera como profesional, así como para aumentar el reconocimiento social, incluyendo propuestas específicas encaminadas a mejorar el reconocimiento desde el colectivo profesional médico como parte del equipo asistencial.

4. Compromiso hacia la profesión. Perspectiva y propuestas para el cambio	
CATEGORÍAS	Unidades de Significado
Futuro del colectivo profesional	27
Responsabilidad hacia la profesión	23
Reivindicaciones profesionales	20
Propuestas de cambio	17
Responsabilidad profesional en la concepción enfermera existente	16
Resistencia o dificultades internas para el cambio	13
Total Unidades de Significado	116

4.8.3. Integración e interpretación de los datos

Como hemos ido viendo, en la primera fase del análisis de datos se segmentaron e identificaron unidades de significado que a la vez se fueron asignando a categorías que fueron emergiendo y que eran pertinentes para nuestro propósito. Tras este primer análisis, en la segunda fase estas categorías fueron sometidas a una compleja comparación entre ellas procediéndose a su agrupación en metacategorías o núcleos temáticos que emergieron vinculadas a las propias categorías. Dicho esto, en esta tercera fase, se procederá a la integración e interpretación de los datos obtenidos en base al marco teórico descrito previamente.

Esta interpretación y reconstrucción de los datos será realizada en torno a las metacategorías que emergieron durante el análisis, que a su vez contienen las 43 categorías y las 944 unidades de significado, por lo que su conjunto permitirá dar respuesta al objetivo general planteado para esta investigación y que consiste en conocer cómo se produce el proceso de construcción y desarrollo de la identidad profesional enfermera en los estudiantes de enfermería durante su formación universitaria.

Para ello, y de forma más concreta, cada una de las metacategorías en torno a las cuales se realizará el informe de investigación deberá responder a los objetivos

específicos trazados. He aquí la relación entre metacategorías y objetivos específicos de este trabajo:

1. Ser enfermera. Concepción del significado durante la socialización profesional.

A través del análisis de este núcleo temático se pretende dar respuesta a los objetivos número 1 y 2:

- Conocer qué significa para los estudiantes ser enfermera y cómo conciben la profesión.
- Explorar los aspectos de la socialización profesional que, durante el período de formación teórica y de prácticas clínicas, influyen en la construcción y desarrollo de la identidad profesional enfermera y mediante los cuales los estudiantes adquieren conocimientos, habilidades, normas, valores, comportamientos, actitudes y cultura de la profesión.

2. La teoría y la práctica clínica en la conformación de la identidad profesional.

Con su análisis se pretende responder al objetivo número 4:

- Determinar el valor que los estudiantes atribuyen a la formación teórica y práctica en la conformación de su identidad profesional.

3. Sentirse enfermera. Solidez del sentimiento identitario.

Con su análisis se pretende responder a los objetivos número 6 y 3:

- Conocer cómo se consolida la identidad profesional enfermera entre los estudiantes.
- Conocer el nivel de solidez con el que, respecto a la identidad profesional, finalizan los estudios universitarios los estudiantes.

4. Compromiso hacia la profesión. Perspectiva y propuestas para el cambio.

Con su análisis se pretende responder al objetivo número 5:

- Conocer si existe una visión continuista o, por el contrario, una percepción de problemática de la identidad enfermera en los estudiantes y, si es así, si aparecen propuestas que puedan implicar una perspectiva de cambio.

El desarrollo de esta última fase se presentará en el capítulo siguiente de resultados.

4. Aspectos Metodológicos y Diseño de la Investigación

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

De entre la gran variedad de formatos existentes para la presentación de los resultados de una investigación, e independientemente de cómo se haga, estos han de ser claros, creíbles y deben convencer de que representan adecuadamente aquella realidad que ha sido investigada (Goetz & LeCompte, 1988).

En este apartado se llevará a cabo la integración e interpretación de los datos obtenidos en base al marco teórico descrito previamente y será realizada en torno a las metacategorías que emergieron durante el análisis. Conviene recordar que son las siguientes:

1. Ser enfermera. Concepción del significado durante la socialización profesional
2. La teoría y la práctica clínica en la conformación de la identidad profesional
3. Sentirse enfermera. Solidez del sentimiento identitario
4. Compromiso hacia la profesión. Perspectiva y propuestas para el cambio

Lo que se pretende en todo momento es generar una interpretación y reconstrucción teórica sobre el objeto del estudio, el proceso de construcción y desarrollo de la identidad profesional enfermera en los estudiantes de enfermería, trascendiendo así a lo que podría ser una descripción teórica más o menos densa. Autores como Erikson (en Medina, 2005) defienden que para garantizar la validez de un informe de investigación no basta con la mera profusión de detalles descriptivos sino que se hace absolutamente necesaria su combinación con la perspectiva de interpretación del investigador.

Dicho esto, es oportuno volver a mostrar los objetivos específicos planteados en este trabajo que, como no podría ser de otra manera, han guiado y estado siempre presentes a lo largo del mismo. Estos son:

1. Conocer qué significa para los estudiantes ser enfermera y cómo conciben la profesión.
2. Explorar los aspectos de la socialización profesional que, durante el período de formación teórica y de prácticas clínicas, influyen en la

5. Resultados de la Investigación

construcción y desarrollo de la identidad profesional enfermera y mediante los cuales los estudiantes adquieren conocimientos, habilidades, normas, valores, comportamientos, actitudes y cultura de la profesión.

3. Conocer el nivel de solidez con el que, respecto a la identidad profesional, finalizan los estudios universitarios los estudiantes.

4. Determinar el valor que los estudiantes atribuyen a la formación teórica y práctica en la conformación de su identidad profesional.

5. Conocer si existe una visión continuista o, por el contrario, una percepción de problemática de la identidad enfermera en los estudiantes y, si es así, si aparecen propuestas que puedan implicar una perspectiva de cambio.

6. Conocer cómo se consolida la identidad profesional enfermera entre los estudiantes.

El sistema de codificación que se mantendrá para una clarificadora identificación de los fragmentos de las transcripciones realizadas, tanto de los grupos de discusión como de las observaciones, corresponde a los siguientes criterios:

- OBS: Observación. Irá acompañada de un número, que indica el orden a la observación realizada, y de una o dos cifras unidas por un guión que harán referencia al párrafo o a los párrafos donde quedan contenidos los pasajes literales en la transcripción. Por ejemplo:

OBS 4, 14-16: Observación número cuatro y fragmento que se inicia en el párrafo 14 y finaliza en el 16 (inclusive).

- GD: Grupo de discusión. El número que acompaña a las siglas concierne a grupo de discusión realizado y puede ir del 1 al 4, correspondiendo los tres primeros a los grupos realizados con estudiantes y el cuarto al realizado con enfermeras. El nombre propio que le sigue hace alusión a la persona del grupo de la que emerge el fragmento presentado. El número o los números unidos por guión siguen el mismo razonamiento que en el ejemplo anterior. Veamos una muestra:

GD 1, Aina, 134: Grupo de discusión número 1, de estudiantes, donde Aina¹² fue la autora del verbating que se muestra y que puede localizarse en el párrafo 134.

Se ha creído necesaria esta codificación como estrategia para garantizar la credibilidad de los datos. El contar con material de adecuación referencial constituye una fuente de inestimable valor para posibles revisiones o comprobaciones por parte de investigadores externos. También ha servido, como no, para las constantes y continuas revisiones efectuadas por la propia investigadora desde el inicio de recogida y análisis de los datos hasta el final mismo del proceso con la formulación de conclusiones y, en el aspecto concreto que nos incumbe, con los resultados.

5.1. SER ENFERMERA. CONCEPCIÓN DEL SIGNIFICADO DURANTE LA SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL

En este apartado trataré sobre cómo se concibe el ser enfermera y la enfermería como profesión en la etapa previa a la finalización de los estudios. Todo ello teniendo presente los condicionantes con los que los estudiantes accedieron a la formación y después de haber transcurrido el proceso de socialización profesional.

5.1.1. Concepción de la enfermería. El cuidado integral: aspecto definitorio de la profesión

A escasos meses de finalizar la carrera, la mayoría de los estudiantes protagonistas de esta investigación tienen una visión bastante idealizada de lo que en breve será su profesión. Lo que es y lo que realiza una enfermera en su ámbito profesional sobrepasa aquella idea limitada y estereotipada con la que accedieron a los estudios. La enfermera es representada como una profesional con más competencias a desarrollar de las que imaginaban, con capacidad reconocida para hacerlo y con más autonomía de la que creían. La enfermería es para ellos una

¹² Tal y como ya se comentó con anterioridad, los nombres de las participantes son ficticios y han sido modificados en aras de mantener su anonimato. No obstante, se ha creído conveniente identificarlas asignándoles un nombre y no un número para de esta forma ayudar a humanizar la presentación de los participantes y hacer que se escuche su voz.

profesión que entienden fundamental para el mantenimiento del sistema sanitario y a la que atribuyen funciones esenciales y diversas que ninguna otra profesión puede ofrecer.

Esta visión “idílica” de la profesión se corresponde con la que ellos desean que sea y la refuerzan con aquellas experiencias más favorables que seleccionan de entre todas las que han vivido como estudiantes. Se mezcla parte de un discurso teórico elaborado de lo que ha de ser la enfermería con experiencias que han vivido durante las prácticas clínicas y de las que escogen aquellas que reafirman dicho discurso. Además de esto, el componente de satisfacción personal que les supone el hecho de poder y saber ayudar a las personas en momentos tan especiales de su vida, complementa esta imagen satisfactoria de la profesión que en estos momentos poseen.

El discurso más formal y teórico de lo que es una enfermera está presente en el intento de definición. Aunque ésta resulte difícil y no acabe de ser clara, aparecen conceptos claves, a veces de manual, que son utilizados para ilustrar la idea:

*“Bueno, pues la necesidad de adquirir conocimientos para ser capaz de **cuidar** a las personas tanto en estado de **enfermedad** como de **salud**, para darle **autonomía**. Y el confort del **paciente**, de la **familia**, como ser **biopsicosocial**, en todos los ámbitos. Para mi es el cuidar.”* (GD1, Estefanía, 18)

En coherencia con esta idea definitoria del profesional de enfermería, aquello que para los estudiantes confiere identidad propia a la profesión y que la diferencia de otras es el hecho de **cuidar**, entendido como la **ayuda** ofrecida a las personas, donde la concepción **integral** es tenida presente en todo momento.

“Yo pienso, también, que la esencia de la enfermería es el querer cuidar.” (GD1, Estefanía, 32)

“Porque somos los únicos que vemos a la persona como un ser biopsicosocial.” (GD2, Ana, 424)

“Y tratar a la persona como un ser biopsicosocial, no solamente “tiene esta enfermedad y tiene estas repercusiones” sino no dejar tampoco la otra banda, global, a la persona en su conjunto. (GD 3, Paula, 164)

“Pues no sólo buscar la curación de la persona sino, también, mirar la calidad de vida y cómo se siente. Que la persona esté bien tanto biológicamente, como psicológicamente, como socialmente. Buscar el bienestar global.” (GD 3, Rebeca, 172)

En esta línea, el **apoyo psicológico** a la persona que ofrece la enfermera constituye uno de los pilares de la profesión para los estudiantes. Si la ayuda, en términos generales, es fundamental y característica de la enfermería,

“Para mí la enfermería es una profesión en la que, de verdad ayudas a las personas, en mi caso me encanta ayudar a las personas, y cuando se trata de enfermedades, que es un momento tan crítico para los pacientes, poder estar ahí y ayudarles, da igual que sea con técnicas enfermeras o aplicando medicación o cosas más médicas, pues siempre poder estar ahí...” (GD2, Pepi, 38)

ésta hace referencia fundamentalmente a la asistencia en el ámbito psicológico, especialmente cuando la persona requiere de nuestros servicios por estar hospitalizado. La vertiente más biológica o incluso social, aunque está presente, no resulta tan relevante a ojos del alumnado.

“Claro yo no sabía que detrás de eso había...eso es una parte muy pequeña que tiene que hacer la enfermera al paciente, darle la medicación al paciente, ponerle vías, cuatro cosas. Pero realmente, la parte importante que hace enfermería es todo lo otro, el apoyo emocional que le puede dar al paciente y yo realmente no lo sabía, ni mucho menos.” (GD3, Asun, 56)

“Para mí la enfermería es poder ayudar al paciente a que supere sus problemas, como puede ser la enfermedad, como pueden ser problemas psicológicos y, es eso, sentirte tú útil pero a la vez ver al paciente que puede superar sus problemas. No sé, es un poco también lo que han dicho todos. Es más apoyo psicológico a parte de todo el tratamiento médico que le puedas poner y todos los conocimientos que tú les puedas dar, pero siempre es la parte más psicológica que es muy importante.” (GD2, Ana, 36)

El modelo biomédico, por el cual la persona es vista como un conjunto de sistemas y órganos en donde los aspectos físicos prevalecen sobre los psicológicos, a pesar de

continuar presente en el ejercicio de la enfermería no aparece como predominante en el discurso de los estudiantes. Este hecho pone de manifiesto los dos enfoques que en la práctica enfermera conviven en la actualidad (Pimentel, Pereira, & Pereira da Mata, 2011). Por una parte, el de carácter más tradicional, orientado básicamente a la ejecución de aquello prescrito por el médico y de carácter más práctico. Por otra, aquel orientado hacia la atención y a los cuidados más relacionados con el área afectiva donde la enfermera aplica sus conocimientos específicos. Los estudiantes durante su formación tienen claro hacia cual de las dos orientaciones se decantan, al menos en lo que al discurso se refiere.

No es de extrañar que los estudiantes hablen de **ayuda** en su intento de caracterizar a la enfermera o definir la profesión. Enfermería es una profesión de servicio y este deseo de ayudar se manifiesta como el más importante del colectivo en algunos trabajos (Dominguez Alcón, 1990, en Ramió, 2005).

Además, este sentimiento es compartido por las enfermeras que participaron en el presente estudio. Para estas, su cometido es ayudar a la persona que tiene un problema y la manera de hacerlo es acompañándola, escuchándola, dedicándole un tiempo para que se sienta atendida. Este vínculo que se establece entre la enfermera y la persona, aunque siempre necesario, resulta fundamental en el ámbito de la asistencia ambulatoria, donde se establecen relaciones de larga duración y donde el contacto se establece más a menudo o en repetidas ocasiones, a diferencia de la asistencia hospitalaria donde, en general, hablamos de encuentros más puntuales que posiblemente no se vuelvan a producir.

“Clara (enfermera) dijo que el CAP era una situación diferente, los pacientes no están tan críticos como si precisan hospitalización y ellas actúan más sobre la vida cotidiana. Además, son pacientes con los que estableces una relación con ellos, a muchos los conoces de años, les has visitado en su domicilio y normalmente, salvo excepciones estableces un vínculo muy bonito de mucho tiempo.” (OBS 12, 14)

Escuchar al otro se convierte, por tanto, en un acto fundamental de la atención enfermera y en esto coinciden tanto las profesionales como las estudiantes.

“Hoy día es una profesión de servicio...a la sociedad. Que llegas a, dijéramos, a suplir una serie de carencias que tenemos, sobre todo cuanto

más alto es el nivel de la sociedad más separada vive la gente, más sobra, y entonces necesitamos más un cuidado, que alguien nos entienda. Y la profesión de enfermería en ese momento para mí, es la que más le dedicamos, o sea, estamos más próximos. Yo pongo el ejemplo, a nivel de trabajo, a veces que la gente viene y nos explica su vida. Vienen por una sintomatología rara y a la que estás diez minutos allá resulta que aquel señor o señora tiene un problema de familia, tiene un hijo, no sé qué...o sea, estamos supliendo una tarea que se hacía antes y que era la de confesor.

(...)

Entonces, estamos supliendo esta necesidad de la sociedad,...no es mejor el enfermero o quien mejor sepa hacer una cura o administrar un vial, no. Es aquella persona que mejor está escuchando a la gente...” (GD4, Sergi, 92-95)

Ayudar a la persona en sus necesidades físicas, realizando aquellas actividades que en ese momento no puede llevar a cabo, o en aquellas otras de carácter más interrelacional, como es la necesidad de compañía, comprensión o de ser atendido por un profesional que les aporte seguridad, implica cuidar y esto es realizado por la enfermera (Quintero & Gómez, 2010). El deseo de ayudar, en aspectos relacionados con la salud, se constituye en un elemento básico de la profesión y uno de los motivos fundamentales para elegir e iniciar los estudios (Ramíó, 2005), como se comentará más adelante.

La ayuda a la que aluden los estudiantes, de carácter profesional, es coincidente con la que diferentes teóricas de la enfermería observan como propia de la profesión (Marriner & Alligood, 2007).

“Yo creo que cuidar, realmente, todas las personas saben, ¿no? Yo creo que se trata de la profesionalización del hecho de cuidar. De que aplicas unas habilidades que tienes, que estás aquí (en la universidad) y que todos hemos adquirido (...), ¿no? Todos tenemos ya una tendencia a cuidar y la aumentas o la desarrollas y la utilizas para hacer una profesión.” (GD 1, Aina, 38)

“Y también es lo que decía María, de saber valorar, porque no todo el mundo es igual, no todo el mundo se comporta igual. Entonces, la enfermera no

5. Resultados de la Investigación

puede generalizar ni tener una forma de actuar siempre igual porque cada paciente es diferente. Y es muy difícil para mí eso, saber cómo actuar con cada persona diferente. ...Y eso es el cuidar profesional. No es el cuidar como una madre cuida a sus hijos, es cuidar a una persona que no es de tu ámbito y que tiene un problema, no es tan fácil.” (GD1, Cristina, 40)

Uno de los supuestos principales de Virginia Henderson (1971) es que la enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos y hacerlo en aquello que el realizaría si tuviese la fuerza, los conocimientos o la voluntad para hacerlo. Para Glenn Abdellah (en Marriner, 2007), la enfermería es una profesión de ayuda donde se hace algo a la persona o para la persona con objeto de restablecer su capacidad de autoayuda, aliviar un sufrimiento o descubrir necesidades.

Por su parte, Patricia Benner al describir la enfermería habla de relación de asistencia, donde esta última es fundamental por crearse la posibilidad de dar y recibir ayuda (Benner & Wrubel, 1989). En esta línea, para Bonafont (en Alberdi & Cuxart, 2005) cuidar es un acto de reciprocidad donde la persona atendida recibe un servicio y donde a su vez la enfermera, a través de la relación que establece con ella, avanza en sus propias potencialidades. Planner (en Medina, 1999) habla de crecimiento personal de la enfermera a partir de su relación con el enfermo. **El cuidado** es entendido **como un proceso interactivo** por el que **la enfermera y la persona atendida se ayudan mutuamente** para su desarrollo, actualización y transformación hacia mayores niveles de bienestar. Pues bien, esta reciprocidad a la que nos referimos la muestran los estudiantes cuando advierten que el ayudar a los otros es una manera de ayudarse a sí mismos por el sentimiento que les genera.

“... poder tener la capacidad de ayudar y de tener este papel de poder ayudar a la gente a lanzarse y a superar situaciones, aunque es duro pero también tiene una parte que te hace sentirte bien como persona, que haces algo bueno.” (GD 1, Cristina, 24)

Además de la ayuda en general y psicológica o emocional en particular que los estudiantes atribuyen a la función enfermera, les confieren también como atributos el **hacer de todo** y el tener la capacidad para ello. La enfermera es vista como la profesional que en el ámbito de la asistencia se ocupa de muchas y diversas cosas, de entre las cuales algunas podrían corresponder a disciplinas diferentes a la suya.

Esta variedad de actividades que realiza es entendida como un valor positivo que resaltan de su actuación y que contrasta con la idea limitada que de ellas tenían anteriormente.

“... yo no tenía una imagen de que fuera... de que abarcara tanto campo, ¿no?, el psicológico, el... yo la veía a la enfermera como de técnicas concretas, de... pero esto... lo psicosocial no lo conocía, no sabía que la enfermera tenía esta función. Como que yo, ahora, veo que la enfermera hace de médico, de enfermera, de psicóloga, hace un poco de todo en realidad (asienten Estefanía, Fina i María).” (GD1, Cristina, 128)

“Pero al final, durante estos cursos te das cuenta que no solamente son cosas técnicas lo que hace la enfermera sino que abarca todo un poco y al final es lo que realmente te termina de satisfacer a ti misma en tu profesión a la hora de dar los cuidados que necesita el paciente.” (GD 2, Sandra, 50)

“... la variedad de competencias que tenemos, no sólo de cuidados sino también de educación, de prevención, promoción de la salud. Me parece muy variado...” (GD 3, Rebeca, 356)

Las estudiantes alegan que la enfermera tiene un gran campo de competencias a desarrollar y que las actividades que lleva a cabo son muy diversas y no sólo de carácter procedimental. El que la enfermera se ocupe de todo implica un valor positivo, ya que amplía su idea previa de profesional que sólo o minoritariamente se ocupaba de aquello más técnico. Sin embargo, este discurso mayoritario varía cuando se trata de estudiantes que poseen experiencia laboral como auxiliares de enfermería y difiere con lo observado durante mi estancia en el campo.

El tener experiencia laboral en el ámbito hospitalario, el conocer desde dentro la realidad asistencial, las tareas que se llevan a cabo y quien las realiza, y especialmente el tratarse de una figura tan próxima y vinculada a la enfermera como es la auxiliar de enfermería, pone de relieve otra realidad diferente y contrasta con la idealización con que la mayoría de estudiantes habla respecto a la enfermera.

En base a la experiencia profesional que otorga el trabajar de auxiliar, se entiende que la enfermera ayuda a la persona pero que tiene a su alrededor determinados condicionantes que le impiden dedicarse a esta tarea más tiempo del que lo hace.

En este sentido, el tiempo es un factor básico que hace que tenga que delegar funciones de cuidado a otros profesionales del equipo sanitario como son las auxiliares, aspecto que se tratará más adelante. Por tanto, la otra imagen es una ideal que emerge de personas debutantes y que se corresponde poco con la realidad.

“Estoy contenta sobretodo porque la experiencia de ser auxiliar me ha dado una visión muy diferente de la enfermería. Toda la visión que se tiene actualmente, bueno de la persona novel que empieza, que debuta, esa idealización de que la enfermera puede ayudar y es la que más tiempo está con el paciente, es una parte un poco ambigua del concepto (ríe).” (GD 2, Neus, 74)

“O sea, la enfermera atiende al paciente en la necesidad básica del momento y aplica unas técnicas que son necesarias, y además tiene que cumplimentar unos registros, o además tiene dudas y tiene que ir a hablar con el médico y buscarlo e insistir para que se produzca tal cambio. Y el criterio lo puede aplicar la enfermera en un momento, pero luego necesita consensuar con el médico, y unas situaciones que... todo esto requiere un tiempo. Y luego, la atención al paciente continua, de un timbre, de cosas que si llévame aquí, que si tráeme, me he ensuciado, cámbiame, etc., esto lo hace la auxiliar. Por lo tanto, la auxiliar es la que le va a dar de comer, la que le va a dar las pastillas y va a estar más tiempo...” (GD 2, Neus , 86)

Esta imagen idealizada de la enfermera que ejemplifica Neus, la estudiante autora del verbating, coincide con lo que argumentan autoras como Ramió (2005). Los estudiantes, a través de la observación de la práctica profesional enfermera durante algún contacto con el mundo sanitario, construyen una imagen ideal de ésta en base a la relación de ayuda que establecen y la proximidad con las personas. Esta imagen, que ya poseían y que les ha influido en la selección de los estudios, se irá ajustando durante el proceso de socialización.

El conocimiento experiencial que aporta al estudiante el hecho de trabajar dentro del escenario asistencial, pone de relieve un tipo de actividad más ajustada a la realidad, donde la atención al enfermo no siempre es efectuada por la enfermera. El tiempo que esta profesional tiene durante su actividad laboral lo dedicará a llevar a cabo

tareas que van desde aquellas relacionadas con el cuidado y la atención directa a la persona en combinación con aquellas otras, menos cuestionables, como son la administración de medicación, la toma de constantes, las tareas procedimentales y las de carácter más burocrático a las que se le dedica gran cantidad del tiempo. Este hecho, no constatado por la mayoría de estudiantes a nivel discusivo, coincide con lo obtenido durante mi estancia como observadora en el ámbito hospitalario.

A este respecto, la idea expresada por los estudiantes en cuanto que la enfermera hace un poco de todo, aunque es coincidente con la opinión de las propias enfermeras, no lo es con lo que ello implica. Si para las futuras profesionales este es un hecho que denota la importancia de la profesión en el funcionamiento y mantenimiento del sistema de salud, para las ya profesionales el hacer de todo significa realizar gran cantidad de cosas que no corresponden a sus funciones o competencias y que, por tanto, reducen el tiempo para aquello otro que realmente importa. Son las propias enfermeras las que durante mi estancia como observadora en el ámbito hospitalario reconocían este hecho:

*“En el control, Laura acababa de hablar por teléfono, intentando localizar a un celador para llevar a una paciente a las 13 horas a la infantil. Cuando acabó, se levantó y de camino hacia la habitación, riéndose, me preguntó si a mí también me pasaba: que ella **hacía de todo**, de telefonista, iba de aquí para allá, **todo menos de enfermera**.” (OBS 5, 18)*

“Al salir de la habitación, Julia, enfadada, comentaba que había llamado a conserjería porque necesitaba a un celador para un traslado. Comentó que ella “era enfermera”. Tras varios intentos fallidos de localización de un celador con el que ya había quedado previamente para la realización de un traslado, lo que quería decir era que no tenía por qué estar perdiendo el tiempo en este tipo de gestiones constantes ya que ella, como enfermera, ha de dedicarse a otras cosas.” (OBS 5, 14)

Que las enfermeras sirven “para un roto y para un descosido” es una máxima con la que la mayoría de profesionales se identifican. Pero esta capacidad para adaptarse a situaciones nuevas, difíciles, diversas y complejas no es percibida por los usuarios ni reconocida por las jefaturas (Martínez Riera, 2005). La enfermera ha de ser capaz de trabajar en cualquier especialidad, turno u horario de trabajo, con las inseguridades

que ello conlleva. Ha de saber cuidar a sus pacientes y a la vez realizar gestiones de mantenimiento o funcionamiento del servicio donde trabaja. Ha de estar al día de los avances científicos y formarse en su tiempo personal. Y ha de adaptarse a un sistema donde se favorece la tecnificación y en el que entran casi por inercia.

Por otra parte, en el contexto real de la asistencia, la estudiante realiza de manera más o menos “rutinaria” una serie de actividades que aunque prudentemente comenta con la enfermera, tiene asumida que puede realizar, tomando por ello la iniciativa. Dichas actividades suelen ser las de medición de constantes, pruebas que por el tipo de patología o problemas a tratar son frecuentes en el servicio y la medicación a administrar. Pero existen otro tipo de actividades más cuidadoras, incluidas las educativas, que la estudiante no interpreta que deba tener la misma predisposición para realizarlas o, incluso, que ni se cuestiona el hacerlo.

“Tras observar durante varios días que la estudiante realizaba determinadas actividades como la toma de constantes, higienes o administración de medicación, siempre comentándoselo a su enfermera responsable pero asumiendo que era una faena que la enfermera le permitía hacer, le pregunté qué hacía como estudiante de prácticas que no fueran estas actividades. Le dije que esas cosas ella las realizaba prácticamente sin pedir permiso a la enfermera. Pero, ¿qué más hacía? Ella contestó: “pues eso... ¿qué más hay que hacer? No se... lo único, por la tarde que es cuando hablo algo más con los pacientes. Por la mañana no da tiempo y sólo saludo y ya está”. ¿Qué hacen más las enfermeras que no sea poner medicación y tomar constantes? Pregunté nuevamente. Se quedó pensando, le costaba, no respondió. Le pregunté que si hacían educación sanitaria, por el tipo de pacientes que llevaba. Contestó que sí, que por ejemplo, ella, lo hacía al final, cuando se iban los pacientes con diabetes u obesidad y se les enseña a poner la insulina o la heparina. Mi nueva pregunta fue: ¿y también les enseñas (aparte del aspecto procedimental) aspectos como la dieta a seguir o estilos de vida a llevar? Contestó que ella preguntaba qué era lo que sabían y en función de eso les explicaba.” (OBS 9, 15)

5.1.2. Infravaloración del cuidar

Si se asume que dentro de las funciones asistenciales de la enfermera son muchas y diversas las actividades que realiza, es llamativo que algunas estudiantes acojan como suyas sólo una parte de estas y no otras de características más cuidadoras, educativas o investigadoras, que ni se plantean ni las sitúan en el mismo nivel de actividades de aprendizaje. Se aprecia que cuando el estudiante, lejos del discurso más o menos formal, ha de ejemplificar qué es lo que hace una enfermera, las muestras que da voltean alrededor de los mismos ejemplos más próximos a lo procedimental y más lejanos a actividades de cuidado. Se pone de relieve que una cosa es lo que se desea que sea una profesión o aquello que más se valora y otra lo que se interioriza que realmente es.

Se está de acuerdo con Alberdi (2004) en que, en términos generales y sin tener en cuenta la amplia gama de matices, existe una parte del alumnado que se identifica más con el bien intrínseco¹³ de la profesión, teniendo así una orientación más cuidadora, y otra parte del mismo cuya orientación es más tecnológica. Estos últimos, aunque al manifestarse expresen el cuidar como su objetivo profesional, realmente se identifican más con aquellas aportaciones que giran en torno a actividades de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Pero además, esta orientación más cuidadora o más tecnológica no sólo aparece en los estudiantes. También lo hace en las profesionales de cualquier ámbito o nivel de ejercicio profesional y, por tanto, en aquellas que imparten docencia ya sea teórica o práctica. Su importancia es evidente, especialmente si son de tendencia más tecnológica, ya que serán ellas las encargadas de tomar decisiones fundamentales como, por ejemplo, aquellas relativas a los contenidos de la enseñanza o de las prioridades de los servicios (Alberdi & López, 2004). Enfermeras y docentes constituyen dos grupos básicos de referencia para los estudiantes e influyentes en la construcción identitaria profesional (Boittin, 2002).

Por tanto, al hecho de que una parte considerable de estudiantes otorgue mayor relevancia a un tipo de actividades más técnicas, tecnológicas o vinculadas al diagnóstico y tratamiento se le añade el que, por otro lado y en la realidad de la

¹³ Aquello que cada profesión proporciona de forma única a la sociedad y constituye un servicio indispensable para su mantenimiento (Alberdi, 1998).

asistencia, observen cómo una parte importante de enfermeras dedican su tiempo de trabajo mayoritariamente a este tipo de tareas a las que ellos se sienten más vinculados.

Cuidar y curar comprenden todas las actividades de un sistema sanitario. Sin embargo, la valoración social no es la misma por las consideraciones acerca de quienes las llevan a cabo, es decir, de hombres y mujeres, entre otras cosas. El trabajo enfermero, mayoritariamente de mujeres, es visto como un atributo de la naturaleza femenina y meramente intuitivo. La subordinación de lo femenino a lo masculino se manifiesta en la dicotomía del cuidar y el curar (Medina, 1999).

Los estudiantes de la presente investigación tienen muy claro la existencia a nivel social de un **predominio del acto curativo frente a los actos de cuidado**. La curación de la persona en un momento crítico como es el de la enfermedad es tan prioritaria y está tan valorada que no deja espacio para el reconocimiento de aquellas otras intervenciones de carácter más cuidadoso. Obviamente, el reconocimiento y el prestigio es para aquellos profesionales a los que directamente se les vincula con la curación, los profesionales médicos.

“Porque es verdad que toda la sociedad ve lo de curarse como una victoria y si no te curas pues ahí te has quedado. Y el cómo, el procedimiento o la calidad de los cuidados no importan porque al final lo que quieres es curarte y salvarte. Y por eso yo creo que le dan tanta importancia y luego dicen “me ha salvado el doctor tal y me ha dado tal tratamiento”, porque realmente con lo que se quedan es con esto, aunque después en privado digan “la enfermera esta que maja y que bien me cuidó”, porque es que da igual porque es que yo me quería salvar.” (GD2, Lourdes, 198)

Pero a pesar que la mayoría de estudiantes coinciden en la existencia de un escaso reconocimiento del cuidado frente a una hegemonía de lo curativo y se quejan de ello, lo cierto es que son pocos los ejemplos que ellos mismos aportan donde les atribuyan gran importancia a actividades de cuidado como pudieran ser aquellas más elementales relacionadas con la higiene, la alimentación o el bienestar y confort, por ejemplo. Tal y como señala Collière (1991), a pesar de la diferente naturaleza de los cuidados y los tratamientos, a estos últimos se les ha otorgado un lugar predominante hasta el punto de invadir todo el campo terapéutico y de relegar los

cuidados a un puesto secundario. De entre los escasos ejemplos donde el estudiante atribuye importancia y se evidencia la necesidad de dichos cuidados, el siguiente es uno de ellos:

“Yo siempre lo digo, lo he contado más de una vez, una anécdota de cuando yo estaba en urgencias. El simple hecho de llevarle una manta a una paciente que llevaba cuatro horas en la sala de espera, una persona mayor, que lo hice de manera voluntaria pero como lo haríamos todos, yo me juego la mano que lo haríamos todos, el hecho de llevarle una manta, tirarle una manta por encima y ponerse a llorar, porque nadie había caído en que esa señora tenía frío, nadie. (...) Pues el hecho de echarle la manta por encima y la paciente ponerse a llorar, y que era lo que le hacía falta en ese momento, y que nadie se lo hubiese traído. Y es como decía Àngels, no es que sea nada técnico, ni es que te tengan que enseñar aquí, pero que es algo que, emocionalmente, tú a esa persona le has hecho que esté más estable y luego, pues la repercusión que tendrá en su estancia ahí y contigo ya te cogerá confianza y te dejará más o menos que tú puedas entrar a ayudarle en todo, en la enfermedad, en el tratamiento que tengas que dar...y ya estas consiguiendo otro nivel de actuación.” (GD 2, Marcos, 24)

En este caso, además, el estudiante establece un vínculo entre el cuidado y el resultado final, aspecto difícil de encontrar en el argumentario tanto de estudiantes como de profesionales de la enfermería. Y es que, a pesar que el cuidado puede potenciar la curación (Medina, 1999), uno de los aspectos por los cuales no se atribuye a los cuidados la importancia que requieren, es que no se considera que puedan tener en sí mismos una acción terapéutica, sino que sólo los tratamientos lo tienen. Siguiendo con Collière y estando de acuerdo con ella, existe un vacío importante al no estar clarificado aquello que se proponen las tareas que desarrollan las enfermeras. Por tanto, si las actividades propias de las enfermeras no están justificadas en base a las alteraciones relacionadas con la enfermedad, sólo se tendrá en cuenta el trabajo dependiente del médico. El siguiente fragmento escrito por esta autora recoge muy bien lo expuesto:

“Relegados (los cuidados) al rango de “tareas” la mayoría han perdido su significación. O bien cuando las enfermeras los prodigan (como ayudar a un enfermo a expresar o a recuperar el deseo a vestirse...), no son considerados

5. Resultados de la Investigación

como que hacen parte del campo de su trabajo o como actividades propias, que exigen un gran discernimiento, fruto de una reflexión y de la utilización de conocimientos diversificados. Los efectos terapéuticos no son tomados en consideración.” (Collière 1991:59)

Esta infravaloración de los cuidados versus la priorización de actividades más técnicas es una de las causas de la **invisibilidad** de los mismos. Tareas que la enfermera realiza en base a una valoración y emisión de un juicio, muchas de ellas enmarcadas en el rol propio como el acto de acompañar, consolar, acomodar o movilizar a la persona en función de la necesidad y de la situación del momento, no son tenidas en consideración como relevantes por lo que se omiten y pocas veces quedan, ni siquiera, registradas (Celma & Acuña, 2009).

Y no sólo quedan fuera del registro escrito, con la apariencia de no existencia de este tipo de actividades, sino que tampoco son tenidas presente como aspectos prioritarios a transmitir a los estudiantes, aspecto corroborado durante mi observación en el ámbito hospitalario. En este sentido, las explicaciones dadas por la enfermera a la estudiante, facilitadas de manera espontánea por la primera o a petición de esta última, mayoritariamente versaban sobre aspectos relacionados con la medicación, con la patología, o con el porqué de algún signo o síntoma vinculado directamente con ésta. Sin embargo, son escasas las ocasiones donde se haya hablado de las necesidades del paciente, sobre cómo valorarlas, o del por qué de una determinada acción enfermera de carácter más cuidador. Ni la enfermera cree necesario hablar de ello ni la estudiante tiene tal necesidad, aspecto bastante revelador.

5.1.3. Delegación del cuidado

En esta investigación se pone de manifiesto que entre las estudiantes, son aquellas que trabajan de auxiliar de enfermería quienes evidencian y ponen de manifiesto un traspaso de cuidados a manos de las auxiliares. La experiencia profesional les hace afirmar que son ellas quienes más tiempo pasan con el paciente y quienes, en definitiva, se ocupan de cubrir las necesidades básicas de éste. Las cargas de trabajo y el tiempo disponible hacen que la enfermera se ocupe de unas determinadas tareas y les delegue a ellas aquellas otras consideradas más básicas.

“La enfermera no tiene ese tiempo para estar con el paciente. La persona que realmente tiene, a nivel de estamentos sanitarios, la persona que está con el paciente y que cubre las necesidades básicas del paciente, la que cubre pura y duramente las necesidades básicas del paciente, es la auxiliar.” (GD 2, Neus, 78)

Este hecho, al que tan claramente se alude en base a la experiencia profesional y que está de acuerdo con la opinión de los pacientes según se recoge en algún trabajo (Quintero & Gómez, 2010), choca con la visión de gran parte del resto de estudiantes. Para éstas, el hecho que sea la auxiliar quien se ocupe mayoritariamente de la atención del paciente y de sus cuidados más fundamentales se explica en función del servicio en el que te encuentres, por lo que no es generalizable.

“Y que no quita que en planta, que también he estado, las que más trato tienen o más tiempo le dediquen sean las auxiliares, que yo creo que de aquí nadie lo puede negar. Pero en sitios así, cerrados, enfermería ya está preparada para, como decía Ana, atender al paciente como un todo integral. Porque en UCI entras y, bueno, ya sólo la revisión de primera hora, por ejemplo, ya lo estás teniendo todo en cuenta, o sea no hay nada que te dejes.” (GD 2, Marcos, 106)

A pesar de las resistencias para admitir explícitamente que es la auxiliar quien se encarga de proporcionar los cuidados básicos, lo cierto es que ven con absoluta normalidad que la priorización por parte de la enfermera se decante por actividades de administración de medicación u organizacionales en detrimento de aquellas directas de cuidado.

“Es decir, que es verdad que la auxiliar se ocupa de gran parte de las medidas básicas, pero es que para eso está también, para ayudar y colaborar con la enfermera a llegar a suplir todas esas necesidades. Si la enfermera tuviese que hacerlo todo, obviamente, no le daría tiempo. Y es verdad lo que tú dices que has de perseguir al médico para que te diga tal medicación o tienes que estar con mil registros, sí que es verdad que te quita tiempo, pero también es verdad que es necesario para el paciente, porque sin esas cosas no podría haber una organización, no habría orden.” (GD 2, Lourdes, 88)

A pesar que al cuidado se le considera el corazón de la profesión, los estudiantes, a excepción de aquellos con experiencia profesional en el ámbito sanitario, no se sorprenden que la enfermera dedique la mayor parte del tiempo a otras actividades.

Y es que, en un sistema sanitario como el nuestro, de alta calidad científico-técnica, el valor atribuido a la tecnología es tan alto que uno de sus efectos es la sobrecarga que tienen las enfermeras de tareas vinculadas al diagnóstico y la existencia de fuertes presiones para que se encarguen de ellas. En consecuencia, se compromete la atención a otras necesidades de la persona (Alberdi & López, 2004; Lleixá et al., 2009). Además, en ocasiones son las propias enfermeras las que minusvaloran las tareas de cuidados en pro de aquellas más técnicas, contribuyendo así a la invisibilidad de los mismos. De este modo, como afirma Collière (1991) todo aquello que no contribuya al tratamiento médico será un trabajo invisible y no reconocido.

El papel de la enfermera se ve relegado a tareas que complementan la actividad médica y, por tanto, el resto de cuidados enfermeros y demás prestaciones profesionales se realiza con mucha mayor dificultad (Alberdi & Cuxart, 2005). En otras ocasiones va pasando a manos de auxiliares o de familiares. Este aspecto es visto con normalidad por la mayoría de estudiantes, lo cual no deja de ser paradójico si, como hemos visto, el cuidado se entiende como el núcleo de la profesión. Lo ven de forma tan natural que no llegan a plantearse, por ejemplo, por qué si el cuidado es el corazón de la profesión y la enfermera la responsable y primera interesada en ello, no existe con posterioridad a la delegación en las auxiliares un espacio común donde tratar este aspecto conjuntamente con la enfermera.

Coincidiendo con de La Cuesta (2007), y tal y como evidencia el último verbating, el paso del cuidado de manos de enfermería a las auxiliares o incluso a familiares y amigos, se origina con absoluta normalidad y, es más, se da por supuesto. Como afirma esta autora, los límites entre el cuidado formal y el informal son difusos. El traspaso del cuidado a la familia puede evidenciarse en muchas situaciones de hospitalización donde se vive como una obligación el que sea la familia quien esté las 24 horas al lado del paciente, sin considerar otras cargas o compromisos personales. En estos casos, se da por hecho que del cuidado directo se ha de responsabilizar la familia o los allegados directos.

5.1.4. Gestión de las actividades enfermeras

Ha quedado de manifiesto que los estudiantes construyen una visión idealizada de lo que es la enfermera, atribuyendo un valor positivo al hecho de que se encarguen de una mayor cantidad de actividades o funciones de la que ellos previamente poseían. Son aquellas estudiantes que conocen la realidad de la asistencia, por trabajar en ella como auxiliares de enfermería, las que se desvinculan de esta imagen idealizada y las que aportan una aproximación más coincidente con la de las mismas enfermeras. Por su parte, estas profesionales alegan un sentimiento de insatisfacción por haber de realizar actividades que no le corresponden y que les limita el tiempo para otras que se incluyen dentro de su ámbito competencial. A esto se añade el que una gran parte de enfermeras dedican una parte muy importante del tiempo a tareas más vinculadas con su rol colaborador en detrimento de aquellas otras más cuidadoras.

Ante lo expuesto, es necesario conocer cómo priorizan las enfermeras participantes de esta investigación las actividades que han de realizar a lo largo de una jornada laboral en relación al tiempo que disponen y en función de qué criterios lo hacen. Pues bien, aparece una gran diferencia entre el ámbito hospitalario y el de la atención primaria.

En este último, aunque depende de cada equipo el cómo estén organizadas las actividades, la percepción de contacto y relación con las personas siempre está presente de forma mayoritaria. El tiempo dedicado a técnicas de, por ejemplo, extracción de sangre o administración de fármacos es el establecido en el centro y no parece cuestionado. Lo que sí se percibe como una carga de trabajo es la informatización de los registros, a la que se le dedica un tiempo que se le resta a la atención al paciente. De hecho, es éste último quien percibe una desviación de atención por parte del profesional de enfermería que le atiende.

“Pues yo he sentido muchas veces pacientes que hace diez, quince, veinte años que los trataba que te decían: “es que no me miras a la cara, sólo miras la pantalla”. Y es que es verdad,(...) yo soy anti ordenador porque creo que el tiempo lo puedo dedicar más a los pacientes.” (GD 4, Sergi, 206)

No obstante, aunque hayan emergido actividades o programas informáticos que requieren de una mayor dedicación e inversión de tiempo, la percepción de contacto

y seguimiento del paciente continúa teniendo un peso muy específico. Y aún más si la actividad principal a la que se dedica la enfermera es la atención domiciliaria. En este sentido, no se percibe insatisfacción por dejar de realizar o relegar ciertas actividades relacionales y cuidadoras en pro de otras de carácter más técnico o burocrático ya que el trato directo con la persona sigue siendo concebido como un pilar básico e imprescindible. Este aspecto es coincidente con lo recogido durante la observación realizada en el centro de atención primaria.

“Mi día a día es visitar a la gente, hacer la valoración, ver cómo está de un año hacia otro, o de un problema a otro, valorar a la persona de forma holística. Ver qué relación tiene con los familiares, si vive solo, si está haciendo un proceso de duelo, si tiene alguna cura que hacer, si hace falta... revisar la medicación -que es una cosa que muchas veces, eh... parten los problemas de por qué llegan al hospital como llegan.

(...)

Yo un día a día lo resumo como acompañar a la gente. Es que, claro, realmente es lo que hago, acompañar a la gente, en todo el proceso de cómo camina, de cómo se maneja en su casa, de si ha hecho un duelo o ha perdido al cuidador principal y ahora no sabe, no sabe cómo se ha de cuidar. Un señor mayor, por ejemplo.” (GD 4, Esther, 227-229)

Es en el ámbito de la asistencia hospitalaria donde sí que aparece un grado de insatisfacción muy evidente respecto al tiempo que se le dedica a determinadas actividades. La manera en cómo la enfermera distribuye su tiempo de trabajo le genera un gran sentimiento de disconformidad, percibiendo las actividades a las que les han de dedicar un tiempo excesivo aquellas que siente impuestas por la institución y que se viven como inamovibles. La introducción de herramientas y programas informáticos se encuentran entre el mencionado tipo de actividades y son vistas como una de las causas principales de “deshumanización” de los cuidados. Es decir, le atribuyen gran responsabilidad en el hecho de haber de restar tiempo de atención a las personas, incluso en aquellas situaciones más inminentes donde se requiere una mayor atención enfermera.

“Creo que el programa Gacela nos ha..., nos ha sacado... yo le digo “humanidad” a la enfermera, pero le llamo así, “humanidad” a la enfermera,

porque los cinco minutos que yo tenía para sentarme con un familiar, con un..., con una madre, con una esposa, con un enfermo... a mí se me ha acabado, porque no tengo tiempo.

(...)

... últimamente tenemos pacientes jóvenes, y a ver... a mí... yo soy madre, y yo, ver una madre con un paciente, con un hijo en oncología con un diagnóstico de pocos meses de vida, para mí, es desgarrador, e intentas sentarte con esta madre, intentas hablar con ella, intentas dar un apoyo... Esto se ha acabado. Porque esto, el "Gacela", te lo ha quitado. Entonces, para mí, "Gacela" es quitarle "humanidad" a la enfermera. O sea, a mí el sistema informático ha quitado "humanidad". Lo digo en este sentido, no que nos hayan quitado la humanidad nuestra, sino en el momento que tú te puedes sentar cinco minutos. Entonces, allí, un día de trabajo es esto: es "Gacela", es curas y, bueno..., pases de visitas y estar con el enfermo. Pero no los cinco minutos estos, no." (GD 4, Eva, 114-116)

A las importantes cargas de trabajo con las que ya contaba enfermería se le ha sumado la introducción de esta nueva herramienta de trabajo. Y es que, si el tipo de paciente ha ido cambiando a lo largo del tiempo, y con ello también las actividades diagnósticas o de tratamiento, las enfermeras continúan siendo las mismas en proporción. El mayor número de pruebas vinculadas a procesos más complejos no ha supuesto un incremento de profesionales que puedan absorber estas tareas sin por ello perjudicar otras de su competencia. La presión existente para su realización ha supuesto un perjuicio para la realización de actividades de carácter más cuidador.

A pesar de la atribución mayoritaria de la desviación de los cuidados a tareas informáticas, que puede entenderse en cierta medida como coyuntural desde su instauración, las enfermeras consideran que el problema no radica únicamente en la informatización de los registros. Es más, coincidiendo con la visión de la enfermera más joven, el uso de programas informáticos como el que utilizan se tendría que entender como una potenciación del rol propio de la profesión al incorporar un gran abanico de actividades propias. El problema radica en que están sobrecargadas de tareas delegadas y en que priorizan su realización porque, además, se les exige. Éste es un aspecto conocido y recogido en algunos trabajos (Celma & Acuña,

2009). Y no sólo desde estamentos médicos, sino desde las propias jefaturas de enfermería. El siguiente extracto plasma perfectamente cómo incluso desde dentro de la profesión se puede acabar amonestando por la no realización de tareas colaborativas pero no por dejar de llevar a cabo una atención adecuada a la persona o a la familia:

Silvia: “A lo mejor, digamos sí, al gacela, pero el problema es entonces que tenemos demasiadas tareas delegadas.

Eva: Es lo que estábamos diciendo...

Roser: Es lo que decíamos

(...)

Silvia: Para mí, realmente, el problema no es el gacela...No, perdona, es administrar tanta medicación lo que me quita tiempo para poder realizar el gacela, y poder realizar bien los cuidados propios. O sea, el problema no es el gacela, que el gacela te quite tiempo para hacer cuidados o “humanizar”... El problema... el problema es que priorizamos siempre y, además, priorizamos no solo porque queramos, sino porque se nos exige dejar esto hecho. Hombre... esta exigencia es que si tú no das la medicación en el momento en que es *preciso*, te llaman la... la atención.

Sara: Sí, porque es una función del jefe de enfermería.

Silvia: O el médico, o... o sea, esto es así. Pero nadie te llama al despacho de supervisión porque hay una familia que está mal atendida en el ingreso por un debut de leucemia.” (GD 4, 151-162)

El conocer qué funciones o actividades realiza la enfermera en el medio asistencial se constituye como básico para poder comprender cuál es la imagen que la sociedad en general tiene de la profesión y de sus profesionales. Como veremos en el apartado siguiente, aquello que transmite la enfermera a través de su comportamiento y que las personas perciben en su contacto con la profesión, contribuye en la construcción de la imagen social de la enfermera.

5.1.5. La imagen social de la enfermera

Los estudiantes son conscientes del desconocimiento que existe por parte de la sociedad en general sobre la enfermería o bien de la imagen estereotipada que todavía perdura. En muchos casos la figura de la enfermera queda indeterminada, sabiendo que es un profesional que existe pero del que no se conoce bien qué es lo que realiza. En otros, la visión de la enfermera es aquella que realiza extracciones de sangre, administra vacunas o ayuda al médico, imagen todavía presente en un amplio sector social. Para éste, la enfermera realiza aquello que el profesional médico le ordena, por lo que su función conocida es aquella limitada al acatamiento de órdenes.

“Es decir, yo cuando empecé a estudiar yo no pensaba estudiar enfermería porque, realmente, yo no sabía ni qué hacían, ¿no? porque las veías en el centro de atención primaria, por ejemplo, y ves lo que hacen siempre, ¿no?, hacen extracciones, ponen vacunas, pero tú no vas a una consulta de enfermería a que te atiendan unos problemas x. O estas en el hospital y, sí, sabes que hay enfermeras pero no acabas de conocer realmente lo que hacen.” (GD1, Aina, 52)

“Aún se tiene muy visto esto de que es lo de por debajo del médico, la ayudante...” (GD 1, Cristina, 82)

El estudiantado entiende que todavía se sigue viendo a las enfermeras como unas personas amables, simpáticas, dispuestas a ayudar pero que no gozan de un reconocimiento profesional a lo que hacen.

“Que a veces la población piensa de la enfermera “esas chicas tan majas, tan simpáticas que siempre ayudan”, pero también que se reconozca que hay una profesionalidad, ¿no?, que hay unos conocimientos... que hemos estudiado.” (GD 1, Cristina, 162)

“Pero, creo que a nivel de la sociedad, en general, no, no tienen este concepto. Yo creo que nos siguen viendo como las chicas majas, las chicas simpáticas, o...”

Estefanía: O las chachas del médico

5. Resultados de la Investigación

O las chachas del médico, y no saben que tenemos unos conocimientos detrás, ¿no?.” (GD 1, Rosa, 166-170)

Esta imagen devaluada incluso es sostenida por familiares y amigos al conocer la pretensión y voluntad de estudiar enfermería.

“Al principio, cuando empecé, que ya he explicado todo, mi padre también era como yo que pensaba esto y cuando me metí en enfermería me dijo, ui, que vas a ser la mandada del médico, lo típico. Y en estos tres años he tenido una especie de lucha contra él explicándole lo que realmente era dándome un poco cuenta yo. Y ahora lo tengo casi convencido.” (GD 2, Lourdes, 140)

“...porque yo hablaba con mis compañeras y me decían ¿cogerás enfermería?, los típicos tópicos de que estarás todo el día limpiando pacientes, no harás nada, estarás al hospital todo el rato atendiéndolos y dándoles la comida, etc.” (GD 3, Montse, 46)

De esta imagen social que plasman los estudiantes y que concibe a la enfermera como una asistente del médico y, por tanto, dependiente del mismo, ya hablaban autoras como Virginia Henderson (1979) aludiendo a la realidad de algunas décadas atrás. Existía ya entonces un desconocimiento por parte de la sociedad de lo que era un profesional de enfermería y se llegaba a ubicar en el grupo de profesiones sanitarias no médicas pero que giraban en torno a la medicina. La imagen percibida por los usuarios y por el colectivo médico era la de realizadora de técnicas y administradora de tratamientos, no teniendo en la práctica un papel independiente.

Actualmente, a pesar de la evolución vivida por la profesión y de los logros académicos y profesionales conseguidos, aún se continúa percibiendo una imagen estereotipada¹⁴ de la enfermería que comparte y refuerza valores sociales existentes de relación hombre y mujer, profesional y ayudante, etc. (Heierle, 2009). Una imagen donde la enfermera es vista como menos inteligente que el médico, dependiente de éste y sin poder (Takase et al., 2006). La concepción de profesión que presta unos cuidados y una atención de salud específica e insustituibles convive todavía con la

¹⁴ Estereotipo: Imagen social preestablecida que poseemos de alguien o algo y que resiste toda modificación. Su uso suele ser peyorativo, a veces como sinónimo de estigma y también de prejuicio (Giner, Lamo de Espinosa, & Torres, 1998).

imagen de profesión escasamente cualificada, con actividades ligadas estrechamente a condiciones de género y con una representación de la enfermera proyectada en el cine o en los medios de comunicación de mujer frívola, con escasa capacidad de decisión, donde prevalece la subordinación y dependencia a otros profesionales (Calvo, 2011). Es sabido que todavía una parte importante de la sociedad sigue creyendo que el médico supervisa y coordina todas las tareas de la enfermera. Además, aunque las actividades que son consideradas más tradicionales de la profesión son reconocidas, no ocurre lo mismo con la faceta preventiva, docente o educadora, mostrando, nuevamente, desconocimiento de las funciones profesionales (Valiño et al., 2005).

5.1.5.1. Los motivos de esta imagen social

Dos de los principales motivos que alegan los estudiantes para el mantenimiento de esta visión social de la enfermería son la *edad* de la persona y el *contacto* que se haya tenido *con la profesión*.

Por un lado, creen que el hecho de que en nuestra sociedad haya una gran base de personas de **edad avanzada** hace que se mantenga una imagen establecida en tiempos pasados, basada en la sumisión de la enfermera al médico y eminentemente técnica, que se ha mantenido hasta la actualidad casi inalterada. Se considera que estas generaciones difícilmente cambiarán una imagen que ya tienen interiorizada de hace años. Sin embargo, la cuestión difiere cuando se trata de gente más joven al no tener tan arraigada esta imagen. Para el alumnado, a medida que estas nuevas generaciones vayan reemplazando a las de edades más avanzadas, el conocimiento y la imagen profesional serán más ajustados.

“Entonces claro, yo me doy cuenta ahora en el CAP que mucha gente mayor siempre pide por el médico, cuando son cosas que las puede solucionar la enfermera, pero en cambio, en pediatría, que es donde estoy ahora, veo que las madres o las adolescentes piden directamente por ti. O sea, sí que está cambiando pero en las generaciones de ahora, que ahora son o están empezando, las que en un futuro, y gracias a esto, se podrá cambiar esta imagen de enfermería que hay hasta ahora.” (GD2, Pepi, 176)

5. Resultados de la Investigación

“Pero también lo que decíais de la edad... ya lo he dicho antes, que ha cambiado mucho lo que es la enfermería de hace 20 años a ahora y eso lo ves en que tienen un concepto diferente la gente mayor que la gente joven. Lo digo además porque yo fui a un grupo focal sobre el papel de la enfermería y, claro, fuimos otra compañera y yo y éramos las únicas del ámbito. Y veías a la gente mayor que veían la enfermera como la ayudante del médico, la chica que siempre va limpia, la chica que siempre es simpática, la chica que no sabe mucho pero que es maja, incluso salió éste... y luego había gente más joven que no tenía este concepto.” (GD 1, Cristina, 179)

Sin embargo, ante estos ejemplos aportados por los estudiantes cabe preguntarse si es la edad de los usuarios por sí sola la que influye en la imagen que tienen sobre la profesión, o si es que debido a su edad estos usuarios han pasado por consultas de enfermería en pediatría donde, por ejemplo a través de su actuación en programas como el del niño sano, han podido reconocer de manera clara una tarea autónoma por parte de la enfermera.

Por otra parte, entienden que es fundamental el hecho de haber tenido **contacto con el mundo sanitario**, en concreto con la enfermera, para tener una visión más ajustada a la realidad y en especial a la profesión enfermera. Son conscientes, también, de que en base a este argumento, se trata de un aspecto problemático ya que es una minoría la que requiere de los servicios de este profesional y de aquí el desconocimiento de la mayoría al respecto.

“Hasta que lo necesitan. Cuando lo necesitan se dan cuenta de qué es realmente, la enfermería qué función tiene y lo que la necesita.” (GD 2, Lourdes, 152)

“Depende de la vivencia que haya tenido la persona para que te diga cómo es la enfermera y depende de lo que la sociedad te lance para que tú puedas ver y hacerte la idea de lo que es.” (GD2, Sandra, 154)

Que la imagen de la enfermera se modifica con la toma de contacto y conocimiento personal de la profesión al requerir de sus cuidados, es un aspecto ya referenciado en otras investigaciones como la de Takase, Maude y Manias (2006). Este hecho y el que se contemple como un inconveniente, son dos aspectos aportados por las estudiantes en el que coinciden también las enfermeras. Para estas últimas, su

experiencia les hace afirmar que cuando una persona requiere de sus servicios y estos son de larga duración, la persona sale con otra visión muy diferente a la que traían previamente. Y no sólo respecto a enfermería sino también a otros profesionales. En este caso, los cuidados directos y el contacto prolongado con la persona atendida favorecen el conocimiento de la profesión y esto redundará en un mayor reconocimiento.

Sara: “Cambia, yo creo que cambian, maduran, yo creo que nuestros pacientes maduran, porque te ven.

Eva: En la medida que están ingresados, en la medida que están ingresados...

Sara: Independientemente de lo que es la enfermería o lo que son los cuidados, cuando viven en la piel propia esos cuidados y se dan cuenta de lo que hay.” (GD 4, Sara y Eva, 393-395)

No obstante, el necesitar un contacto directo con la profesión para saber qué es lo que ésta nos puede ofertar o qué es lo que realiza y cuáles son sus funciones supone la no existencia de una idea clara y mayoritaria a nivel social. Y esto no ocurre en otras profesiones. El ciudadano suele saber qué es lo que cada profesión oferta y qué es lo que le puede pedir o a qué profesional le puede pedir un servicio determinado u otro. De este modo, el poder de las enfermeras gira en torno al conocimiento que la sociedad tenga de la profesión, de su función social, de su actividad y de su ayuda a las personas y las familias (Domínguez Alcón, 1984). Lo que verbaliza Ferran, un enfermero del ámbito hospitalario, ejemplifica claramente esta idea:

“... ¿cuánta gente de esta sociedad ha contratado a un arquitecto para que le construya una casa? Pocos, porque la mayoría de la gente compramos una que ya está hecha. Pero el concepto que tiene toda la sociedad de lo que es un arquitecto, es un arquitecto, ¿no? Y no ha hecho servir... Claro que seguramente a partir del uso de estos profesionales se establece una imagen social, pero esta imagen no tiene que ver con si tú has necesitado el servicio del arquitecto o del no sé quién. Hay gente que nunca ha ido al médico, pero dices ostras, el médico es el médico. Yo creo, que básico, una cosa importante es que si tú le preguntas a una persona ¿qué problemas le puede

5. Resultados de la Investigación

solucionar un medico? te lo comenzara a decir. Ahora bien, si tú le dices a, a una persona, eh ¿para qué problemas iría usted a visitar a un enfermero? A ver cuántos te dicen del rol autónomo.

Hasta que la sociedad no tenga claro, no que tenga que ir, si no que tenga claro que si tiene este problema, esta dificultad, el profesional que es el responsable que se lo solucionará es la enfermera, continuaremos con esta...” (GD 4, Ferran, 405-406)

Respecto a las funciones que realiza la enfermera, a ojos de las estudiantes, la actividad investigadora empieza a proyectarse y a conocerse aunque sólo dentro del colectivo. Si antes, tanto fuera como internamente a la profesión la función asistencial era la más conocida y reconocida, en estos momentos ha habido un gran despertar y auge de funciones como la investigadora, que se entiende fundamental para el desarrollo de cualquier profesión. No obstante, el que las enfermeras pueden investigar y que lo hacen, no es conocido por la mayoría social quedando relegado a un conocimiento intraprofesional. En cualquier caso, entienden que es una cuestión de tiempo.

“Yo creo que eso es algo que, tampoco no puedes forzar a que la gente lo vea de otra forma. Es decir, la gente tiene que dejar pasar el tiempo y tiene que ir viendo que enfermería tiene otros campos y que adquiere otras posesiones y otra posición. No sé, se tienen que autoconvencer, de ir viendo. Entonces, igual que ellos han vivido que la enfermera es la secretaria del médico, la gente de otras décadas, por decirlo así, irán viendo otro punto de vista, irán viendo que hay cosas que antes no se hacían y que ahora la enfermera lo hace.” (GD1, Joel, 269)

Pero además de la edad de la población usuaria de los servicios profesionales de la enfermera y del contacto que con estos se haya tenido, los estudiantes tienen claro que existen otros factores que también han influido e influyen actualmente en cómo la sociedad percibe al colectivo.

Los **factores de género** siguen estando presentes y, en este sentido, los **medios de comunicación** tienen una importante responsabilidad en la reproducción de determinados estereotipos vinculados a las enfermeras. No obstante, los estudiantes no lanzan fuera toda la responsabilidad sino que señalan que hay una parte

importante de ésta en **las propias profesionales**, ya sea a través de su comportamiento o por no haber sabido transmitir lo que se es como profesional. Estos dos aspectos que mencionan los estudiantes, tanto externos como internos, son claves para entender cómo se nos ve como colectivo profesional y coinciden plenamente con lo señalado recientemente por algún autor.

En efecto, para Calvo (2011) la imagen que la sociedad tiene del colectivo se construye a través de lo que las enfermeras transmiten en determinados comportamientos durante su quehacer diario, ya sea de forma voluntaria o no. De este modo, esta percepción positiva o negativa estará formada por la suma de experiencias que se tiene del colectivo. Pero además de estas manifestaciones que emiten las propias profesionales, existen mensajes tanto explícitos como implícitos que se plantean desde agentes ajenos como los medios de comunicación. Por tanto, la imagen que la sociedad construye es a partir de la que las enfermeras transmiten pero se ve muy condicionada por la manera en que este aspecto es tratado y transmitido por los *mass media*.

El problema principal radica, según Calvo, en que los propios profesionales “no nos hemos ocupado ni preocupado de gestionar nuestra imagen” (2011, pág. 3). Las enfermeras no han sabido comunicar a la sociedad de manera eficaz su verdadera identidad o no lo han hecho de forma adecuada. De este modo, han sido otros agentes externos, los medios de comunicación, los que han condicionado la imagen social existente, transmitiendo una que no se corresponde con la del colectivo. En esta línea, para Heierle (2009), sin un gran esfuerzo por parte del colectivo para explicar lo que somos, lo que hacemos y darnos a conocer, la sociedad acaba escogiendo la imagen que los medios transmiten, es decir el estereotipo.

Pues bien, para los estudiantes, los medios de comunicación, especialmente la televisión a través de las series y de la publicidad que emite, tienen una alta responsabilidad sobre la imagen que en general se tiene de las enfermeras. El prototipo de enfermera que se transmite continúa atribuyendo connotaciones sexuales o bien actividades muy limitadas y de poca relevancia profesional.

“Yo creo que son dos cosas. A parte de la historia, los medios de comunicación aún nos siguen poniendo como la típica enfermera y esto tiene que ver con el sexo femenino que ves el típico anuncio de Axe, o el que sea,

5. Resultados de la Investigación

que aparece la enfermera con la minifalda. Y entonces, creo que el hecho de ser mujer ha pesado y pesa. Ahora creo que está cambiando, pero creo que ha pesado.” (GD 2, Angels, 173-174)

“Este mito que tienen también depende un poco de toda la sociedad, de cuantos anuncios tienen en la televisión, qué es lo que siempre ves cuando anuncian: “ingresa en enfermería” y ves a la típica enfermera cogiendo notas y poniendo los sueros. Entonces yo creo que eso también depende mucho de todo lo que la sociedad dice de la enfermera para que el resto de las personas, o de usuarios o de pacientes, piensen cómo eres o como no eres.” (GD 2, Sandra, 154)

Este aspecto que los estudiantes refieren sobre la imagen de la enfermera a través de los medios no es nuevo. Diferentes trabajos al respecto muestran y corroboran cómo la imagen que estos aportan no se corresponde con la esencia de las enfermeras (Calvo, 2011) ni con los atributos identitarios que el colectivo reconoce como suyo. La enfermería continúa apareciendo en un papel subordinado, con estereotipos ligados al género y donde los resultados de la intervención enfermera permanecen invisibles (Rodríguez-Camero et al., 2008). En definitiva, una imagen poco deseable que no ayuda a comprender las habilidades que poseen ni el trabajo real que realizan las enfermeras (Heierle, 2009).

Respecto a la responsabilidad profesional por no haber sabido transmitir lo que se es como tal, los estudiantes lo evidencian de manera muy clara tal y como se refleja en el siguiente fragmento.

“Yo creo que está más bien influido por el envejecimiento de la población y por la poca publicidad que se ha hecho de estos cambios. Al hacerse una carrera universitaria e incorporar nuevas tareas de las enfermeras, como pueden ser los diagnósticos, que dan un punto de autonomía bestial que hace veinte años no había, pues digamos que... no se ha dicho a los demás que la enfermera puede hacer estas cosas, que si necesitan alguna cosa no solamente tienen que pedir por el médico sino que también la enfermera lo puede solucionar y es igualmente válido el criterio, da igual que los haya visto un médico que una enfermera. Pero es eso, que la gente no sabe o no se ha

sabido venderlo, explicar a la población qué cambios ha sufrido la enfermera desde sus inicios.” (GD 2, Pepi, 175-176)

Esta responsabilidad atribuida a los propios profesionales en cuanto a cómo la sociedad entiende hoy día la enfermería se ampliará con posterioridad en el apartado referente a la responsabilidad hacia la profesión.

5.1.6. Reconocimiento social de la profesión

Absolutamente ligada a la imagen que el público tiene de una profesión y de sus profesionales está el reconocimiento que se les otorga. Es bien conocido que enfermería, a pesar de gozar de un mayor reconocimiento y prestigio que antaño, aún no ha alcanzado las cuotas que internamente se reivindican.

En un estudio de conocimiento de la realidad enfermera promovido por el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona¹⁵ (Rodríguez & Bosch, 2005) se muestra como las enfermeras se sienten insuficientemente valoradas por la organización y la sociedad respecto a su profesionalidad. Y todo ello a pesar del alto nivel de satisfacción existente con la profesión y el ejercicio de la misma. Sólo el 55% de ellas cree que la opinión pública tiene una imagen positiva de la profesión. Resulta llamativo que entre los problemas más importantes que identifican en su ejercicio profesional se encuentre esta falta de reconocimiento social y político precedido de unas retribuciones insuficientes y falta de incentivos profesionales.

Los estudiantes son conocedores de esta escasa valoración y reconocimiento a nivel profesional. Comentarios que les dirigen a ellos mismos como “¿y no querrías ser médico?” les hace ser conscientes de que se sigue percibiendo a enfermería como una profesión menos prestigiosa que otras como la medicina. El conocimiento de la profesión desde el rol de estudiante y el constatar que la enfermera realiza muchas más actividades de las que la sociedad en general piensa, hace aumentar esta sensación de infravaloración en el estudiante.

“...me ha sorprendido mucho porque no sabía que el papel de la enfermería era así al entrar, y por eso creo que está muy mal valorada la enfermera.

¹⁵ En adelante COIB

5. Resultados de la Investigación

Aún se tiene muy visto esto de que es lo de por debajo del médico, la ayudante, yo veo que es totalmente diferente". (GD 1, Cristina, 82)

Y ya no solamente por el trabajo que realiza la enfermera sino también por la formación que tiene. El techo con el que ha topado la profesión hasta hace unos años no ha permitido un ascenso adecuado en la formación académica de la propia disciplina. Se ha tenido que recurrir a otras en los casos de querer continuar la formación con estudios de doctorado. Tampoco ha existido un equilibrio entre la formación académica y profesional y el reconocimiento de la misma ya sea en términos económicos, de ascenso profesional o de valoración social. Este hecho parece que empieza a cambiar ahora.

"Y es que hay enfermeras que están superpreparadas, que han hecho masters, que han hecho cursos, que han hecho especialización y no están más valoradas por hacerlo. (...) A nivel económico, sobretudo. No pueden aspirar a más por mucho que hagan.

(...)

Claro, igual que en cualquier profesión tú puedes aspirar a estudiar más, a ascender y en enfermería también tendría que haber este...se podría, ¿no?" (GD 1, Cristina, 547-567)

No obstante, se reconoce cierta diferencia en la valoración social del trabajo realizado por la enfermera en el ámbito hospitalario y el de la atención primaria. Es en este último donde el estudiante aprecia un mayor reconocimiento profesional.

"Además, continuaba la estudiante, no era lo mismo (en relación a la figura de la enfermera en el hospital y en el centro de atención primaria). En el CAP, los pacientes valoran más el trabajo de la enfermera que en el hospital. De hecho, los pacientes vienen al CAP a "buscarte" y en el hospital están porque tienen que estar, proseguía la estudiante. Aquí (en el CAP) respetan lo que dice la enfermera, piden consejos. En el hospital están porque están ingresados y a la enfermera no le piden consejo sino que ésta se dedica a hacer más técnicas, finalizaba." (OBS 12, 13)

A pesar de este sentimiento de infravaloración, los estudiantes son optimistas y creen que se trata de un problema que mejorará con el tiempo. Los resultados de los

cambios raramente son a corto plazo y en el caso de la enfermería el paso a la universidad todavía no ha dado sus frutos a nivel social. El reconocimiento vendrá más tarde.

“Yo creo que lo más importante es la formación que recibimos ahora, es decir, que ya hace varios años, hace ya 30 años, que no es ATS, que es Diplomado, es universitario. Pero el reconocimiento vendrá más tarde, ¿no?”.
(GD 1, Aina, 627)

Respecto a esta falta de valoración social en la que coinciden tanto estudiantes como enfermeras, el estudio encargado por el COIB (2005) apunta que cuando se trata de los propios colegas y de los usuarios esta apreciación cambia.

En efecto, desde dentro de la profesión se tiende a tener una conciencia valorativa, es decir, una valoración positiva frente a otros, del trabajo que se realiza aunque esto no conlleve una posición reivindicativa (Cánovas, 2004). Los estudiantes, también parecen tenerla.

“Sí, pero yo creo que está reconocido a nivel de, de los que hacemos esto, ¿no? o sea de los que estamos en ente tema y estamos implicándonos en enfermería. Pero, creo que a nivel de la sociedad, en general, no, no tienen este concepto. Yo creo que nos siguen viendo como las chicas majas, las chicas simpáticas, o...(GD 1, Rosa, 166)

Por otra parte, el que los usuarios de los servicios enfermeros otorguen una buena valoración a la profesión frente a la de la sociedad en general vuelve a poner de manifiesto lo ya tratado en apartados anteriores. El contacto con la profesión es fundamental para un conocimiento de la misma y una adecuación de la imagen profesional. Sin embargo, sigue constituyendo un obstáculo por ser los usuarios una pequeña parte de la sociedad a la que se llega.

“Quiero decir, que pienso que sí que estamos valoradas por los pacientes que nos han tratado más tiempo, pero la sociedad en general, yo pienso aquí que es lo que dice Joan. Es verdad que nos valoran, nos valoran aquellos que han estado con nosotros, los que están aquí, los que están allí, pero en general, si haces una encuesta, no es que nos valoren mal, es que yo pienso,

yo pienso que es otro reconocimiento al que nos podrían dar o al que podríamos esperar.” (GD 4, Roser, 403)

“Es que la sociedad en general es muy grande y la gente que precisa nuestros cuidados es mucho más pequeña de lo que es la sociedad, entonces, ¿qué pasa?, Yo el feed-back que tengo con el hospital, casi el 80% de las veces me hablan de las enfermeras: “es que he estado ingresado y las enfermeras han sido tan majas”, no me hablan de los médicos, muy poca gente me habla del médico. ¿Qué pasa?, ¿es la sociedad?, Sí, es la gente que ingresa y nos explica. Y de la sociedad también forma parte la gente joven o la gente que nunca van. (...) Pero la gente que nos trata, la gente que nos trata nos valora mucho, y muy bien eh!” (GD 4, Esther, 404)

5.1.7. Desarrollo profesional y su visualización

Que la profesión se ha desarrollado de forma considerable a lo largo de los últimos años es una afirmación con la que, en general, los profesionales estaríamos de acuerdo. Sin embargo, no está tan claro que dicho desarrollo haya sido percibido por parte del resto de sectores sociales ni cómo lo perciben los estudiantes.

Tal y como se ha mostrado, por parte del estudiantado se asume que el reconocimiento social de la que será su futura profesión mejorará con el transcurso del tiempo, por entender que se trata de un proceso de cambio el que está viviendo la enfermería. De la misma manera, también creen que será en un futuro cuando empiecen a visualizarse los frutos del desarrollo profesional acaecido. Este hecho, redundará en un mayor reconocimiento por parte de la sociedad. Pero, ¿en qué se ha desarrollado la enfermería, según los estudiantes? Básicamente en tres aspectos: en las actividades que realiza, las competencias que tiene y el nivel de autonomía alcanzado. Y todo ello muy vinculado a la formación, especialmente a la derivada del paso de los estudios a la universidad.

Estos tres aspectos señalados por los estudiantes coinciden de pleno con lo expuesto por alguna autora que muestra cómo el avance profesional es el resultado de los avances formativos (cambios en el currículum de la carrera, asignaturas impartidas por enfermeras o los años de profesionalización). Dicho avance se mide

en términos de aumento de competencias, tareas y autonomía en la toma de decisiones (Zapico, 2005). Veamos estos aspectos coincidentes:

■ **Tareas desarrolladas por las enfermeras.** Tomando como referencia el ámbito asistencial, aunque sin olvidar el docente, investigador o de gestión, hay quien concreta el desarrollo en los últimos años en: cuidados basados en el concepto integral de la persona, ayuda en el diagnóstico y tratamiento médico, programas de atención al alta, programas de atención domiciliaria, programas de atención al niño sano, cuidados paliativos, consulta de enfermería, técnicas de relajación, entre otras. Y este avance se relaciona con la formación universitaria, gracias a la cual se pasó de una atención centrada en las técnicas relacionadas con el tratamiento médico a la ampliación de actividades dirigidas entre otras cosas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (primaria, secundaria y terciaria) o, por ejemplo, a programas de formación específica en cuidados (Zapico, 2005).

Sin embargo, no se puede obviar que en muchas ocasiones aquello que puede parecer a simple vista un aumento de responsabilidad otorgada a la profesión, no deriva directamente del reconocimiento competencial sino que más bien responde a otras necesidades, muchas de ellas derivadas del modelo médico hegemónico centrado en la enfermedad. Se trata, por tanto, de conquistas aparentes. De este modo, el incorporar determinadas técnicas, procedimientos o tareas asistenciales, en muchos casos se lleva a cabo cuando el profesional médico con el que se colabora deja de realizarlas por entender que debe dedicar su tiempo a nuevas técnicas o conocimientos. Se delega así aquello que ha dejado de tener un determinado interés para los profesionales médicos y pasa a asumirse por parte de las enfermeras (Celma & Acuña, 2009).

En cuanto a los estudiantes de nuestra investigación, como tuvimos oportunidad de comentar en apartados anteriores, viven de una forma muy positiva el hecho de tener un amplio abanico de tareas a desarrollar dentro del ejercicio profesional. Especialmente cuando la percepción previa limitaba dichas actividades, quedando reducidas en número y asociadas a menor responsabilidad o prestigio.

“Pues no sólo en la parte psicológica, sino a nivel de técnicas de enfermería,... hoy día incluso enfermería toma decisiones, enfermería pone

5. Resultados de la Investigación

medicaciones, enfermería modifica los respiradores, enfermería hace muchísimas cosas... (...) O sea, que enfermería se está desarrollando hasta tal punto que está adquiriendo, digamos, unos cimientos sólidos y en el que la preparación viene diferente, no es la de hace 20 años.” (GD 1, Joel, 116-120)

“Además que los estudios ahora ya no serán diplomatura, ahora ya será un grado igual que el resto, también te podrás doctorar y yo creo que eso también influye mucho a la hora de...Antes eran los licenciados y los diplomados y era como que se te acotaba mucho el espacio para seguir estudiando. Ahora tenemos las mismas oportunidades que cualquier otro tipo e carrera y eso yo creo que es importante para hacerte ver.” (GD 3, Rebeca, 408)

Cabe decir, que cuando el estudiante piensa en la figura de la enfermera lo hace teniendo como referente a la enfermera dedicada a la asistencia y, especialmente, la hospitalaria. Este dato puede entenderse si tenemos en cuenta que las prácticas asistenciales que realizan son mayoritarias en el ámbito hospitalario en relación al de la atención primaria, aspecto que depende directamente de decisiones docentes. Y también por la mayor relevancia que, en general, otorgan los estudiantes a las prácticas hospitalarias frente al resto. El ámbito profesional docente, de gestión o investigador no ocupa un lugar relevante en el imaginario de los estudiantes y son escasos los ejemplos aportados que denoten que se tienen presentes.

■ **Las competencias enfermeras.** Los alumnos tienen clara la idea de que la profesión cuenta con una serie de competencias que se han visto ampliadas y que ayudan a clarificar los límites de actuación profesional. En este sentido, le otorgan una connotación positiva y asocian el término, aunque sin concretar, a aquello que de manera exclusiva puede realizar la enfermera y que delimita así su desempeño.

“...que en parte la enfermería haya evolucionado tan deprisa en tan poco tiempo también hace que las competencias hayan cambiado y los límites de donde actúas tú y dónde actúa el médico, dónde actúa el celador, o la auxiliar, o lo que sea, pues también varían.” (GD 2, Lourdes, 216)

Puede decirse que los estudiantes, aunque hablan en un sentido general del término, se aproximan ciertamente a una de las acepciones que contempla el mismo: la

delimitación del campo de actuación de un grupo profesional (Juvé, 2007), en este caso de enfermería. Aquellas otras consideraciones respecto a los conocimientos, destrezas, actitudes o aptitudes necesarios para ejercer una profesión que quedan recogidas en las definiciones tomadas de referencia¹⁶, no aparecen en los discursos de los participantes.

Como ya vimos en el apartado de referentes teóricos, hablar de competencias no resulta nada fácil, especialmente si atendemos a la gran cantidad de definiciones realizadas. Dada la complejidad de la tarea, incluso para los profesionales implicados, sería muy pretencioso esperar que los estudiantes hablaran de ellas con elevada claridad.

No obstante, es evidente cómo el alumnado percibe un cambio profesional mayor al esperado, cómo también es consciente de que se trata de un proceso y cómo por este motivo lo considera largo y aún sin finalizar. La visión respecto al desarrollo profesional es ciertamente optimista para el estudiante, ya que espera dé sus frutos en un futuro.

“Todos los cambios son a largo plazo y cuestan de tener, pero yo creo que, a nivel de cambios, tendremos muchas, muchas ventajas respecto a otras profesiones porque, resumiendo, tú tienes mucho trato con el paciente y, sobretodo, porque es una de las profesiones que no para de actualizarse, y actualizando los conocimientos es como tú consigues el reconocimiento.” (GD 2, Marcos, 440)

“Claro, claro, como todo esto es un proceso de innovación, cambio, seguro que de aquí a unos años esto ya estará. Porque yo creo que está en proceso...” (GD3, Amelia, 124)

¹⁶ Recordemos que para Bunk (1994, pág. 9) posee competencia profesional *“quien dispone de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarios para ejercer una profesión, puede resolver los problemas profesionales de forma autónoma y flexible, y está capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo”*. Por su parte, la ANECA (2012, pág. 20) define competencia como *“el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes que se adquieren o desarrollan mediante experiencias formativas coordinadas, las cuales tienen el propósito de lograr conocimientos funcionales que den respuesta de modo eficiente a una tarea o problema de la vida cotidiana y profesional que requiera un proceso de enseñanza y aprendizaje”*.

■ **Nivel de autonomía alcanzado para la toma de decisiones.** Este tercer aspecto considerado por los estudiantes como parte fundamental del desarrollo profesional, lo trataremos a continuación como un apartado con entidad propia al tratarse de una categoría identificada a partir del análisis de los datos.

5.1.8. Autonomía profesional

Las estudiantes aprecian la existencia de un nivel de autonomía profesional mayor al que esperaban y lo relacionan con las competencias que posee la enfermera, que también supera las expectativas. El aumento de competencias profesionales y la autonomía para tomar sus decisiones es lo que, según los estudiantes, está incidiendo en un mayor desarrollo profesional. Son conscientes también que la autonomía se ha ido adquiriendo de forma paulatina y a lo largo del tiempo.

“Yo creo que, para mí, primordialmente, la autonomía que tiene la enfermera, el papel que tiene la enfermera. Que sí que tiene una función grupal, pero realmente tiene unas competencias que son propias y que sólo las puede realizar al 100% correctas la enfermera. O sea, la auxiliar puede hacer cosas, el médico puede hacer cosas, pero el conjunto de esas competencias, como son propias de la enfermera, yo creo que sin esa autonomía no seríamos, no estaríamos en el cambio que se está produciendo ahora en enfermería.” (GD 3, Paula, 332)

“Yo creo que va a avanzar muchísimo porque poco a poco hemos ido adquiriendo más autonomía.” (GD 2, Sandra, 438)

Además, tienen claro que es en el ámbito de la atención primaria donde las enfermeras desarrollan más esta autonomía. Así lo verbaliza una de las estudiantes durante sus prácticas asistenciales en el centro de atención primaria.

“La estudiante decía que la figura de la enfermera era muy diferente en el hospital y en el CAP. Que en el hospital la enfermera trabaja más en colaboración con el médico y en el CAP lo hace de forma más autónoma. Su enfermera tutora le dijo que en el CAP también se trabajaba en colaboración. La alumna respondió que sí, que en los dos ámbitos se trabajaba de manera

autónoma y en colaboración, pero que en el CAP sobresalía el trabajo autónomo y en el hospital el trabajo en colaboración.” (OBS 12, 13)

A pesar que en el discurso teórico de los estudiantes aparece la enfermera como una profesional autónoma capaz de tomar sus decisiones, lo cierto es que se mezcla con comentarios que inducen a pensar lo contrario, o bien que dicha autonomía no es completa o que no está reconocida. El lenguaje utilizado al comentar que la enfermera puede “decidir sólo hasta cierto punto”, que como profesional “puede ser más independiente” o que “el médico diga qué es lo que se le tiene que hacer a un paciente”, muestra que el estudiante no asume la autonomía total de la profesión, aunque de verdad quiere hacerlo.

Conocen las competencias enfermeras a nivel teórico y las relacionan con la autonomía profesional que se le supone ligada, pero también saben de la dificultad de la realidad y que, por tanto, si el resto de actores sociales no te reconocen dichas competencias pueden aparecer dificultades que limiten el ejercicio de las mismas.

“Pero yo creo que, sobre todo, mucha gente mayor no lo saben, es el médico y ya está, la enfermera es la que va al lado del médico y la que hace la parte más técnica. No ven a la enfermera como una persona, como decía Paula, con autonomía, que tiene roles propios y que puede hacer cosas y que no necesita del médico de que le diga haz esto o haz lo otro. Que hasta cierto punto, nosotras podemos decidir hacer.” (GD 3, Asun, 362)

“Yo la veía mucho más dependiente de lo que realmente es y he visto. Yo he podido comprobar que puede ser mucho más independiente de lo que yo creía.” (GD 3, Amelia, 60)

“Moderadora: ¿Ahora tenemos esa autonomía?”

Paula: ...Parte yo creo que si

Nerea: Yo creo que sí, lo único que no está reconocida. Sí, tú cuando sales de aquí ya tienes esa autonomía que tú sabes que puedes tener porque has estado estudiando las competencias que tú tienes. Lo único que si no están reconocidas puede ser que te la limiten, pero tú la tienes.

Moderadora: ¿Quién no la reconoce?

Nerea: La sociedad, en general, quizás no reconoce esta competencia tuya o incluso el propio médico que hace 50 años que ha estudiado o que está trabajando, o políticamente, y eso te limita. Pero la tienes.” (GD3, 420-424)

A pesar que siguen viendo a la figura médica como quien “manda” u ordena qué es lo que se debe llevar a cabo en el tratamiento del paciente, hay una parte de la actividad que sí parece exclusiva de la competencia enfermera y que es la atención de las necesidades básicas. Sin embargo, la concreción en la gestión autónoma de estos cuidados básicos por parte de la enfermera sólo aparece en el imaginario de una estudiante.

“Entonces, para mí, en estos momentos pienso que ser enfermera es tener la autonomía, de acuerdo que tienes otro estamento más que es el médico que te va a decir lo que tienes que hacer o que aplicar con este paciente, pero a la hora de atenderle las necesidades básicas, de tener un poco de voz y voto, es la enfermería.” (GD 2, Neus, 34)

En el resto de participantes no aparece como un área a destacar dentro del campo de la práctica autónoma profesional. La prestación de cuidados básicos no se considera trascendente a ojos del estudiantado como para expresarla y reivindicarla mayoritariamente. La infravaloración de las actividades de cuidado es una realidad en la que se hallan inmersos y que no se cuestionan.

Lo cierto es que hablar de la autonomía enfermera supone hacerlo de uno de los términos que más confusión y diferencias de conceptualización genera. A pesar que se ha venido estudiando a lo largo de mucho tiempo y del ascenso importante en el número de investigaciones realizadas al respecto, no parece que se haya llegado a un acuerdo en cómo ésta se define o se entiende.

Para algunos autores, la autonomía puede entenderse como la libertad para tomar decisiones independientes y para actuar en aquello en lo que sabes (Kramer & Schmalemborg, 2008). Dicho de otro modo, se trataría de poseer la autoridad para tomar decisiones y la libertad de actuar acorde con la base de conocimientos profesionales (Skar, 2009). Para otros, la autonomía aplicada a la práctica profesional no sólo se refiere al control de dicha práctica independiente sino,

también, al poseer y ejercitar el juicio clínico, que es lo que posibilita escoger entre las diversas posibilidades reales (MacDonald, 2002).

En un trabajo reciente de revisión de la literatura sobre la autonomía enfermera en los hospitales¹⁷ (Varjus, Leino-Kilpi, & Suominen, 2011), se aprecia como el concepto de autonomía profesional es definido de manera incoherente y, además, se utilizan medidas inapropiadas para su análisis, poniendo de relieve la debilidad de muchos de dichos estudios realizados. De este modo, puede observarse como las definiciones son diversas, utilizando las ya publicadas con anterioridad o desarrollando cada autor la suya propia, aunque prácticamente todas incluyen los mismos componentes nucleares para referirse al concepto de autonomía: habilidad, independencia, control, responsabilidad, autoridad y práctica propia. Sin embargo, a pesar de la inclusión de dichos elementos comunes éstos se expresan de diferentes formas. La revisión concluye poniendo de relieve la dificultad de operacionalizar los conceptos de autonomía enfermera en el entorno clínico a pesar que a nivel teórico pueda resultar bastante clara la idea.

Esta confusión existente en los profesionales está presente también en los estudiantes. Y parece lógico. Si entre los primeros no hay una definición ni conceptualización clara de lo que supone la autonomía enfermera, no puede ser más clara la idea que posean personas que aún están en proceso de formación. No podemos olvidar tampoco que la autonomía profesional se va configurando desde la formación inicial y que se continúa construyendo después a lo largo de la vida profesional (Zapico, 2005).

Uno de los aspectos que considero más relevante de las numerosas definiciones de autonomía que se han realizado para el contexto clínico es el que aporta MacDonald (2002). Para este autor, la autonomía en la práctica profesional supone el derecho a actuar de acuerdo a los estándares compartidos de la profesión, implicando no sólo el control de la práctica sino, además, el poseer y ejercitar el juicio clínico ante situaciones, por ejemplo, de desacuerdo entre miembros de otras profesiones o demandas inapropiadas por parte de los pacientes.

Es en este sentido de la definición de MacDonald en el que puede enmarcarse la

¹⁷ La revisión se realizó en artículos publicados entre 1966 y 2009 recuperados a través del CINAHL y MEDLINE.

concepción de autonomía que los estudiantes manejan, tanto para aquellos que ven que la enfermera sólo decide hasta un determinado punto y que es el médico el que ordena qué hay que hacer (poniendo así de manifiesto una falta total o parcial de autonomía) hasta aquellos otros que evidencian y ejemplifican aquellas experiencias en las que la enfermera aplicó su criterio ante la diferencia de opinión del médico. En este último caso, resulta gratificante observar cómo los estudiantes, aunque no en estos términos exactos, hablan de la necesidad de aplicar el juicio clínico para tomar decisiones, especialmente cuando estas colisionan con las de otros profesionales.

“... tienes la autonomía suficiente como para poder decirle a un médico “no estoy de acuerdo en hacer esto porque no lo veo conveniente”. Mientras tú expliques tus causas y digas el porqué. En urgencias, la enfermera que me llevaba, era una enfermera que llevaba treinta años y se enfrentaba todos los días con residentes. Paciente que entraba, paciente que le hacían todo tipo de pruebas porque, mira, como son residentes de nivel uno, pues llegaban y hacían baterías de pruebas. Y uno quería hacer un sondaje vesical para vaciar y ver si había globo vesical o no y la enfermera dijo que no, que ella con la palpación y con los años que llevaba sabía que allí no había nada. Y con su capacidad, su experiencia laboral y los conocimientos que ella tenía, llegó a convencer al residente de que no era conveniente.” (GD 2, Marcos, 146)

Los estudiantes entienden como parte de la autonomía, y la valoran de forma positiva poniéndola como ejemplo, aquellas situaciones donde a priori no hay coincidencia entre el criterio de las enfermeras y otros profesionales y donde finalmente la toma de decisiones se realiza en base al juicio profesional de la enfermera que presta los cuidados. Sin embargo, como hemos visto, saben también que no es una situación fácil y que no siempre se resuelve de manera exitosa para la enfermera.

En este sentido, y continuando con la acepción de autonomía de MacDonald, hay coincidencia con la opinión de las enfermeras participantes en este estudio. Están de acuerdo en que no son todo lo autónomas que podrían ser y que la realidad indica que todo marcha bien hasta que sus decisiones entran en conflicto con las de otras profesiones. En algunos casos, son las propias jefaturas enfermeras quienes no

muestran una especial sensibilidad en el tema al no apoyar dicho ejercicio de razonamiento y aplicación del juicio en el contexto clínico.

*“Yo iba a decir, que mi opinión es que **tenemos un grado de autonomía excelente, hasta que nuestra decisión entra en conflicto con otra profesión.**” (GD4, Ferran, 452)*

*“... yo siempre hablo de la planta que llevo desde hace 10 años, quiero decir, y yo no veo, no veo que podamos tener la autonomía que queramos. A mí se me ha llamado al despacho de la supervisora, porque un adjunto del servicio se ha quejado de mí porque yo cuestionaba los tratamientos médicos. Entonces yo cuestionaba el tener pautado la misma cosa con dos nombres diferentes, por un lado cortisona y por otra cortisona..., no lo veo. Quiero decir, yo creo que aquí se ha de quitar una de las dos. Cuestiones como estas, ver en letras grandes **alergia a la penicilina**, y tenía Augmentine® cada 8 horas. Quiero decir, la cuestión es esta, se me ha llamado al despacho de enfermería por decir que yo cuestionaba al equipo médico y que yo no era nadie para cuestionar los tratamientos médicos. Partiendo de esta base, como este otra cosa, te he puesto este ejemplo para ser breve, pienso que no tenemos la autonomía, porque si yo no puedo cuestionar una cosa de estas cuando veo una alergia...” (GD4, Eva, 430)*

Dejando de lado la existencia de dicho conflicto interprofesional, según las propias enfermeras, el saber qué hacer y el tomar decisiones cuando se realizan determinadas tareas forma parte de la autonomía profesional. Y esto tanto si se trata de tareas delegadas o de decisiones independientes o interdependientes, con lo que coinciden con los trabajos realizados por Skar (2010) y Kramer y Schmalenberg (2008). La siguiente experiencia vivida durante la observación participante en el área hospitalaria da cuenta de ello:

“Le dijo también que el Voluvent® que le había puesto al señor se había de registrar como una intervención enfermera, que ella era muy “radical” en ese tema y que aunque el médico te lo tenía que pautar, era un trabajo en colaboración. (...) Dijo que ella lo tenía muy claro. Que no sabía que es lo que se decía en la escuela pero que enfermería tiene un rol autónomo que ella defiende y que no se puede perder y que a pesar que el Voluvent® te lo

ha de pautar el médico, pero es la enfermera la que lo pone y ella lo ve como una intervención de colaboración.” (OBS 3, 13)

A pesar de la mezcla de conceptos, aspecto que nuevamente redundando en la dificultad de definición existente, queda patente como se reivindican como propias intervenciones de carácter colaborativo. Y esto es así por la necesidad de aplicar los cuidados en base al juicio profesional de la enfermera que los presta y que tiene en cuenta las características particulares de la persona y la situación en concreto.

Tal y como creen las enfermeras, el no acompañamiento de la institución ante la discrepancia de criterios, el no tener identificadas con claridad las competencias o límites del rol autónomo y la escasa investigación enfermera cuyos resultados avalen las actuaciones y doten de criterio al profesional para poder defender una actuación, limitan el desarrollo de la autonomía profesional.

Sin autonomía no hay desarrollo profesional. A pesar de ser consciente de ello, la condición femenina mayoritaria de la profesión y la cultura histórica de supeditación al estamento médico está tan interiorizada que se emprenden pocos proyectos o iniciativas innovadoras para revertir o modular esta situación. Además, y más preocupante, aspectos como los mencionados se transmiten a las nuevas profesionales que se van incorporando (Celma & Acuña, 2009) con las consecuencias profesionales que esto conlleva.

5.1.9. Condicionantes previos a la formación universitaria

Antes de finalizar con lo que significa para el estudiante ser enfermera y cómo esto se ha ido construyendo durante el proceso de socialización profesional, es conveniente entender cuál era el punto de partida, es decir, cómo el estudiante conceptualizaba la profesión antes de iniciar los estudios y cuáles fueron los motivos que le llevaron a dar este paso. Este tránsito permitirá observar el cambio acaecido durante tal proceso en cuanto a las imágenes, creencias, actitudes o valores que la persona traía consigo.

5.1.9.1. Concepción de la enfermería al inicio de los estudios. Entre la imagen técnica y subordinada y el desconocimiento

El concepto actual de profesional que se ocupa de casi todo y que se constituye en un pilar básico para el funcionamiento sanitario, desplaza la idea previa con la que los estudiantes acceden a los estudios universitarios de enfermería. Una imagen previa que va desde la ligada mayoritariamente al estamento médico, siempre en términos de supeditación y donde las funciones son casi exclusivamente técnicas, hasta aquella otra de desconocimiento prácticamente total de la profesión, pasando por las imágenes minoritarias basadas en el cuidado que surgen en base a experiencias personales.

El estudiante recuerda con claridad cuál era la idea preconcebida que poseía de la profesión y de sus profesionales cuando decidió dar el paso de ingresar en la universidad para estudiar enfermería. La imagen, proveniente tanto del ámbito hospitalario como ambulatorio, era claramente la de una persona cuya misión principal era ayudar al médico y ejecutar cumplidamente sus órdenes. La enfermera era vista siempre junto al médico, tomando notas sobre sus indicaciones para después llevarlas a cabo, sin capacidad propia de decisión y sin posibilidad de ejercitar, o tan siquiera poseer, el razonamiento clínico necesario para poder hablar de autonomía profesional en términos de MacDonald (2002) y el cual hemos abordado en un apartado anterior. Como comenta un estudiante, la enfermera era contemplada como una “mandada” del médico o del equipo.

“Pero sí que es verdad que la visión que tienes es esta, la de que somos unos mandaos del doctor, del médico o del equipo (asienten Sandra y Lourdes) para que hagas lo que tienes que hacer en el momento sin tener en cuenta nada más. Y, sobre todo la sensación de que desde fuera, como estás en el hospital, como si la enfermería no tuviese voto para poder hacer...un poco lo decía Neus ¿no? la competencia o la autonomía.” (GD 2, Marcos, 124)

“Yo, un poco como ellas. Que el médico era quien trataba a la persona y decidía qué es lo que le pasaba, decidía qué había que hacer y la enfermera era la que tenía que hacer lo que el médico le mandaba.” (GD 3, Paula, 68)

“Pues yo antes tenía la percepción que la enfermera era la ayudante del médico...” (GD 1, Rosa, 130)

La sumisión al médico queda clara y es tajante. Él es el que piensa y quien tiene la formación y el criterio necesario para ordenar todo aquello relacionado con el paciente. La enfermera ha de encargarse únicamente de obedecer y ejecutar lo pautado.

Así mismo, en el lenguaje verbal del estudiantado no aparece la palabra “profesional” para designar a las enfermeras sino que se refieren a ellas como tales o como las personas que realizan determinadas tareas o funciones delegadas. La denominación de profesionales implicaría la atribución de unas características que los estudiantes no percibían entonces. Esta falta de tratamiento como profesionales evidenciada por los estudiantes está en consonancia con el planteamiento de Helen Cohen (1988) y M. F. Collière (1991). Para estas autoras es más exacto hablar de semiprofesión, ya que existe una voluntad de ofrecer un servicio pero no se cuenta con una base teórica firme que especifique las funciones y tareas. Igualmente se mantiene un status de sumisión a la medicina, aspecto por el que tampoco sería posible definirla como una profesión autónoma.

Totalmente relacionada con la sumisión, aparece la imagen de la hacedora de técnicas. La enfermera es vista prácticamente como una persona que lleva a cabo una práctica automática que, sin criterio alguno, ejecuta órdenes y casi siempre de carácter técnico o procedimental. No se contempla la aplicación de cuidados teniendo en cuenta las características particulares ni la situación en concreto. Ambas visiones, la de sumisa y la de realizadora de técnicas, aparecen casi siempre juntas e indisolubles. El siguiente fragmento lo evidencia muy claramente:

“Que el médico es quien toma las decisiones y tú tienes que hacer todo lo que te dice él. Se ha de hacer esto, se ha de hacer esto y se ha de hacer lo otro, y hacerlo. Técnica absoluta y ya está.” (GD 3, Asun, 56)

En esta visión tan limitada de la enfermería, los ejemplos de lo que hace una enfermera son recurrentes: poner medicación, realizar curas, administrar vacunas, hacer camas, higienes... Todo ello con un sedimento de escasa valoración por lo que se le supone de poco relevante.

“Yo, a nivel de hospital sí porque, por desgracia, he ido bastantes veces y es eso, un poco lo que hemos comentado todos, la enfermera iba, te pasaba la medicación, te decía cuatro tonterías, se iba y, un poco era “el doctor me ha dicho que te pase esto”, que te pincho, y cogían y se iban. Y luego, a nivel del CAP, yo siempre lo he dicho, en mi CAP la enfermera siempre estaba al lado del médico, él apuntaba y la enfermera sellaba la receta y poco más. O “le tienes que hacer un vendaje” y te llevaban a la sala de al lado, te lo hacían y listo. No veías esa autonomía que una vez dentro dices, ostras, pero sí realmente hago más cosas que un médico, a la hora de atender a un paciente.” (GD 2, Marcos, 150)

En definitiva, y como parece lógico, los estudiantes poseen una imagen de la enfermería previa al inicio de los estudios que no difiere en prácticamente nada de aquella que parece tener la sociedad en general y de la que ya hemos hablado en anteriores apartados. Y es que se trata de actores de una misma realidad social, por lo que aquello existente en el imaginario colectivo ha de verse reflejado en cada uno de sus miembros. Así, a la imagen dependiente del médico que socialmente todavía se atribuye y que coincide con lo que recogen diversas autoras como Calvo (2011), Heerle (2009), Takase (2006), o Henderson (1979), se le suma el desconocimiento de otras funciones profesionales como la docente, educadora o preventiva, expuesto por Valiño, Pedre y Pita (2005). Aparece, también, la idea del cuidado centrado en la asistencia clínica y técnica, recogiendo percepciones similares entre estudiantes de enfermería al inicio de sus estudios y los no estudiantes de enfermería (Gómez et al., 2008).

En otras ocasiones, el no haber necesitado nunca la atención de los profesionales de la enfermería hace que se posea un total desconocimiento de la profesión. Sigue siendo el médico aquel profesional de referencia que soluciona los problemas de salud.

“Yo no la tenía, era así, no la tenía, porque no era un recurso que se hiciera servir en aquel momento, ya digo, ahora sí que se empieza a potenciar igual que se ha hecho aquí, pero hasta aquel momento yo realmente no sabía qué trabajo hacían. Sabía que estaban allá, pero ni lo sabía ni era algo tampoco que me preocupara porque como si tenías algún problema ibas al médico a que te solucionara el problemas... quiero decir que era algo que no, que no

conocía.” (GD 1, Aina, 88)

El hecho de haber tenido experiencias personales que requirieron de un contacto próximo con la profesión y con las enfermeras, conllevó el poseer una idea más ajustada de éstas. La enfermera es vista no sólo desde la vertiente técnica, sino como un profesional de soporte y ayuda, especialmente en momentos difíciles. Nuevamente, y al igual que en lo ya comentado sobre la percepción social, el contacto personal con la profesión ayuda a establecer una imagen más real y precisa de la misma (Takase, Maude y Manias, 2006).

“Claro, entonces, es que la gente que realmente lo sabe es la gente que haya estado en el hospital, ¿no? De ahí viene mi convicción de que yo ya sabía qué era una enfermera, porque me había tocado una circunstancia “x” vivirla dentro del mundo sanitario. Desde que éramos pequeños, en el hospital de Figueres dejaban entrar a los niños y mi abuelo ha estado allí ingresado, y desde que yo recuerdo, íbamos a verlo y estábamos todas las tardes con él. Entonces yo veía a la enfermera como una chica muy simpática, o una señora muy simpática, y mi abuelo desde dentro pues decía: “no, esa es la auxiliar, no esa es la enfermera”, y yo a lo mejor tenía 8 ó 9 años. Después también coincidió que cuando fui más mayor, eh... mi familia también tuvo un cáncer terminal, con lo que eres más consciente de lo que está pasando... de pequeño ves pero no te acabas de enterar, y... sí que veías lo que hacía, veías el soporte que hacía, y veías que cuando mi tío realmente sufría, no iba a llamar al médico, iba a llamar a la enfermera. Entonces, veía cosas que me hacían decir que una enfermera era mucho más, y por eso yo ya entraba (a enfermería) segura y convencida porque lo había vivido.” (GD 1, María, 122)

5.1.9.2. Motivos de elección de la carrera

Una de las decisiones importantes que han de tomar los adolescentes en un determinado momento de su vida es la de elegir los estudios universitarios que desean cursar para poder ejercer en un futuro la actividad profesional deseada. Los motivos por los cuales una persona decide ingresar en la universidad o las expectativas con las que lo hace, son factores que influirán en su aprendizaje (Byrne

& Flood, 2005) y que intervienen en la construcción de esa idea profesional que poseen antes de iniciar los estudios.

A pesar de que entre los estudiantes de la presente investigación no aparece un factor que actúe como claro determinante de la elección, coincidiendo así con San Rafael-Gutiérrez, S. et al. (2010), el vínculo común que está presente en la mayoría a la hora de decantarse por los estudios de enfermería, fue el tratarse de una **profesión sanitaria**. Es decir, que bajo el paraguas de dicho aspecto, considerado condición indispensable de entre la que después seleccionaran los estudios, hallamos motivaciones diversas que van desde el sentimiento mayoritario de ayuda a los demás, hasta el hecho de no poseer nota suficiente para acceder a medicina, la expectativa respecto a unas buenas salidas profesionales o el tener un familiar que se dedique a la enfermería.

La predilección por profesiones del ámbito sanitario está presente desde momentos más tempranos que la propia elección de la carrera. El estudiante siente afinidad por todo aquello concerniente con la persona y su relación con la salud y la enfermedad, quedando descartadas otras profesiones en las que existe trato directo con personas pero sin este último condicionante. Esta inclinación en muchos casos ya viene desde edades tempranas.

“A mí, personalmente, me motivaban todas las profesiones relacionadas con el ámbito de la sanidad, ¿no? Anteriormente había hecho ya un ciclo relacionado con la sanidad y, bueno, quería continuar formándome en ese ámbito porque me gusta el trato con el paciente, me gusta el ámbito hospitalario, me gusta... todo lo que va relacionado con ese ámbito.” (GD 1, Jenny, 50)

“Yo de pequeño siempre tuve claro que tenía que ser algo sanitario, lo tenía claro, y cuando llegué a bachillerato no sabía qué. Había una cosa que siempre me ha gustado mucho y es entablar relación con la gente. Y socialmente soy una persona abierta y era una profesión que me podía dar precisamente todo esto. Aparte de los conocimientos que adquieres de sanidad, es el hecho de trabajar con los pacientes.” (GD 1, Joel, 74)

“A mí me pasó como a ellas, igual. Yo, tenía muy claro que me gustaba la medicina no, el cuerpo humano y cuando enferma qué pasa, saberlo todo, lo

que pasaba por ahí dentro. Y, a parte, yo siempre he sido muy sociable, he trabajado en cosas de cara al público, me gustaba y no tenía ningún problema. La verdad que me metí en otras carreras y no me gustaron y al final tampoco pude entrar en medicina, que era la primer opción, y entré aquí.” (GD 2, Lourdes, 52)

Una vez tenido en cuenta el factor prácticamente transversal de las profesiones sanitarias, el poder **ayudar a los demás** se convierte en un aspecto mayoritario que mueve a los estudiantes a seleccionar enfermería como opción de estudio. Este hallazgo es coincidente con lo expuesto en otros trabajos anteriores (Buitrago-Echeverri, 2008; De Cooman et al., 2008; Ramió, 2005).

“Bueno, yo personalmente, el hecho de saber que es una profesión que sabes que vas a ayudar a las personas, Y creo que tenía mucha predisposición para ello y muchas ganas.” (GD 1, Rosa, 48)

“Yo desde los 15-16 años, que medí cuenta que me gustaba ayudar a las persona. Que me gustaba tener un amigo que tenía un problema e ir allí y “¿en qué puedo ayudarte? ¿Qué puedo hacer por ti?”. Entonces vi que una profesión que podía dar eso era enfermería. Estuve mirando y dije, medicina: a mi no me gusta estar con un paciente cinco minutos e irme, porque creo que no es suficiente para él; psicología es demasiado rato y no me acababa de gustar el tema; y una cosa que lo englobaba un poco todo fue la enfermería.” (GD 2, Ana, 42)

El sentido de servicio a los demás, de motivación para la ayuda, aparece relacionado con la necesidad de **contacto con las personas**. Es a través de éste, que el estudiante busca la satisfacción o realización personal y es uno de los factores que les empuja hacia la enfermería como profesión. Es importante recoger aquí la idea de reciprocidad y de proceso interactivo surgida del cuidado que aportan autores como Bonafont (en Alberdi, 2005) o Planner (en Medina, 1999) donde el beneficio no es sólo para la persona cuidada sino también para el propio profesional y este es entendido como un avance y una transformación hacia cuotas de bienestar mayores.

“Yo creo que, en mi caso, yo buscaba un trabajo que cuando llegase a casa me encontrase satisfecha conmigo misma, no algo tan frío como papeles o según qué otras cosas y pensé que enfermería era lo ideal. Al principio me

había planteado medicina, pero al final lo vi como más frío, o sea, más dirigido hacia el diagnóstico, la medicación, toma de decisiones pero quizás no había el contacto o lo que yo buscaba para sentirme yo satisfecha.” (GD 3, Rebeca, 30)

“Yo antes de empezar no tenía nada claro, tenía una idea pero yo sabía que detrás de un ordenador o cosas así no quería. A mí me gusta mucho el trato con las personas, pero tampoco me gusta cualquier trato. Por ejemplo, estar de camarera o de dependienta también son trabajos de cara al público y de trato a las personas, pero el crecimiento este que decía antes, que para mí es lo que caracteriza más a las enfermeras, pues encontraba que sólo lo podía dar esta profesión.” (GD 3, Nerea, 38)

En otros casos, siempre dentro de las opciones vinculadas al ámbito sanitario, los estudiantes han optado por **otras carreras**, mayoritariamente medicina, pero la relación entre el número de plazas ofertadas y la nota obtenida en el proceso previo les impide continuar con dicha opción. El entender que enfermería es la profesión más similar y relacionada con medicina es lo que les hace decantarse hacia ella. En algún caso el propósito es poder continuar con posterioridad con los estudios de medicina. De este último hecho puede desprenderse una lectura preocupante: si la selección de enfermería se lleva a cabo como “trampolín” para poder acceder con posterioridad a otras carreras, quizás se esté formando profesionales que no tengan firme la voluntad de ejercer como enfermeras (San Rafael-Gutiérrez et al., 2010). Este aspecto, además, también podría influir en los aprendizajes que realizarán a lo largo del proceso educativo.

“Bueno, yo la verdad es que mi primera opción no fue enfermería, fue medicina, y al ver que, por falta de plazas y por falta de nota, no pude entrar pues pensé que una profesión similar era enfermería.” (GD 2, Pepi, 44)

“Yo empecé enfermería porque, bueno, ellas ya lo saben (ríe)...pero yo quería hacer medicina y encabezada con medicina, medicina y medicina y no me llegó la nota. Hacia mitad de segundo ya vi que no me llegaba la nota y dije “habrás de buscar otra cosa” y lo que estaba más relacionado era enfermería.” (GD 3, Asun, 42)

Las **salidas profesionales** o el tener un familiar que se dedica a la enfermería son otros factores importantes vinculados a la elección. La buena percepción de salida profesional del momento ayuda al futuro estudiante en la elección de enfermería (San Rafael-Gutiérrez et al., 2010), siendo este aspecto bastante generalizado según apunta un estudio realizado entre estudiantes de Enfermería de toda Cataluña (Antonín et al., 2009). No podemos obviar que enfermería es una de las carreras universitarias con mayor demanda de los últimos años. A modo de ejemplo, si tomamos como referencia la UAB para el acceso a Grado de Enfermería desde el año 2009 (Universidad Autónoma de Barcelona, U. A.B., 2012), curso académico en que se iniciaron en la misma los estudios con tal titulación, observamos como las notas de corte fueron de 7.06 (2009), 10.16 (2010), 9.68 (2011) y 9.97 (2012). Estas puntuaciones otorgan un puesto importante a Enfermería dentro de las notas de corte de esta universidad.

El tener un **familiar que se dedique a la enfermería**, sin ser un claro determinante como el resto de factores, también parece ayudar en la decisión.

“Bueno, yo, cuando estaba acabando segundo de bachillerato tenía claro que quería ser algo relacionado con el mundo sanitario, pero no sabía bien, bien por dónde tirar. Sabía que medicina no quería porque no era una profesión que me llamase la atención, que me gustase, pero bien, bien no sabía qué hacer. Entonces yo lo decidí un mes antes, pero sí que me influyó bastante que mi madre y mi tía son enfermeras y yo quería algo con trato a la persona, que fuese de relación cercana.” (GD 3, Paula, 44)

El estudiante tiene unos referentes próximos acerca de lo que es la profesión, de los cuales recibe mensajes y a los que puede recurrir para clarificar dudas. Si se trata de la madre, el referente es directo. En cualquier caso, el hecho de haber recibido información o haber hablado con una enfermera acerca de la profesión en los últimos meses, aumenta la probabilidad de escoger enfermería (Erickson, Holm, & Chelminiak, 2006). La exposición a lo que es la profesión, aunque se trate a través de relatos orales de vivencias profesionales, puede aportar conocimiento o, al menos, reflexión que redundará en un mayor interés por la misma.

5.2. LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA CONFORMACIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL

En este apartado se presenta la relación existente entre la teoría y la práctica en la formación universitaria de los futuros profesionales de enfermería así como el valor que éstos le otorgan. Dentro de estas estrategias, se justificará el valor añadido que los estudiantes atribuyen al Aprendizaje Basado en Problemas así como la relevancia de la figura de la enfermera tutora de prácticas. Finalmente, se expondrá la experiencia que el aprendizaje supone para el estudiante, ya sea tanto a nivel de evolución personal como profesional.

5.2.1. Teoría y práctica: relación y valor atribuido

Los resultados del presente estudio confirman la necesidad e **importancia de la presencia** de ambas dimensiones, **teoría y práctica**, en la formación de los estudiantes como futuros profesionales. Ambas son necesarias y ninguna de ellas prescindible. A partir de esta afirmación, que repiten los protagonistas en la mayoría de los casos, los matices son varios y reflejan las diversas tendencias recogidas en la literatura.

“Yo creo que es un binomio inseparable.” (GD 1, Estefanía, 426)

Los diferentes tipos de relación que se establecen entre teoría y práctica quedan reflejados en diversos trabajos (recogidos por Medina, 1999) que van desde aquellos que abogan por el carácter prescriptivo o descriptivo de la teoría, con una visión jerárquica donde la práctica siempre está determinada por la teoría; aquellos otros acerca de la dicotomía teoría-práctica, o aquellos que, por el contrario a los anteriores, defienden que teoría y práctica son mutuamente constitutivas. Es en esta última orientación en la que se encuentran autores como Benner o Medina.

Patricia Benner diferencia entre el *saber teórico*, aquel que es útil para explicar conceptos y establecer relaciones causales entre diferentes hechos, y el *saber práctico*, un conocimiento consistente en la adquisición de habilidades y conocimientos prácticos que puede cuestionar, ampliar o desarrollarse incluso antes que la misma explicación teórica (Benner, 1987). Esta autora afirma que el pretender generar conocimiento enfermero en contextos donde no puede ser aplicado, provoca

este distanciamiento existente entre teoría y práctica (Benner, 1984). Las personas están ligadas a una situación y dependen del contexto en el que se encuentran, por lo que el conocimiento práctico se obtiene cuando la persona se ve implicada en la situación.

A su vez, Medina (2005) afirma que el conocimiento práctico clínico no puede ser enseñado, por su dificultad de hacerlo explícito y, por tanto, sólo puede ser demostrado. Se trata de una visión dialéctica, y no técnica, de la relación teoría-práctica mucho más ajustada a la realidad de la formación enfermera, más práctica que técnica.

Pues bien, existen estudiantes que no se decantan claramente hacia ninguna de las dos dimensiones por encontrar que **una retroalimenta a la otra**. El valor otorgado es el mismo y se considera que deberían utilizarse en proporciones equilibradas.

“Yo creo que es al 50% el peso que tiene cada una por que, está claro que sin teoría no puedes ir a ningún lado, pero con la práctica ves lo que hay realmente fuera. Porque está claro que una cosa es lo que te dicen los libros, o cómo se tiene que hacer una cosa, pero si luego tú en tu práctica diaria no tienes esos recursos para poder llevar a cabo cualquier intervención...con la práctica sí que puedes ver lo que tienes, lo que te falta y también sabes que la teoría tiene diferentes opciones o estrategias diferentes para poder llevar a cabo la misma intervención. Entonces, la práctica tiene mucha importancia para ver realmente lo que tú tienes y lo que puedes hacer pero también con unos conocimientos detrás para saber que si no se puede hacer de una manera, se puede hacer de otra. O sea que para mí las dos cosas son imprescindibles. Y el dicho ese de que de la teoría a la práctica hay un paso, sí, lo hay. Pero tú tienes que ser suficientemente lista o ingeniártela de alguna manera para que se puedan usar en las mismas proporciones.” (GD 2, Pepi, 317)

Lejos de esta posición neutra se encuentra la mayoría de estudiantes que consideran que, todo y que ambas partes son insustituibles, **es la práctica clínica la que dota de sentido a la teoría**. Y por varios motivos.

Uno de ellos es el poder **enfrentarse a la situación real**, es decir, situarse en el propio contexto donde están acaeciendo los hechos, donde se encuentra la persona

atendida, donde la enfermera actúa y donde ellos mismos se verán involucrados. Y es que el conocimiento práctico se obtiene al estar implicado en una situación, donde siempre intervienen más elementos de los que la teoría indica (Benner, 1984). Se trata de un conocimiento situacional, tácito y difícil de explicar (Medina, 2005) que la enfermera a través de su práctica demuestra que posee.

“Para mí, en mi caso, son las prácticas. O sea, indiscutiblemente de que tengas que tener teoría. Pero te justifico lo que digo porque, a ver, nosotros hemos hecho casos de ABP y son casos puntuales de pacientes de tipología diferente. Y aquí, se centran mucho los casos, en la mayoría de grupos que he estado, a nivel fisiopatológico, en saber toda la repercusión que tiene la enfermedad. Y lo que es más común en todos los casos es el aspecto emocional, psicológico y qué puedes hacer. Y de esto, verdaderamente te das cuenta cuando vas a prácticas, que es cuando tú te enfrentas a la situación.” (GD 2, Marcos, 319)

“Sí, porque en la teoría, muchas veces, decimos fácilmente “sí, yo haría relación de ayuda”, porque claro, queda muy bien decirlo y todas tenemos una idea de lo que quiere decir pero, hasta que no te encuentras en la situación...Y ¿ahora qué? Hacemos relación de ayuda, pero cómo. Y esto a mí, realmente, me lo ha dado la práctica, de verlo hacer a la enfermera y apuntármelo para cuando lo tenga que hacer yo.” (GD 3, Asun, 298)

Otro de los motivos que los estudiantes señalan como básico para otorgarle un mayor valor a las prácticas, es que en ellas también **se genera conocimiento**. Es más, se reconoce que a pesar de que existen situaciones en las que se puede aplicar el conocimiento adquirido a nivel teórico, lo más importante en esta realidad de la práctica es que se crean y adquieren nuevos conocimientos. Tal y como afirma Benner (1987), no todo el conocimiento enfermero está escrito y la práctica clínica puede ser una fuente para su desarrollo.

Que nazca desde los estudiantes de enfermería, desde los futuros profesionales, esta concepción de la práctica clínica como lugar donde se genera conocimiento es muy relevante y esperanzador si la comparamos con lo que aportan estudios como el de Medina (2005), donde es el mismo profesorado el que concibe el conocimiento

5. Resultados de la Investigación

teórico-básico como el fundamento para la adquisición de habilidades profesionales con posterioridad. Se trata ésta última de una visión jerarquizada entre el conocimiento teórico y su aplicación práctica que los estudiantes ponen en cuestión.

“Yo, también digo una cosa. Con la metodología que hacemos aquí, muchos conocimientos yo los he adquirido en prácticas. (...)

Entonces, claro, yo he adquirido conocimientos, no es que con la teoría luego la aplico a la práctica. Sí, hay mucha teoría que se aplica a la práctica, pero que yo en la práctica, gracias a que tengo enfermeras jóvenes, dinámicas, que han estudiado en esta misma escuela, con metodología ABP incluso, me están enseñando cada día, e igual nos dedicamos una hora o dos a explicar teoría aplicada a un paciente que yo tengo ahí delante, in situ, ...” (GD 1, Joel, 531- 543)

“Yo estaba allí (en la práctica) y tenía ciertos casos y decía esto no lo entiendo. Lo iba a buscar y luego al día siguiente lo entendía. Con lo cual, había practicado y había hecho la teoría a la vez. Aquí, cuando estoy haciendo teoría, no hago prácticas. Por tanto, para mí es más importante la práctica.” (GD 2, Ana, 323)

Esta relación y aprendizaje a partir de la práctica que manifiestan los estudiantes, como puede observarse en los fragmentos presentados, aparece absolutamente vinculada con el **Aprendizaje Basado en Problemas** que desde primer curso han estado utilizando y que, como aspecto diferenciador de la mayoría de Escuelas Universitarias de Enfermería, es utilizado para integrar todo el currículum por competencias.

Este método de enseñanza-aprendizaje centrado en los estudiantes, pretende que estos sean capaces de enfrentarse a los problemas reales que se les proponen y que construyan su conocimiento de la misma forma y con el mismo proceso que utilizarán cuando ejerzan como profesionales (Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron, 2007). De esta manera, si tradicionalmente primero se expone la información para posteriormente aplicarla para la solución de un determinado problema, lo que fomentaría la relación jerárquica entre teoría y práctica de la que hablaba Medina (2005), con el ABP primero se presenta el problema, posteriormente se identifican las necesidades de aprendizaje, se busca la información necesaria y

finalmente se vuelve al problema. Es este mismo proceso lógico el que utilizan los estudiantes cuando asisten a la práctica. Por tanto, la utilización del ABP como estrategia de aprendizaje, a mi juicio, puede justificar en gran medida la visión que tienen los estudiantes de la práctica como generadora de aprendizaje y, por tanto, puede ayudar a reducir la distancia que tradicionalmente se ha establecido entre ésta y la teoría.

Dada la importancia atribuida por los estudiantes al valor diferenciador del ABP frente a otras metodologías docentes tradicionales, este aspecto será retomado y tratado más profundamente en un apartado posterior.

La **motivación para el aprendizaje** se constituye como otro de los factores que decantan al estudiante hacia la práctica clínica en su valoración. El estar ante el escenario y el contexto real crea la necesidad de búsqueda de información y adquisición de conocimiento que le capacite para entender la situación y poder actuar. Nuevamente se pone de relieve la estrecha relación entre práctica y teoría.

“Que yo creo que estudiar el temario está muy bien, si te gusta lo que estás estudiando, te motiva y lo haces. Pero sin la práctica no tienes el chute de motivación extra que te hace que busques aún más. Es decir, que yo me he encontrado que estaba haciendo el ABP de primero y segundo y me gustaba y a lo mejor te cogías un caso que te motivaba un montón y estudiabas mucho. Pero te encontrabas luego con un paciente en la práctica y decías, ostras, me falta saber esto y lo otro e ibas y buscabas el doble (que en el ABP). Y que, a lo mejor, yo me he pasado más tiempo buscando información de prácticas que no en el ABP (asienten Pepi y Marcos). Que no significa que hayas pasado en el ABP, sino que es diferente la motivación de verlo en real, de ver al paciente real que tienes ahí, que tiene esa patología, que tiene esa necesidad, que tienes que buscar y montártelo de alguna forma para conseguir que mejore.” (GD 2, Lourdes, 295)

También es la práctica la que ayuda a los alumnos a **conocer la realidad profesional**, a contrastarla respecto a la concepción previa que poseían, respecto a lo que describe la bibliografía o respecto a lo que se expone a nivel más teórico o académico. Dado que los estudiantes no sólo aprenden e integran conocimientos, habilidades, formas de trabajo o dinámicas generadas sino también ideas, actitudes

o valores, las prácticas son básicas para la construcción identitaria como futuro profesional de enfermería. En ellas pueden comparar y escoger el modelo de enfermera con el que se sienten cómodas, se identifican y quieren reproducir. También aquel otro con el que no se reconocen y les sirve de orientación para no reproducir sus prácticas. No es de extrañar, por tanto, que sea el propio estudiante el que le atribuya un mayor peso, respecto a la teoría, en la adquisición del concepto del rol del profesional (Jara et al., 2005).

“Por tanto, yo creo que, a mí, lo que más me ha influido han sido las prácticas, porque la teoría sí que es necesaria y la has de saber pero cuando llegas allá y piensas es que yo estaré haciendo esto de aquí a unos años, entonces creas la identidad y ves si te sientes a gusto o no te sientes a gusto imaginándote en ese tipo de profesio.” (GD 3, Rebeca, 316)

“Sí, tanto los conocimientos adquiridos aquí en la universidad como viendo realmente como lo hacen otros profesionales y como no tienes que hacerlo tu. Realmente ahí sí que ves reflejado y dices ui, yo no quiero ser así, o yo no quiero actuar de esta manera. Entonces sí que... por eso la importancia de las prácticas desde primero, ¿no?” (GD 1, Rosa, 390)

Cabe decir también que a pesar de la conciencia de retroalimentación mutua entre teoría y práctica ya comentada, aparecen algunos estudiantes que dotan de **mayor valor a la teoría**. Entienden que es del todo necesaria la posesión de conocimientos para ser capaz de entender determinados comportamientos o situaciones en la práctica. También para poder aplicarlos posteriormente. Dichos conocimientos generan seguridad en el estudiante.

“Yo, sigo diciendo lo mismo, que las prácticas te dan mucho, pero que los conocimientos y ciertos conocimientos que hemos adquirido aquí, como las habilidades de comunicación, la psicología (tanto como nos quejábamos), que todo eso te da herramientas para afrontar situaciones de estas y para no desbordarte y para ayudar a canalizar sentimientos, ayudar...bueno, no sé. Yo creo que una gran parte, los conocimientos. Que después los has de aplicar, has de aprender a desarrollar habilidades y todo, pero que el hecho de saber cómo teóricamente tú tienes que hacer, te da una seguridad.” (GD 1, Aina, 390)

Esta argumentación de algunos estudiantes responde a lo ya recogido por Medina (2005) entre el profesorado: el establecimiento de una relación jerárquica entre el conocimiento teórico y su aplicación práctica, donde el aprendizaje de determinadas habilidades profesionales se considera posterior a la adquisición de la teoría, que aparece como normativa respecto a la práctica. El siguiente verbating lo reproduce fielmente:

“Yo me imagino la teoría y la práctica como una pirámide donde la teoría está en la base y sin ella no puedes ir a la práctica. Pero la práctica es la que al final te hace realizarte, llegar al máximo. Pero a la vez es que están unidas, sin una no existe la otra y sin la otra no existe la una. Y como dice Lourdes, yo estoy muy de acuerdo en que en la práctica te das cuenta de que la teoría es muy importante y sigues ahí con ella. En definitiva, que con la práctica se consolida todo, te das cuenta de la teoría, te ves a ti sola, te conoces a ti misma, no sólo a lo que es, por ejemplo, una hipertensión si no a cómo soy yo delante de un hipertenso.” (GD 2, Isabel, 311)

No obstante, a pesar de que en este caso la teoría es reivindicada como la base frente a la práctica, cabe resaltar que, sin embargo, los propios estudiantes de este estudio relatan como **necesaria dicha práctica para tomar conciencia de la relevancia de la teoría**. Este aspecto refuerza lo expuesto por Benner y Medina en cuanto a que teoría y práctica son mutuamente constitutivas. Como en ocasiones previas, este hecho se ha puesto de manifiesto en estudiantes que poseen experiencia profesional como auxiliares de enfermería y que, por tanto, conocen de primera mano la realidad de la práctica asistencial.

“La base es la teoría, desde luego, la teoría tiene que existir porque si no, no puedes atender al paciente. Pero con la práctica es con lo que te das cuenta que necesitas esa teoría, por eso nos han entrado los miedos, y es lo que te motiva para aprender y saber cómo atender al paciente. O sea, que la práctica es necesaria pero, la base, base, es la teoría. (...)

Tiene mucho peso la teoría porque tú, para poder tener criterio...Porque yo he notado hasta un cambio personal en mí. O sea, cuando hay unos conocimientos, te dan una base para poder analizar una situación y tener ese criterio y poder separar las cosas. Cuando no hay base, como decía antes,

todo te parece fácil y dices, claro que puedo ser enfermera. Cuando te das cuenta que hay una base, unos conocimientos, es cuando realmente analizas todo lo que hay y puedes posicionarte en un sitio o en otro y te das cuenta de las carencias. Es importante la práctica, es importantísima para poder tratar y realizar tu trabajo pero sin teoría no habría nada.” (GD 2, Neus, 301-309)

5.2.2. El valor añadido del ABP

A pesar de los miedos lógicos y previsibles con los que se enfrentan los estudiantes que están en puertas de su titulación como profesionales de la enfermería, aparece en todos ellos una cierta dosis de confianza para afrontar los problemas existentes en la práctica diaria. Y esta confianza en sí mismos, entre otros aspectos que también destacan por su connotación positiva, la atribuyen directamente a las habilidades que han podido desarrollar con la metodología de aprendizaje que han venido utilizando desde sus inicios formativos: el ABP.

Las dudas e inseguridades que esta estrategia docente les genera, especialmente en cuanto a la falta de conocimientos, queda compensada por la **capacitación** que perciben en estos momentos **para afrontar problemas**.

“Porque este cambio no lo promueven todas las universidades. Yo, por ejemplo, vine a Vall d’Hebron conociendo el método. Antes de entrar ya había buscado la información de aquí. Nosotros jugamos con un hándicap. Cuando vamos a las prácticas y una enfermera nos pregunta dónde estudiamos y le dices que en Vall d’Hebron, ya te ponen una etiqueta, que vienes de Vall d’Hebron. Esta etiqueta es mala ya que dan por supuesto cosas que no tienen que darlas. Porque se encuentran con alumnos de otras universidades que sí, que de fisiopatología saben muchísimo, pero luego les das un paciente y no tienen trato, no tienen capacidad de afrontar situaciones, porque yo eso lo he visto.” (GD2, Marcos, 551)

Esta percepción de falta de conocimientos teóricos básicos a la que se alude ha sido recogida en estudios sobre la primera promoción de estudiantes de enfermería formados con metodología ABP como el de Cònsul (2010). Es esta autora quien también recoge este mismo hallazgo, especialmente en conocimientos sobre

Anatomía, Fisiología y Farmacología, en diferentes estudios realizados en otras instituciones que impartieron todo el currículum con ABP (Woodward y Ferrier, 1982; Koh, Khoo, Wong, Koh, 2008; Tufts y Higgins, 2009; Langlois, 2009). Cabe decir que en los resultados que aporta Cònsul, si bien los estudiantes perciben lagunas de conocimientos, también manifiestan que los que poseen los han adquirido con mayor profundidad y solidez. Y es que, estando de acuerdo con esta autora, el ABP permite que el conocimiento que se obtiene sea aquel significativo para el problema que se analiza, aquel imprescindible para relacionar y entender los aspectos que están implicados.

El estudiantado de la presente investigación que se ha formado con esta metodología, percibe que posee una serie de recursos para, a pesar de no contar previamente con todo el conocimiento teórico, poder abordar situaciones nuevas. Estos recursos le ayudan a **gestionar el conocimiento** a través de estrategias que le permiten aprender por sí mismo, identificando qué es lo que necesitan saber en ese momento y ante ese problema y sabiendo dónde y cómo buscar esa información. Además, les permite hacerse responsable de los hechos, tomar decisiones y desarrollar una actitud crítica (Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron, 2007).

“...pero eso es lo bueno, que nosotros, aunque no sepas nada, sabemos cómo salir de esa situación. Tienes unos recursos, unas herramientas para salir de ahí. Pero la persona que viene de otra universidad, sólo tiene la visión del tutor que te ha impartido esa teoría, para ellos no hay otra opinión.” (GD2, Marcos, 603)

“Yo, si no hubiese tenido estas clases de ABP, quizás le hubiese dado más importancia a la teoría, pero como yo ya sé buscar y me puedo ir a un sitio de prácticas, que si tengo alguna duda lo busco y lo puedo saber, entonces para mí es más importante...” (GD2, Ana, 323).

Tienen claro, además, que el ABP les ha enseñado a **reflexionar** sobre aquello que hacen, que leen, que observan o que se les transmite, permitiéndoles de este modo contemplar las diversas opciones existentes y no quedarse en la reducción del mensaje único. Aflora en ellos la necesidad de justificar y revisar todas las actividades que llevan a cabo, de no actuar hasta tener garantías para ello, de no

5. Resultados de la Investigación

conformarse con un papel pasivo que les haría incorporar, sin cuestionamiento alguno, la visión del experto como única. Y lo que es muy importante, esta acción reflexiva, a fuerza de trabajarla con el ABP, el estudiante la traslada al ámbito de la práctica.

“Yo no sé vosotros pero, al menos yo, en la práctica me veía que cuando iba a hacer algo tenía (la necesidad) que dar 50 explicaciones de por qué lo estaba haciendo, justificándome, justificando por qué voy a hacer esto, pero sin quererlo. Y cuando no era capaz de saber por qué lo hacía, pues decía “pues no lo sé hacer”. En cambio conozco a gente que piensa “pues no pasa nada, porque el profesor tal lo ha dicho y punto”. (GD2, Lourdes, 597)

“Sí, porque es lo que digo, que tú llegas a prácticas y dices que has leído no sé qué y te dice “ostras, ¿tú dónde has leído esto, o de dónde lo has sacado? Y se encuentran que viene un alumno de otro sitio y si tú le dices que es blanco, pues es blanco. O sea, me refiero que no les enseñan la capacidad de poder debatirle a una persona que te está enseñando.” (GD2, Marcos, 581)

La reflexión a la que aluden los estudiantes forma parte indispensable del **pensamiento crítico**, tan necesario en la formación para cambiar o modular la tendencia a aceptar y creer aquello que se nos asegura. Las enfermeras afrontan constantemente situaciones nuevas y complejas ante las cuales deben tomar decisiones también complejas, actualizando constantemente sus conocimientos y habilidades.

El pensamiento crítico forma parte de ello y en Enfermería, a diferencia de aquel otro que tenemos en las rutinas diarias, se caracteriza por (Alfaro-LeFevre, 1997):

- Ser un pensamiento deliberado, dirigido al logro de objetivos
- Pretender emitir juicios basados en evidencias en lugar de en conjeturas
- Basarse en principios de la ciencia y del método científico
- Requerir estrategias que maximicen el potencial humano

Estas habilidades aprendidas con el ABP, que los estudiantes alegan que utilizan en las prácticas y mediante las cuales pueden cuestionar determinadas actuaciones en

base a evidencias, hacen pensar en un *aprendizaje más activo, reflexivo* y alejado de aquel basado en la imitación.

Durante la observación realizada en el ámbito asistencial se pudo comprobar que, a pesar de la existencia de ejemplos que confirman este aspecto verbalizado por los estudiantes, no siempre es así. Las ocasiones en que las afirmaciones o demandas enfermeras no son debatidas, al menos manifiestamente, son mayoritarias. No obstante, esto no implica que no se realice. La reflexión puede ser interna y de ella emanar un aprendizaje para el estudiante que no ha de evidenciarse de manera explícita. El estudiante adopta una *posición estratégica* de no cuestionamiento explícito, en el marco de una relación de poder y desigual existente entre él y la enfermera donde la calificación final que obtenga depende de ésta.

El poseer profesionales reflexivos es básico para el ejercicio de una profesión. De hecho, la autonomía y la responsabilidad de un profesional “*no se entienden sin una gran capacidad de reflexionar en la acción y sobre la acción.*” (Perrenoud, 2004: 12). Aunque es cierto que las personas pensamos antes, durante y después de realizar cualquier acción, lo cierto es que pensar y reflexionar no son lo mismo. Por otra parte, se puede reflexionar para actuar, durante la acción o después de ella, sin que esta reflexión provoque aprendizaje. Para Perrenoud, las personas practicantes reflexivas son “*aquellas capaces de decidir su propia forma de actuar, sus propios conocimientos, sus propios hábitos profesionales para objetos de reflexión.*” (Op. Cit.: 25). Esta práctica reflexiva regular, entendida como un hábito, se aprende con un entrenamiento intensivo.

Schön diferencia entre *reflexionar sobre la acción* y *reflexionar en la acción*. La *reflexión sobre la acción* implica retomar el pensamiento sobre aquello que ya hemos hecho para conocer cómo el conocimiento que se poseía en esa acción ha podido contribuir en el resultado. Reflexionar a posteriori servirá para comprender, aprender e integrar aquello que ha sucedido. Por otro lado, también se puede reflexionar durante una acción. En este caso, en *la reflexión en la acción* el pensar en la acción presente sirve para reorganizar aquello que estamos haciendo mientras lo estamos haciendo (Schön, 1992). De esta distinción que proporciona Schön, es interesante y necesario tener en cuenta, como apunta Perrenoud (2004), que existe una continuidad. Es decir, que la reflexión sobre la acción permitirá prever y preparar a la persona para que reflexione más rápido en la acción y, a la vez, que la reflexión en la

acción a menudo provoca una reflexión posterior y con más detenimiento sobre la acción.

La importancia de la práctica reflexiva radica, entre otros aspectos, en que como afirma Schön (1992) existen muchos problemas del ámbito profesional que no pueden resolverse únicamente con conocimientos teóricos y con procedimientos, aunque la racionalidad técnica defienda esta idea. Además, el razonamiento crítico debe permitir que los profesionales actúen como expertos que deciden en función de unos principios racionales aplicados a situaciones específicas y no de forma automática en base a unas órdenes superiores (Baños & Pérez, 2005). Este aspecto se convierte en fundamental para Enfermería.

La **adaptación a los cambios** es otro de los valores positivos y diferenciadores que los estudiantes atribuyen al ABP. El no contar con la certeza que puede otorgar la visión previa del profesor experto sino con situaciones problemáticas que se le plantean, hace preciso una búsqueda de información para obtener una visión global del problema y, a la vez, de las características singulares y cambiantes de cada situación. Esto repercute positivamente en el desarrollo de la capacidad para tratar situaciones nuevas y cambiantes.

*“Es que el hecho de haber estudiado con ABP es que estás preparado personalmente, es ver a la persona de manera integral, es **no tener la certeza**...y eso nos ayuda a la visión de la enfermera futura, a evolucionar como decíamos.” (GD2, Isabel, 599)*

La adquisición de esta habilidad viene facilitada al afrontar situaciones nuevas desde la perspectiva de la complejidad de las mismas (Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron, 2007). Los conocimientos no se presentan de manera fragmentada por temáticas o asignaturas, y lo que se desarrolla es la capacidad de aprender aquello que se necesita para la resolución de problemas o de dicha situación concreta.

Los fraccionamientos, simplificaciones y reduccionismos que ponen de manifiesto algunos autores sobre la formación enfermera (Medina & Sandín, 2006), en otras palabras, aquella fragmentación resultante de la enseñanza basada en asignaturas, no reflejan lo que es la persona ni se corresponden con la concepción holística del ser humano que se intenta ofrecer al alumno. El análisis de situaciones con el ABP contempla a la persona como un ser humano indivisible, donde el continuo salud-

enfermedad debe analizarse desde las perspectivas biológica, psicológica, social, cultural y espiritual. El ABP facilita la interdisciplinariedad y la integración del conocimiento (Branda, 2004).

Para finalizar con estos aspectos que confieren un valor añadido al ABP, que han sido evidenciados por los estudiantes de esta investigación y recogidos por diversos autores, hay que decir que todos ellos son promovidos por el propio método. Un método “excelente” (Baños & Pérez, 2005) para el **desarrollo de competencias transversales** de todo tipo: *instrumentales* (resolución de problemas, toma de decisiones, razonamiento crítico, búsqueda y análisis crítico de la información, etc.), *interpersonales* (trabajo en equipo, habilidades interpersonales...) y *sistémicas* (aprendizaje autónomo, adaptación a nuevas situaciones...). El siguiente extracto lo recoge muy bien:

“Porque yo el ABP no lo valoro como una teoría que se me da sino como un trabajo en equipo, como respetar a otro compañero que tiene otra opinión, es en general. Yo en un ABP, no tengo idea de ese tema y, a lo mejor Pepi trae un estudio que te gira totalmente el concepto que tú habías encontrado. Y lo que te enseñan es tener la capacidad de respetar y de llegar a sintetizar la información que te están dando. Que en otras universidades, y yo lo sé, te viene un profesor, te suelta su discurso y se va. Y si tienes cualquier duda, te apañas. Que total, mi conclusión es que el que estudia en una universidad sin ABP, acaba haciendo un ejercicio de ABP pero sin saber hacerlo. Les cuelgan un power point, te explican 4 cosas y tú cuando quieres entender algo más te lo tienes que buscar, pero es que nadie te enseña a buscar, y ese es el problema, A nosotros aquí te enseñan desde un principio a buscar, tienes que saber desechar información o no, no te puedes ir a una bibliografía de hace 20 años, y tienes capacidad de buscar en más fuentes de información.” (GD2, Marcos, 577)

5.2.3. La enfermera tutora de prácticas como figura clave

En el presente trabajo, la definición de tutora¹⁸ de prácticas o de enfermera tutora se corresponde con la que la EUI Vall d'Hebron adoptó en el marco de las prácticas clínicas, en coherencia con el nuevo modelo docente de integración del currículum por competencias. Se trata de *“la enfermera asistencial que, en su servicio o unidad, guía el proceso de aprendizaje de los estudiantes en prácticas y es un referente y un soporte pedagógico en este tiempo de formación”* (Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron 2007).

Esta definición fue tomada de un documento de consenso (Generalitat de Catalunya, 2003) elaborado desde diferentes escuelas de Enfermería y centros sanitarios que mostraban la diversidad de denominaciones utilizadas para referirse a la persona que está al lado del estudiante durante el tiempo que este pasa en el servicio o centro donde realiza las prácticas y que facilita su aprendizaje durante el mismo. Estas instituciones compartían la necesidad de unificar criterios respecto al perfil, las funciones y las competencias del tutor y de crear una cultura docente.

El papel que la tutora desempeña en el aprendizaje del estudiante es básico. Un aprendizaje no sólo de conocimientos, habilidades o formas y dinámicas de trabajo sino, también, de aquellos otros aspectos que ayudan al estudiante a perfilar su construcción identitaria como futuro profesional: las ideas, los valores o las actitudes. La actitud de la enfermera hacia los pacientes se reproduce en ocasiones por las estudiantes, como así lo recogí durante mi observación participante.

“Todas las explicaciones que Sandra (estudiante) ha dado a los pacientes, las preguntas que ha realizado y la forma de realizarlas han sido absolutamente

¹⁸ El término “tutor” aparece reflejado en la literatura como sinónimo de preceptor o mentor. Si bien la relación en el “preceptoring” está focalizada en el entorno clínico y es limitada en el tiempo, la mentoría o tutoría es un modelo relacional humanístico que enriquece la práctica clínica con un enfoque más profundo en la consolidación de la persona en su totalidad (Wagner & Seymour, 2007). Abarca el apoyo formal o informal, la orientación, el entrenamiento, la enseñanza, el modelaje del rol, la promoción, la creación de redes y el compartir. Es decir, se caracteriza por atributos de acompañamiento y más formativos desde el punto de vista holístico (Bardallo, 2010).

similares a la forma de hacerlo de Elena (Enfermera). Siempre ha habido una actitud de escucha a los pacientes, se les ha preguntado primero qué saben del tema o cómo realizan determinadas cosas, se les ha sugerido actuaciones en las que primero se ha esperado a que fuese el paciente el que propusiese si las podía hacer y cómo...” (OBS 19, 3)

“Hoy durante las cuatro espirometrías a las que he asistido, ha sido Sandra (estudiante) quien ha tomado la iniciativa de preguntar al paciente datos como el peso y la talla, operaciones recientes, si ha realizado la prueba con anterioridad, si ha seguido las normas que le dieron, etc. También la iniciativa de explicar cómo ha de hacerla, el porqué, y de prepararlo todo. Las explicaciones, incluso el gesto del brazo para explicar que ha de soplar hasta el final, es el mismo que hace servir Elena, su enfermera. Ha reproducido los argumentos, las preguntas y lo gestos de ésta.” (OBS 18, 4)

La tutora no sólo transmite un cuerpo de conocimientos prácticos o teóricos sino además aquello que ella es, lo que cree y con lo que se identifica profesionalmente. Aspectos todos ellos que el estudiante podrá integrar de forma acrítica, o bien modular y reconstruir en base a su madurez personal y profesional, o también rechazar e identificarlos como aspectos a no reproducir. En cualquier caso, servirán de referente en y para el proceso de aprendizaje del estudiante. En este sentido, creo que la docencia ejercida durante la práctica clínica no es entendida como un valor profesional destacable sino, en muchos casos, como una obligatoriedad impuesta desde la institución, ya sea por la denominación de docente de la misma o por la consecución a nivel individual de niveles superiores en la carrera profesional.

Los resultados que aporta esta investigación revelan que los estudiantes valoran como imprescindible la **buena predisposición de la enfermera para hacerse cargo de la tutorización** de los alumnos y **la relación interpersonal** que se establece entre ellos antes incluso que los conocimientos que aquella pueda poseer (aunque se trate de una enfermera experta) o de sus habilidades docentes. Si el estudiante ha de escoger, prioriza aquella profesional que está dispuesta a acompañarlo durante la práctica y que, sobre todo, no le pone trabas a su presencia demostrando con su actitud que su relación no ha sido escogida de manera voluntaria.

5. Resultados de la Investigación

“Marcos: En el grupo que yo me muevo, siempre lo hemos ido hablando. Hay que dar las gracias que te toque una enfermera que tenga ganas de llevarte.

Neus: Que sepa

Marcos: Bueno no, que tenga ganas de llevarte

Neus: Sí, y que tenga ganas

Marcos: Te puede tocar una enfermera que tenga ganas y no sepa, pero como no quiera llevarte ya juegas con mucha más dificultad. Como decía Pepi, que te dejen hacer o no y entonces ahí ya pasas de motivarte a tener una frustración que es importante para ti porque luego cuesta superarla.”
(GD2, 339-347)

Este aspecto evidenciado por los estudiantes en los grupos de discusión y mostrado en el anterior extracto, se puso también de relieve en la observación participante realizada en el ámbito hospitalario al preguntar a la estudiante por su relación con las enfermeras.

“...le pregunté qué tal estaba en el servicio. Me contestó que muy bien, que estaba aprendiendo mucho y que se trataba de un buen servicio. (...) También le pregunté qué tal le iba con las enfermeras y respondió que con todas muy bien, que tan sólo existía una enfermera que no dejaba hacer nada a los estudiantes. Le pregunté que por qué creía que sucedía esto. Respondió que quizás fuera por responsabilidad y porque no la conocía. Comentó que eso ya le había pasado a una compañera suya que había hecho las prácticas en ese servicio en el período anterior y que tampoco le dejó hacer nada.” (OBS 1, 11)

Estando de acuerdo en que la relación entre tutor y alumno no debe ceñirse exclusivamente a la ilustración sobre aquello en lo que se es experto, según Van Manen (1988, en Bardallo, 2010) dicha relación educativa se orienta en una triple vertiente. Por un lado, el tutor orienta al alumno hacia aquellas materias que dotan al aprendizaje de su importancia pedagógica. Por otro, el alumno, a su vez, ha de aceptar la labor del tutor. En tercer lugar y en relación a lo que aportan los estudiantes, esta relación no debe ser obligada ni coercitiva, es decir, no debe imponerse.

La obligatoriedad de ser tutor de enfermería establecido por las instituciones de salud en aquellos ámbitos asistenciales acreditados como docentes, topa con una realidad donde en ocasiones la tutorización es percibida como un peso difícil de llevar. Para motivar a los profesionales, la docencia en la práctica clínica tiene que mostrarse como un valor profesional y no como una carga (Generalitat de Catalunya, 2003). Aunque con esta finalidad se ha incluido la docencia dentro de la carrera profesional en algunas instituciones, o se han adoptado estrategias de descanso de las tutoras durante periodos concretos de tiempo, la realidad es que continúan habiendo profesionales que, a pesar de su aceptación más o menos forzada de la tutorización de estudiantes, su actitud hacia ellos no resulta adecuada pedagógicamente hablando.

“En mis prácticas en X, me sirvió de referencia...tuve una enfermera...un poco complicada. Al igual que a Marcos, me sometía a mucha presión, me daba miedo preguntarle ciertas cosas porque gritaba mucho. Ya no sólo me gritó a mí una vez sino que gritaba a auxiliares, gritaba a secretarías, gritaba al celador, gritaba al resto de enfermeras, a todos. Entonces, a mí eso me condicionó muchísimo a la hora de aprender y de sacar provecho a todas mis prácticas.

Por ejemplo, yo sacaba mucho más provecho lunes, miércoles y viernes que no con esa enfermera porque, incluso ese paciente que llevaba, que a mí me gustaba llevarlo, por el hecho de que lo llevara esa enfermera me condicionó mucho para que yo acabara sabiendo más de él o no. Incluso prefería preguntarle a otras enfermeras, por el miedo de qué me iba a decir ella, de lo que me fuera a decir, por el hecho de cómo era ella. Esto a mí, me condicionó mucho y creo que es muy importante el hecho de tener una enfermera que te quiera llevar.” (GD 2, Sandra, 379)

La función más importante del tutor de prácticas en Enfermería es ayudar al estudiante a que se construya a sí mismo, guiarlo en el descubrimiento e interpretación de la realidad. Para ello ha de movilizar los recursos necesarios para que éste experimente y comprenda el mundo del cuidado (Bardallo, 2007). Según Stewart y Krueger (1996) las relaciones, sean profesionales o de otro tipo, son esenciales en la educación enfermera y su importancia es inherente al propio proceso educacional. La interacción y reciprocidad que ha de establecerse en la

tutoría supone un desarrollo de la relación y se genera sólo a partir del respeto mutuo y la admiración. Es en este tipo de **relación interpersonal** al que alude la literatura en la que creen los estudiantes como prioritaria en su formación y la que manifiestan **no siempre presente** durante los períodos de prácticas.

“Y es básico, básico que el dúo que forma el estudiante y la tutora o la enfermera que te lleva tengan compenetración, que te quieran explicar las cosas, que te quieran llevar y, sobretodo, como decía Pepi, que te deje hacer. Porque si te minan la confianza es cuando ya sientes que no sabes nada.”
(GD 2, Marcos, 355)

La relación establecida entre la tutora y el estudiante supone un **condicionante para el aprendizaje** de éste, coincidiendo con lo recogido en otros estudios donde se otorga un mayor impacto en el aprendizaje a las relaciones interpersonales y a las actitudes de comportamiento (Vila & Escayola, 2001). En otras palabras, el aprendizaje es mayor o menor, más significativo o menos dependiendo, en parte, de la tutora asignada y su actitud.

El aprender desde o por la motivación o bien a partir de la superación de la frustración es, en gran medida, el resultante de la relación entre ambas partes. Los alumnos refieren un aprendizaje siempre presente en las prácticas asistenciales, sea a partir de una buena o mala experiencia. Sin embargo, el nivel de aprendizaje y el sentimiento generado a raíz de la vivencia es absolutamente diferente, aspecto que revierte en la seguridad, autoestima y potencialidades del propio alumno.

“Entonces, yo creo que en ningún período de prácticas dejas de aprender, aprendes siempre algo, pero cuando tienes este tipo de enfermera referente, al final acabas aprendiendo con un sentimiento peor, sin ir con esta ilusión o con esas ganas de ir a prácticas y acabas aprendiendo a base de palos porque estás tú sólo. Sí que es verdad que hay gente del servicio que pueden ser muy majos y que pueden ayudar en determinados momentos pero la enfermera que tiene que estar ahí, enseñándote y que tiene que estar pendiente de lo que tú hagas mal, porque no siempre sabes si lo que estás haciendo es correcto, que no se preocupe de ti y que no te deje practicar, pues te da un sentimiento de inseguridad y de un malestar que...” (GD 2, Lourdes, 379)

El estudiante, en un ambiente de confianza y de interacción mutua con su tutora, se encuentra en una posición óptima para poder desarrollar sus posibilidades de aprendizaje.

No resulta extraño, por tanto, que una de las características mejor valoradas por los alumnos respecto a las enfermeras sea el tratarse de buenas docentes (Peiró, 2008). Wagner y Seymour (2007) recogen una serie de atributos personales del tutor que consideran necesarios para una relación exitosa entre este y la persona tutorizada y que se recogen en el siguiente cuadro.

▪ Compromiso de apoyo al otro	▪ Habilidades de enseñanza y consejo
▪ Respeto y estima hacia sí mismo	▪ Flexible, abierto, disponible
▪ Honestidad, compasión, respeto y creencia en las capacidades de los otros	▪ Habilidades de liderazgo y de pensamiento crítico
▪ Ética personal y profesional	▪ Accesible y abierto a la reciprocidad
▪ Energía, creatividad, visión	▪ Habilidades interpersonales efectivas
▪ Experiencia profesional, competencia	▪ Habilidades comunicativas
▪ Pasión por la profesión	▪ Capacidad de explicar y de escuchar
▪ Desafiante pero realista	
▪ Habilidad para sacar lo mejor de las personas	

Cuadro 6. Adaptado de Wagner y Seymour (2007)

De entre las características que aportan estos autores, y como ya se ha visto hasta ahora, los participantes del presente estudio entienden imprescindible **el respeto** hacia ellos por parte de su tutora. También el **recibir apoyo** y que ésta **crea en sus capacidades** dándoles la confianza necesaria para ir progresando adecuadamente en su aprendizaje, confianza con la que el estudiante adquiere seguridad y autoestima, aspectos también recogidos en la investigación de Bardallo (2010).

Además, les motivan aquellas profesionales que les **desafían** a través del cuestionamiento y necesidad de justificación de las actuaciones a llevar a cabo. Nuevamente el estudiante siente la necesidad de una congruencia entre aquellas habilidades de práctica reflexiva trabajadas en el ámbito del aprendizaje basado en problemas y la práctica clínica.

“Sí. Cuando estaba en el hospital, en el turno de lunes, miércoles y viernes

5. Resultados de la Investigación

que iba con una enfermera, era tan poca la confianza que me daba a mí, que apenas me dejaba hacer cosas. Era ella siempre la que empezaba a hacer cosas. Yo, bueno, hacer, lo básico: constantes, medicación y tal. Pero luego, lo que son curas, o temas de más importancia pues sí, pero a ver lo más fácil y lo que menos responsabilidad tenga.

En cambio, en el turno de martes y jueves, el enfermero que me llevaba era una pasada porque sabía un montón. A cualquier situación me preguntaba el porqué, “¿por qué este vendaje?, ¿y por qué no este otro? y ¿por qué han decidido los médicos hacerlo así o así? El hecho de que te estén preguntando y diciendo “pues hazlo tú”, esa confianza que depositan en ti es lo más importante.” (GD 2, Pepi, 361)

“Es algo que también rechazo: la enfermera que sólo trabaja con la práctica y que no sabe por qué realiza las cosas, sino sólo por que las lleva haciendo toda su vida. Y tú tienes una tutora de ese tipo y no te enseña nada.” (GD 2, Neus, 404)

Cuando una enfermera tutora reúne alguna o diversas características identificadas por Wagner y Seymour (2007) las estudiantes las saben reconocer, las valoran positivamente y les sirve de modelo de referencia. Tal y como señalan estos autores, y con lo que estoy de acuerdo, algunas de estas características como el ser respetuoso con el otro, honesto, tener compasión y el compromiso de ayudarlo a crecer son, entre otros, atributos presentes en el acto del cuidado. De este modo, la **tutorización** se convierte en una **situación de cuidado** que el estudiante interpretará, otorgará un significado y cuyos contenidos de aprendizaje podrá aplicar a otras situaciones de cuidado.

“Yo creo que yo he tenido mucha suerte de haber estado con muy buenas enfermeras. Y esto y el hecho de enseñarte, de ver los valores que tienen ellas y que los aplican y decir “yo también quiero hacerlo y quiero que me enseñes a hacerlo. Y que no tienen ningún problema, y el hecho de tratarte igual y de preocuparse por ti, de si una situación era estresante preguntarte si estabas bien, no sé...” (GD 3, Asun, 233)

En este sentido, tal y como apuntan Wagner y Seymour, el “caring moment” de Watson es similar al “mentoring moment” por crearse una oportunidad de

aprendizaje mutuo. El cuidar como un proceso interactivo de ayuda mutua entre paciente y enfermera también queda reflejado en la relación de asistencia de la que habla Benner (1989) al referirse a la enfermería, donde se crea la posibilidad de dar y recibir ayuda; el acto de reciprocidad del cuidar referido por Bonafont (en Alberdi, 2005), donde a través de la relación que establece entre paciente y enfermera ésta avanza en sus propias potencialidades; o el crecimiento personal de la enfermera a partir de su relación con el enfermo de Planner (en Medina, 1999).

Por tanto, la figura del tutor y la relación que se establezca entre éste y el estudiante resulta básica para la progresión adecuada del aprendizaje del estudiante (Vila y Escayola, 2001) y para la construcción de su modelo de enfermería. De su experiencia en las prácticas, el estudiante es capaz de discernir entre aquellas tutoras que sirven como referente de buenas prácticas y aquellas otras que, por el contrario, sirven como modelo a no reproducir. En este sentido, se observa una madurez personal y profesional que implica aprendizaje.

“Yo veo también importante, como ellas, lo que te explican o lo que te cuentan o lo que tú ves pero, realmente, en mi caso me influyó mucho las experiencias que he tenido yo en prácticas. El tener una tutora que ves que le encanta su profesión, que le llena, el cómo trata a los pacientes, cómo te explica a ti, que quiere que tú seas buena profesional. Y, por otro lado, también hay otras profesionales que realmente no son tan buenas. Y en lo que tú te fijas es en ver lo bueno y lo malo de todas. Eso es lo que más me ha influido y lo que más peso me ha dado a la hora de sentirme así.” (GD 3, Paula, 229)

Además, según lo constatado durante el período de observación participante realizado tanto en el ámbito hospitalario como de atención primaria, el estudiante actúa de manera distinta en función de la enfermera tutora con la que se encuentre.

En los diferentes días que permanecí junto con la enfermera y la estudiante a lo largo del período de prácticas en un centro de atención primaria, pude observar que la estudiante reproducía con bastante precisión las actuaciones de su enfermera tutora. Tutora que, tal y como manifestaba la estudiante, era modelo de referencia para ella por su profesionalidad y características personales. Esto ocurría especialmente hacia final del período, cuando la autonomía adquirida era mayor y

también la confianza por parte de su tutora hacia ella. Ello se manifestaba en cómo recibía a los pacientes, a la forma de atenderlos, preguntarles y preocuparse por ellos y su entorno. También en la forma de afrontar determinados procedimientos.

En el hospital también pude observar cómo la estudiante, ante un determinado comentario de su tutora respecto al comportamiento de un paciente, calló y continuó con su quehacer pese a no compartir aquella interpretación con la tutora. Sin embargo, al día siguiente, en el que por ausencia de la tutora de referencia se le asignó otra diferente pero que también conocía por ser del servicio, fue capaz de dar su opinión sobre el comportamiento de dicho paciente aportando una visión comprensiva del mismo.

Es decir, el estudiante reproduce comportamientos e incluso actitudes de la tutora, que él entiende como correctos, cuando está con dicha tutora o con otras enfermeras similares. Sin embargo, si el modo de proceder de la tutora no coincide con lo que el estudiante cree que debe ser, en este caso no tiende a la imitación aunque tampoco lo cuestiona de manera explícita. El no cuestionamiento no implica el asumir dichas prácticas. Este aspecto se entiende, nuevamente, en base a que el estudiante ha de ser evaluado por la tutora, encontrándose por este motivo en una relación de desigualdad que le empuja a no manifestarse al respeto.

5.2.4. La experiencia del aprendizaje: una evolución profesional y personal

La experiencia educativa que viven los estudiantes desde el inicio de la formación hasta su graduación como profesionales de la enfermería les aporta conocimientos, habilidades, valores, actitudes o comportamientos y también aprendizaje sobre cómo relacionarse con los otros y consigo mismo. El sumergirse en una nueva cultura profesional, con unos determinados valores y normas, configura una identidad donde los valores, creencias y la autoimagen con la que el estudiante accedió a los estudios se ven modificados.

La identidad de la profesión y cómo ésta es percibida e interpretada por el estudiante influyen en la construcción de dicha identidad que, aunque no finalizará con la formación, sí que se construye básicamente durante la misma. La experiencia de ser estudiante es, en sí misma, un proceso de construcción identitaria.

Las evidencias del presente estudio muestran que los estudiantes que se encuentran en la fase final de su formación y en puertas de su incorporación a la vida profesional, perciben que es en estos momentos cuando están acabando de cerrar el círculo que les permite una mayor comprensión no sólo de los conocimientos adquiridos sino, también, de la realidad del ejercicio profesional. Esto, además, se acompaña de una evolución personal que entienden de carácter madurativo y que se ha desarrollado de manera conjunta e integrada.

El encontrarse en una fase de la formación bastante avanzada dota al estudiante de la capacidad de **entender e integrar conocimientos** que ha ido adquiriendo a lo largo del período educativo. Es ahora cuando perciben que logran un mayor entendimiento de los conocimientos profesionales que han ido incorporando paulatinamente y que concebían separados. Es ahora cuando toman conciencia de su visión de conjunto y de su relevancia. Se trata de un proceso abierto iniciado en primer curso que empieza a consolidarse en tercero.

“Yo tengo la sensación de que en primero y en segundo tienes la sensación de que no sé nada, no tengo ni idea de nada, sé esto aquí, esto aquí y esto aquí. Y ahora tengo la sensación como que, no sé por qué, de golpe se me ha juntado todo y...como que ahora ha llegado un punto que soy capaz de los pequeños conocimientos que he ido adquiriendo poco a poco, de repente, relacionar todo y tener la idea clara de porqué todo. Pero no sé por qué, yo sé que es ahora...” (GD 1, Cristina, 493)

“Sí, tienes una visión, como dice Cristina, más global. A partir de ciertos conocimientos que vas adquiriendo y mejorando con el paso de estos años, pues lo acabas de integrar todo. Y como que ya tienes una forma distinta de trabajar tanto en las prácticas como de cara a la profesión. Hay mucha diferencia desde primero hasta tercero.” (GD 1, Rosa, 499)

El punto de inflexión para este **cambio de percepción**, de sentir que no saben nada a encontrarse considerablemente más cómodos en la profesión, se produce entre la finalización de segundo curso y el inicio y desarrollo de tercero, aspecto recogido por otros autores (Shinyashiki et al., 2006), y que indica que es el momento formativo donde se producen mayores cambios en el estudiante.

“El hecho de estar a finales de segundo y en tercero, yo creo que es el punto

5. Resultados de la Investigación

clave donde cambia toda la percepción y todos los sentimientos que puedas tener a la hora de incorporarte en el mundo laboral. Porque es un cambio muy grande donde tú te das cuenta de que todo lo que has aprendido ha valido la pena para luego poder realizar tu tarea, tu profesión, para darle un beneficio tanto al paciente como a ti misma.” (GD 2, Sandra, 268)

Los protagonistas de nuestro estudio iniciaron las prácticas clínicas en primer curso, desarrollándose a lo largo de 5 semanas a finales del mismo. Es durante segundo curso y especialmente en tercero, que estas aumentan de manera progresiva en número de horas contemplando 14 y 20 semanas respectivamente (Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron, 2007). Por tanto, la inmersión en la realidad de la práctica asistencial enfermera se produce con mayor intensidad en estos dos últimos cursos, aspecto que influye en la percepción de un mayor aprendizaje y comprensión alrededor de ese momento de la formación.

No debe olvidarse tampoco que el desarrollo que experimentan los estudiantes durante las prácticas clínicas pasa por diferentes etapas y es en estos momentos, como alumnos de tercero que están a punto de graduarse, que han de encontrarse en la última de ellas si el proceso ha ido desarrollándose de manera correcta.

Como recoge Windsor (1987), en la primera etapa el estudiante se siente muy dependiente del tutor e inseguro de sí mismo; todo es nuevo para él, centra la atención en la realización de técnicas y vive la experiencia con nerviosismo y ansiedad. Esta ansiedad inicial reflejada en otros estudios (Sharif & Masoumi, 2005) disminuye cuando el alumno progresa en experiencia y entrenamiento. En la segunda etapa, ya menos obsesionado por la realización de técnicas, el estudiante empieza a explorar otros aspectos de la profesión y se siente confundido en su lucha por identificar los roles de la enfermera. Es en la tercera y última etapa que el estudiante se siente menos dependiente de su enfermera de referencia, más cómodo al entender que no lo sabe todo pero que es capaz de encontrar la respuesta y empieza a sentirse como una enfermera “no sólo en la escuela, sino todo el tiempo.” (Windsor, 1987: 5).

La integración y consolidación de conocimientos que evidencian los estudiantes de este estudio se acompaña también de una **mayor comprensión de la profesión**. La experiencia de la formación repercute no sólo en la capacitación profesional de cada

estudiante, sino también en cómo entienden la profesión y la hacen suya. Las ideas y valores con los que ingresaron en los estudios de enfermería, en la mayoría de casos se ven modificados pasando a asumir aquellos que imperan en el grupo profesional.

“No sé, es que yo, al principio, lo veía de una manera muy técnica, de enfermera muy técnica, y desde los primeros meses de ABP, siempre el hecho de que cuidamos, no curamos, cuidamos, cuidamos, es lo primero que vimos en primero, lo que es una enfermera, lo que son sus competencias a grandes rasgos, para que cuando vayas a realizar las prácticas de primero sepas todo. Después, ya en segundo y en tercero, ya hemos ido trabajando más apartados.

Pero yo en los dos o tres primeros meses ver que no sólo es poner una vía sino que hay mucho más detrás y después verlo realmente en la práctica, que a lo que le dan más valor es al hecho psicológico de estar con el paciente y no a la parte técnica...Yo me he encontrado muchas veces a enfermeras que me decían, eso ya lo aprenderás con la práctica. La primera vez que sacas sangre y no te sale, pues decirme que tranquila, que cuando lo haya hecho veinte veces ya no tendría ningún problema. Pero esta parte que cuesta más, de estar con el paciente, de escucharlo, de intentar darle solución, o de intentar hacer que esté a gusto, que sepa que eres un punto de apoyo suyo...esto lo he ido aprendiendo a medida que he ido haciendo prácticas, que he ido viendo, que he estado en contacto con pacientes y con enfermeras que han tenido maneras diferentes de hacer pero que iban siempre a lo que es el bienestar del paciente.” (GD3, Asun, 304)

Realmente, como se muestra en este último verbating, que una estudiante de enfermería sea capaz de otorgarle mayor relevancia al aprendizaje relacional con el paciente frente a aquel de carácter más técnico, resulta llamativo. Pero puede explicarse por el hecho de tratarse de una alumna que, tras haber pasado por todas las etapas previas, se encuentra ya en un momento de **internalización de los valores** preponderantes en el grupo profesional de referencia.

El orientar el aprendizaje práctico a la prestación de ayuda y a actividades de carácter más cuidador, frente a las técnicas, es un mensaje explícito transmitido a

las estudiantes por una inmensa mayoría de enfermeras que no todas aquellas acaban de integrar. De hecho, la no comprensión de este mensaje y la focalización del interés de los alumnos durante la realización de las prácticas por la ejecución de técnicas, es motivo de algunas de las quejas frecuentes de las enfermeras tutoras. Así se recoge en el siguiente extracto del grupo de discusión realizado entre ellas:

“Eva: De cuando empezamos nosotras a ahora yo creo que no ha cambiado demasiado la forma de verlo. Nosotras hemos evolucionado y cambiado, pero la forma en que te lo enfoca la escuela, quizás, o la forma que tú tienes, o nosotras mismas, de enseñar al alumno no ha cambiado nada.(...) en el sentido que él dice con las técnicas, que has de pinchar bien, o sea, una obsesión de que cuando viene una enfermera ha de pinchar bien. Es que si no sabes pinchar, eres una mala enfermera. O sea, que todo va derivado a lo que tú dices, ¿no?, a las técnicas, a saber hacer las curas...”

Roser: Per para ellas ya les está bien

Eva: Sí, hablo de ellas, sobre el sentimiento que ellas tienen y el sentimiento que yo creo que a mí se me inculcó...” (GD 4, 75-80)

Sin embargo, son las propias enfermeras las que reconocen que quizás aquello de lo que se quejan esté propiciado por ellas mismas, al explicar fácilmente todo lo relacionado con las técnicas pero nunca lo vinculado con el cuidar. La dificultad para verbalizar y explicar las actividades del cuidado o la obviedad con la que éstas se perciben son causas de ello.

“Pero puede ser que nosotras veamos que eso es tan obvio, que puede ser que no le explicamos al alumno. En cambio, lo que nos es más fácil de explicar porque es una técnica y se hace así, así y así. (...). Puede ser que nosotras mismas cometemos el error de explicarle más, o los encaminamos más, sobre lo que son curas y no le decimos que nosotras también hacemos... puede ser que no se lo decimos porque vemos que es tan obvio...” (GD 4, Esther, 270)

Como refiere Shinyashiki (2006), durante la etapa de socialización profesional los alumnos pasan de una primera fase correspondiente al momento mismo de escoger

la profesión y los objetivos por lo que lo realiza, a la tercera y final donde los valores que el grupo profesional determina, son internalizados.

Cohen (1988) afirma que el llegar a la etapa de la interdependencia, la última del modelo evolutivo que plantea para la socialización profesional donde la persona llega a sentirse cómoda en el rol profesional, requiere ir superando las previas. De las 4 fases que propone, a la segunda de ellas, la del *negativismo/ independencia*, el estudiante accede tras pasar por una primera de *dependencia unilateral* donde acepta pasivamente todo lo que se le presenta por carecer de una base real para formular preguntas y críticas. Es en esta segunda fase cuando, a medida que se ha avanzado en el programa formativo y se ha entrado en contacto con la realidad de la asistencia a través de las prácticas, los estudiantes empiezan a cuestionar el conocimiento y a comparar la información, ciertas maneras de hacer, las normas y los valores. Es aquí donde se ha de alcanzar la capacidad de pensar críticamente y cuando se aprende aquello que se puede cambiar y lo que no.

Esta segunda etapa de Cohen es fundamental para la socialización y permite identificarse con el rol profesional. El pensamiento crítico desarrollado en esta fase facilita a los estudiantes el cuestionar aquello que les han enseñado y transmitido, experimentar con los valores y desarrollar la profesionalidad. Si no se pasa por ella, el aprendizaje será mecánico y los estudiantes no serán capaces de enfrentarse a situaciones nuevas. Además no sentirán apego por el rol profesional, ya que les faltará el período de autonomía.

En este sentido, cabe recordar que el ABP favorece el desarrollo de una práctica profesional más reflexiva y crítica y que los protagonistas de nuestro estudio lo llevan utilizando desde primer curso como estrategia formativa fundamental. Las evidencias de la presente investigación, tal y como se ha descrito en apartados anteriores, muestran que el ABP capacita a los estudiantes para afrontar problemas, les ayuda en la gestión de conocimientos, a reflexionar sobre lo que hacen, leen u observan y, también, a adaptarse a los cambios. Puede entenderse, por tanto, que estos estudiantes, al verse favorecido su paso por esta segunda etapa de Cohen, puedan llegar más fácilmente a la última, la etapa de *interdependencia*, donde el rol profesional ya es real, se sienten cómodos en él y donde éste llega a formar parte de su identidad personal.

De este modo, a pesar de que las prácticas clínicas juegan un papel fundamental en la identificación profesional,

“Sí, porque realmente las prácticas de primero eran muy cortas, en segundo más largas y en tercero aún más. Y realmente aquí es donde vas viendo el rol que llegas a tener dentro del equipo. Después, a medida que ves el trato y el cuidado de unas y otras, pues vas cogiendo aquello con lo que te ves más identificada y que ves que tú actuarías así.” (GD3, Amelia, 308)

“Yo cuando empecé, el primer año, hasta que no hice prácticas no me di cuenta de dónde estaba. Porque yo venía a clase y sí que haces las cosas y vas teniendo los conocimientos, que tenemos un rol propio, etc. Pero cuando estuve en prácticas es cuando dices, sí, lo está haciendo realmente, o me toca a mí (...). Yo tuve la suerte de estar en un sociosanitario, y mira que al principio decía que no quería ir, y creo que aquello me hizo darme cuenta de realmente dónde estaba. Yo creo que, a partir de empezar segundo ya empecé a identificarme.” (GD 3, Montse, 306)

también el ABP y todo el resto de **experiencia formativa** intervienen de manera importante en la construcción de la identidad profesional, aspecto coincidente con lo aportado por Serra (2008).

“A mí, lo que me ha ayudado a construir mi visión de ahora han sido las prácticas, han sido los ABP en cuanto a conocimiento y también la relación que he tenido con los grupos de ABP, con los grupos de prácticas, el ver que tu opinión tiene igual valor que la de los otros, que los otros te aportan su experiencia, tú la aportas. Y poco a poco, tú vas construyendo lo que piensas ahora. Es decir, que toda mi visión ha ido cambiando a medida que he ido adquiriendo conocimiento no sólo en las prácticas, aunque estas han sido un gran paso, sino también con todo el resto.” (GD 3, Nerea, 310)

El cambio reflejado a nivel formativo se acompaña también de un **cambio a nivel personal**. El alumno se percibe diferente más allá de lo profesional. La experiencia de ser estudiante ha repercutido en su desarrollo como persona y hace que se sienta cómodo con el cambio acaecido. Esta comodidad puede explicarse, siguiendo a Cohen (1988), al encontrarse ya en la última etapa de la socialización profesional,

donde ha integrado el rol profesional y donde éste forma parte ya de su identidad personal.

“Yo creo que, junto a eso, yo he vivido también un proceso de evolución personal. En el momento que he ido estudiando, he ido haciendo prácticas, viendo como es el mundo y como es el trabajo y todo lo que hay cuando acabas de estudiar bachillerato. Es decir, yo he llegado aquí, yo he venido de otro sitio y me he tenido que adaptar a muchísimas situaciones y acabo la carrera y digo: tengo una carrera y, además, yo me siento...no se´, diferente de cuando empecé.” (GD 1, Aina, 501)

“Entonces, me refiero que yo ahora, al cabo de tres años veo una evolución no sólo de conocimientos sino personal, profesional, en muchos sentidos, ¿no?...” (GD1, Joel, 350)

“Yo, por ejemplo, ser enfermera, la sensación que tengo, más que nada, es de un proceso de crecimiento personal.” (GD 3, Nerea, 22)

En coherencia con la autora se asume, pues, que estos estudiantes han pasado por la etapa del negativismo/ independencia, la segunda del proceso y absolutamente necesaria para desarrollar apego por el rol profesional.

5.3. SENTIRSE ENFERMERA. SOLIDEZ DEL SENTIMIENTO IDENTITARIO

Como se ha ido relatando en los dos núcleos temáticos previos, las estudiantes poseen una concepción de la enfermería cuyo significado han ido construyendo y modificando a lo largo de su proceso formativo. Y todo ello a partir de una concepción previa con la que accedieron al inicio de los estudios universitarios. En este proceso de conformación identitaria, la teoría y la práctica han tenido un peso y un valor determinado y toda la experiencia del aprendizaje ha supuesto una evolución no sólo profesional sino también personal.

Se trata ahora de entender cómo, además de los significados construidos sobre la profesión y sus profesionales, las alumnas desarrollan el *sentimiento* de ser enfermeras y de pertenecer al grupo profesional. También, de conocer la solidez del mismo a escasos meses de su incorporación al ámbito profesional.

5.3.1. Necesidad de autonomía y asunción de responsabilidades

Los protagonistas de esta investigación establecen un vínculo muy claro entre el hecho de sentirse enfermeras y la **autonomía** que le otorgaron durante su estancia en las prácticas clínicas y aquella que intuyen que tendrán una vez finalizados los estudios. Así lo creen en base a su experiencia en los centros asistenciales, donde en función de la autonomía percibida pudieron experimentar un sentimiento enfermero en mayor o menor medida.

La autonomía que la enfermera tutora de prácticas concede al estudiante permite a éste tomar consciencia, desde la realidad de la práctica, de lo que implica ser profesional. Una realidad controlada en todo momento por la enfermera, en tanto que profesional, que permite al estudiante experimentar la profesión con cierto grado de autonomía y a la vez con la confianza y seguridad que aporta el saberse respaldado por la enfermera como última responsable.

Las estudiantes refieren sentirse enfermeras cuando se les da autonomía para desarrollar sus actividades en el ámbito asistencial, por lo que intuyen que una vez sean ellas las profesionales y posean la autonomía total para tomar decisiones este sentimiento se verá aumentado o completado.

“Yo también, yo me he sentido enfermera en los momentos en que me han dado independencia y autonomía en las prácticas, con lo cual, considero que ahora cuando me incorpore al mundo laboral sí que me sentiré totalmente realizada como enfermera. Es decir, me sentiré como tal porque tendré independencia y autonomía para aplicar los conocimientos.” (GD 1, Jenny, 291)

El sentimiento de ser enfermera (ser una persona que puede ejercer la enfermería con habilidad y responsabilidad) y de pertenencia al colectivo profesional, difiere del hecho en sí mismo de ser enfermera. Ser o sentirse enfermera no implican lo mismo. Estando de acuerdo con Fagermoen (1997) y con Ohlen y Segesten (1998), la identidad profesional se entiende como la experiencia y el sentimiento de ser enfermera y no sólo como el trabajar de ello. Significa ser y actuar como tal y representa la filosofía de la enfermería.

El “sentirse enfermera” que los estudiantes evidencian, va en aumento a medida que se avanza de curso y se gana en autonomía. Dicho sentimiento adquiere su máximo nivel durante las prácticas de tercero, al visualizarse como próxima la incorporación al mundo laboral.

“Y cuando yo he hecho prácticas, no me he sentido como un alumno de prácticas, porque yo he tenido mi parte independiente y siempre me he sentido como un enfermero y de hecho, lo sigo sintiendo así.(...) Sí, pero también te digo que ahora que veo el final del camino, más. (GD 1, Joel, 289)

“A mí me pasa igual, yo tengo bastante miedo porque las prácticas sí que me he visto bien, y me he sentido enfermera, sobretodo este año que ya nos han dejado más por libre y realmente me he sentido enfermera.” (GD 1, Cristina, 299)

Esta autonomía tan necesaria a ojos de los estudiantes para sentirse un profesional de la enfermería, es aún más evidente en aquellas alumnas que son y trabajan como auxiliares. A diferencia del resto de estudiantes, ellas ya han experimentado aquello que puede aportar la experiencia práctica, por lo que la autonomía para tomar decisiones se convierte en el hecho diferenciador y necesario para sentirse enfermeras.

“Yo, aparte de todo lo que han dicho, que te hace sentir bien, todo eso lo he sentido como auxiliar. Pero para mí, en estos momentos, lo que me hace sentir enfermera es poder tener autonomía como profesional. Como auxiliar estás atendiendo, puedes ser humana, eh, cubres las necesidades del paciente, pero (...) tú como auxiliar no puedes decir a un estamento superior, que para ti es la enfermera, “deberías hacer esto o...”. ” (GD 2, Neus, 34)

La autonomía a la que aluden las estudiantes está en consonancia con las definiciones aportadas por Kramer (2008) o Skar (2009), entendida como la libertad para actuar en aquello en lo que sabes y para tomar decisiones independientes. Es decir, el poseer la autoridad para tomar decisiones y la libertad de actuar acorde con la base de conocimientos profesionales. Sin embargo, se encuentra más alejada de la aportación de MacDonald (2002) que habla no sólo del control de la práctica profesional independiente sino, también, del hecho de poseer y ejercitar el juicio

clínico como instrumento que posibilita el escoger entre las diversas posibilidades reales.

Esta connotación respecto a la autonomía que aporta MacDonald, que implica el ejercitar el juicio clínico ante situaciones, por ejemplo, de desacuerdo entre miembros de otras profesiones, y que los estudiantes entendieron importante al hablar sobre la autonomía profesional enfermera, no aparece como relevante al hablar de ellos mismos y de la autonomía que han ido adquiriendo y que consideran que adquirirán.

De esta forma, cuando hacen referencia a la autonomía necesaria para sentirse enfermeras lo hacen pensando en la libertad de poder tomar decisiones que no dependan en última instancia de la enfermera, aspecto comprensible por ser ésta la profesional de la cual ha dependido en gran manera su formación más práctica, y a la que han debido consultar todas sus decisiones antes de poder llevarlas a cabo. En cualquier caso, a lo que no aluden es a la autonomía de decisiones frente a otros grupos profesionales, aspecto crucial para la profesión pero que para ellos, en cuanto estudiantes que son, queda en otro plano no tan prioritario.

Junto a la autonomía que entienden que tendrán una vez sean profesionales, se encuentra la **responsabilidad** total en la toma de decisiones como factor que hará desarrollar ese sentimiento de pertenencia al colectivo profesional. Aunque las prácticas clínicas sitúan al estudiante ante la realidad asistencial, ésta se encuentra supervisada por tratarse de una persona en formación. Los estudiantes saben que una vez titulados no dependerán de nadie para llevar a cabo sus acciones y que, por tanto, se verán obligados a responder por ellos mismos de aquello que hacen o de las decisiones que tomen.

“Yo, en cambio, no me veo como tal. Bueno, a nivel teórico sí, como ya he finalizado los estudios, o estoy a punto de finalizarlos, pero a nivel práctico... sí que en las prácticas he podido verme en la dinámica de cada día como tal, pero hasta que no me vea yo trabajando, con mi propia responsabilidad, con mis propios objetivos...no me sentiré como tal.” (GD 1, Rosa, 293)

“Es un poco lo que decía Raquel, que hasta que no te sientas, hasta que no seas enfermera y estés trabajando y tengas tú la responsabilidad plena de llevar 10 ó 15 pacientes o los que sean...” (GD 1, Joel, 297)

La asunción de la responsabilidad que en breve asumirán al ser enfermeras y el reconocimiento y aceptación de consecuencias que ello comporta, les genera **temor** pero también **conciencia profesional**. Ésta se caracteriza por reunir el elemento responsable de la conciencia ética, el auto-conocimiento de la conciencia reflexiva y el personal de la conciencia individual. Además, incorpora la interiorización, asunción y normativización de los derechos y deberes que confluyen en el ejercicio de la profesión enfermera (Córdoba, 2011).

“Me da miedo sentirme, porque ahora es como iniciar otra nueva etapa de mi vida, con lo cual, tengo esta responsabilidad que, hasta ahora, no había tenido antes. Y esto me espanta. Pero, sí, no sé. Es una sensación muy curiosa porque te sientes porque sabes que te tienes que sentir, no porque realmente te sientas del todo.” (GD 3, Amelia, 186)

“Claro, que hasta que no te pongas tú en el lugar de “tengo que trabajar, tengo que hacer esto”, no te darás cuenta realmente o no serás consciente de que ya estás titulada, que ya eres enfermera y que tienes la capacidad, los recursos o que tienes que buscar la manera de intentar solucionar la situación.” (GD 3, Paula, 196)

Como se ha podido observar, los estudiantes entienden que el sentirse enfermera no es un **sentimiento** inamovible sino **que evoluciona** a lo largo del tiempo, con la experiencia, y que en este sentido aún les resta abordar el reto más importante que es el de trabajar de enfermeras. Como apunta Fagermoen (1997), la identidad profesional se vincula directamente con el ejercicio de la práctica diaria. Y para esto último se precisa que se inicien como profesionales y ejerzan como tales.

Este cambio y evolución de sentimiento que prevén los estudiantes respecto al sentirse enfermeras es coincidente con la opinión de las profesionales participantes en el estudio. Para ellas, desde la perspectiva que otorga el poseer unos años de experiencia profesional, se trata de un sentimiento que ha ido modificándose con el tiempo y estrechamente ligado a los cambios personales y madurativos experimentados.

“Yo creo que es un concepto que va evolucionando a medida que vas haciendo tu trabajo, que vas trabajando. Porque yo, intento acordarme de

cuando acabé y...ni pensaba igual que pienso ahora, ni creo que era la misma persona que soy ahora.” (GD 4, Sara, 19)

Incluso en aquellos profesionales que accedieron a los estudios de forma bastante fortuita y sin ser la enfermería su primera opción, este sentimiento ha cambiado hasta el punto de llegar a sentirse plenamente enfermeros a día de hoy. Este aspecto queda muy bien reflejado en la siguiente respuesta dada por Ferran ante la pregunta de si se siente enfermero a pesar de, en principio, no querer dedicarse a la enfermería ni escogerla como primera opción:

“De la cabeza a los pies.” (GD 4, Ferran, 66)

5.3.2. Realización personal y profesional

Realizarse, ya sea personal o profesionalmente, entendido como la satisfacción a través de lo que se hace o por haber logrado cumplir aquello a lo que se aspiraba, es otro de los aspectos que los estudiantes señalan como fundamentales y que les aporta el estudiar enfermería.

La profesión la entienden como una oportunidad de **crecimiento profesional y personal**, sin poder desvincular ambos ámbitos. El sentirse bien a través del trabajo realizado repercute directamente en el bienestar personal y en el crecimiento como persona.

“Sí, a nivel personal como profesional te sientes muy realizada por el hecho de que ayudas tanto a la persona como a su ámbito, a su entorno también...” (GD 1, Rosa, 26)

“Yo creo que es una forma de sentirse realizado, al menos para mí, y a parte, el vivir experiencias con según que pacientes te enseña mucho.” (GD 1, Joel, 30)

“Y a veces son los enfermos, a veces son los familiares, pero, no sé, yo es que me siento muy bien a la hora de ayudarles, darles mis conocimientos, en parte, en gran parte, pues en esos momentos que a lo mejor están un poco más perdidos o necesitan que alguien les pueda entender...” (GD 2, Lourdes, 22)

Esta percepción la tienen desde el momento en que iniciaron los estudios y pudieron comprobar que realmente aquello era lo que buscaban,

*“Y cuando entré aquí y vi realmente lo que se estudiaba y el trabajo que ibas a hacer después, pues tuve clarísimo desde un primer momento que me gustaba y que era un lugar donde yo **podía crecer personalmente y profesionalmente.**”* (GD 1, Aina, 60)

pero también ahora, una vez se encuentran finalizando el programa educativo y en puertas de ser enfermeras. Reconocen el crecimiento personal que les ha reportado estudiar enfermería como parte nuclear de la experiencia formativa. Aprendizaje profesional y satisfacción personal aparecen unidos.

“...yo ahora, después de tres años, me quedo con esto, lo que tú llevas como persona, lo que te ha hecho crecer ¿no?, porque te hace crecer y lo que tú aprendes y lo que aún te queda por aprender.” (GD 1, Maria, 160)

“...que me gusta estar con ellos porque creo que conmigo se sienten bien. Entonces, como yo me siento bien y ellos también, es una forma de autorealizarme dando un servicio.” (GD 2, Àngels, 20)

Resulta interesante y esperanzador comprobar que los mismos estudiantes asumen que han escogido una profesión que requiere una formación y aprendizaje a lo largo de la vida y que sobretodo, son ellos mismos los que la reivindican y perciben su necesidad. Sentirse enfermera implica sentirse a gusto y bien profesionalmente, y uno de los requisitos para llegar a ello según los estudiantes es seguir aprendiendo y estar actualizados constantemente en cuanto a sus conocimientos y habilidades.

“Pero, además, te vas con un estímulo de seguir aprendiendo y superarte. Con lo cual, yo creo que esa es la función de sentirte enfermera, que una vez que acabes no te quedes estancado y... no, tienes que seguir estudiando, tienes que seguir actualizando y esa capacidad de superarte día a día es lo que te hace sentirte enfermera.” (GD 2, Marcos, 262)

Esta necesidad y voluntad de **mantener actualizados los conocimientos y habilidades** para tratar las nuevas situaciones, así como la **motivación para aprender y continuar estudiando** que expresan los protagonistas de este estudio, coincide plenamente con lo expuesto por Cònsul (2010) cuando muestra cómo

ambos aspectos son considerados fortalezas del **ABP** por profesionales que fueron formados con dicha metodología. De esta manera, se está de acuerdo con la autora en que el Aprendizaje Basado en Problemas es clave para mantenerse actualizado y para fomentar la motivación para aprender que expresan los estudiantes.

Con la metodología tradicional, centrada en el profesor, el estudiante adquiere la tranquilidad que reporta el recibir conocimientos estructurados, delimitados y limitados en los programas de las asignaturas y por la persona experta. El estudiante no es tan consciente de que aquello que precisa saber pueda ser más amplio de lo que allí se le aporta. Con el ABP, son los propios estudiantes quienes se han de responsabilizar de lograr los objetivos propuestos y quienes para ello organizan planes de trabajo y desarrollan una gestión autónoma del proceso poniendo en marcha habilidades de aprendizaje como, por ejemplo, el realizar búsquedas de información relevantes y estudiarlas, el analizar de manera crítica la información o el argumentar la consecución de objetivos con los nuevos conocimientos nuevos adquiridos.

Potenciando que sea el estudiante el que se sienta responsable de su aprendizaje se consigue una de las principales fuentes de motivación (Biggs¹⁹, 2005, en Cònsul, 2010). Y este aspecto se trabaja con el ABP, persiguiendo una mayor motivación *intrínseca*. Ésta alude al deseo del aprendizaje por la curiosidad, por el interés o por el disfrute que produce. Se desea aprender para comprender (Donald, 1999; Fazey y Fazey, 2001 en Byrne, M. 2005).

Para que el desempeño profesional sea una fuente de realización personal, el sujeto ha de sentirse bien en el mismo. Este es un hecho que las estudiantes pueden comprobar durante las prácticas clínicas. **Encontrarse a gusto y cómoda en el ámbito asistencial** se convierte en primordial para el estudiante, aumentando su sentido de pertenencia profesional y haciéndole poseer un sentimiento de comodidad equiparable al atribuido al ámbito familiar. Sentirse como en casa, como en familia, implica encontrarse cómodo con la profesión, con sus valores y normas comunes, siendo éste, el de la **internalización de la cultura profesional** uno de los objetivos que persigue la socialización profesional según Cohen (1988).

¹⁹ Biggs, J. (2005) Calidad del aprendizaje universitario. Madrid: Narcea.

“Sí que me he sentido enfermera porque, en el ámbito hospitalario, me he sentido a gusto. Yo voy a un banco y me encuentro incómoda. Entro en un hospital y me encuentro a gusto. Los olores no me desagradan, pues que un paciente haga pipi o caca son cosas orgánicas, en cambio me gusta hablarle “no, tranquilo” (...)

Sí, estoy la mar de a gusto, sí me siento como en casa. (...)

No, pero el no sentirte en un hábitat hostil es una parte muy importante porque cuando uno está comfortable, está a gusto con los compañeros ...y sí, sí que me he sentido enfermera, yo estaba como en casa, como si estuviese en familia, ¿no? porque al final en el trabajo pasas casi más horas que con tus seres queridos ¿no?.” (GD 1, Estefanía, 305-313)

Sin embargo, y siguiendo con Cohen, **integrar el rol profesional en el resto de roles de la vida**, último de los objetivos que posee la socialización profesional, no aparece todavía logrado en los estudiantes de este estudio. La búsqueda de una única identidad psicológica posiblemente se esté llevando a cabo, pero no hay evidencias que demuestren su consecución.

En este sentido, han de tenerse en cuenta varios factores: por un lado, los estudiantes aún no han finalizado su formación; por otro, tampoco han empezado a ejercer como profesionales, por lo que no han percibido esa autonomía y responsabilidad de la que se ha hablado en el punto anterior (y que es la que creen que les falta para acabar de sentirse enfermeras); y, por último, aunque la socialización tiene lugar principalmente durante los estudios de enfermería, dicho proceso continúa posteriormente durante la vida profesional (Öhlén & Segesten, 1998) al igual que la construcción de la identidad profesional (Serra, 2008). No ha de olvidarse que la identidad es un producto social en continua construcción o reconstrucción y resultante de la interacción con los otros (Berger & Luckmann, 1988; Molina, 1975).

En contraposición, esta identidad psicológica única sí que aparece entre las enfermeras participantes. Las ya profesionales, no pueden desvincular el sentimiento de ser enfermeras de aquel otro más personal, aquel que las define en tanto que personas. Se trata de una manera de vivir la enfermería no diferenciada del rol

personal. Ser enfermera implica serlo siempre y en todas las circunstancias, las 24 horas del día.

“...yo soy enfermero desde que me levanto hasta que me acuesto.” (GD 4, Ferran, 168)

“Jo para mi, ser enfermera... para mi,... es una manera de vivirlo, una manera de ser, es una manera... (...) Sí, porque yo soy enfermera las 24 horas, para mí soy las 24 horas. A ver, aparte de mujer, madre, pareja y todo...” (GD 4, Roser, 39-50)

De hecho, si nos preguntamos sobre la **satisfacción con la profesión** que expresan estas profesionales, se observa que es alta y que la mayoría volvería a repetir en la elección, resultado coincidente con el estudio encargado por el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (Rodríguez & Bosch, 2005) y que cuantifica en un 80% los profesionales que volverían a ejercer en la misma profesión. Y todo ello a pesar de los problemas de retribución insuficiente, falta de incentivos profesionales o falta de reconocimiento social identificados como más importantes.

“Como profesión o como forma de vivir, estoy segura que escogería ésta, porque ésta es la que se adapta a mi forma de ser y hace que yo llegue a casa cada día contenta, que es lo que...” (GD 4, Esther, 489)

En el caso de los estudiantes, la satisfacción con la elección de los estudios también es elevada como muestra el trabajo realizado en la totalidad de Escuelas Universitarias de Enfermería catalanas (Antonín et al., 2009) y que señala que el 84,1% de los alumnos volverían a escoger los mismos estudios, sintiéndose bastante o muy satisfechos con ellos. Del mismo modo, los resultados de esta investigación apuntan a que, independientemente de si enfermería la escogieron como primera opción o no, la mayoría muestra sentirse muy satisfecha por la elección. En algunos casos se evidencia por la expresión de satisfacción, orgullo o, incluso, de felicidad

“Y una vez que llegué, pues empecé a meterme en el mundo, en el mundo, en el mundo y entonces ahora estoy super contenta y pienso que...el camino me ha llevado ahí y estoy muy feliz. De verdad, estoy contentísima de haber encontrado esto porque me encanta. Yo voy al hospital y me encuentro bien. He llegado a estar mal, tener un ataque de ansiedad, y llegar al hospital,

entrar por la puerta, y se me pasa. (...)

Sí, es que me encuentro muy bien en el hospital. No sé, supongo que el hecho de tener que estar pendiente de los demás y no de ti misma, no te permite estar pensando y es que estoy super feliz, me encanta.” (GD 2, Àngels, 58-62)

“Yo sabía que si cogía el camino de enfermería podría estar más en contacto con las personas, pero una vez he acabado, ahora que estoy finalizando tercero, veo que mucho más. El hecho de hacer las prácticas...estoy muy satisfecha de haberla escogido porque realmente es lo que quiero. Además he visto en el hospital al grupo, al médico y a todo el personal que hay y yo creo que el papel de la enfermera es con el que me siento identificada.” (GD 3, Amelia, 40)

en otros, por la dificultad para imaginarse en otras profesiones

“A mí es que me pasa un poco que pienso que si no trabajara en este ámbito ¿qué otra cosa podría hacer? Y no se me ocurre nada. Si no me veo en el hospital trabajando, no me veo en ningún otro sitio. Y eso me pasaba desde antes de entrar, que yo sabía que en otro sitio no, no me veo” (GD 1, Cristina, 341).

e incluso aquellas alumnas cuya primera intención no era estudiar enfermería manifiestan no arrepentirse de haberlo hecho por todo lo que les ha aportado, llegando en algunos casos a plantearse si realmente no era esta profesión la que en verdad buscaban.

“Y cuando empecé, la verdad, es que muchas expectativas no tenía, pensaba “son tres años que tengo que hacer, los hago de paso para entrar en medicina”... y realmente me ha hecho cambiar mucho. O sea, yo pensaba “tu haz el trabajo que tengas que hacer, hazlo bien porque siempre me ha gustado hacer las cosas bien hechas, pero...”. Y fue comenzar, nada de ir al primer hospital y..., no, fue empezar a hacer enfermería y a los dos o tres meses decir “ostras, quizás lo que yo quería era esto y no lo otro”. Porque empiezas y es estar con el paciente, estar con él, ayudarlo, no estar allá para curarlo sino para cuidar. Y el hecho este fue de decir “puede que donde debo

estar es aquí y no allí". Y, realmente, al principio fue así, y me alegro de no haber entrado en medicina para descubrir este mundo." (GD 3, Asun, 42).

5.3.3. Vocación y profesionalización: una interacción óptima

La satisfacción que genera el ejercer de enfermera, aunque sea en calidad de estudiante, es un sentimiento necesario para la realización profesional y personal que ponen de manifiesto los estudiantes. Sentir la profesión y el trabajo de enfermera como una fuente de satisfacción personal lo relacionan con una predisposición personal e inclinación hacia la enfermería a la que denominan vocación pero, también, a una profesionalización que garantice la calidad profesional y, por ende, un mayor reconocimiento social.

En efecto, todos los participantes están de acuerdo en que sin esa satisfacción que debe producir el ser enfermera no se puede llegar a un desarrollo profesional óptimo. Y esto es debido a las características del trabajo enfermero. Un trabajo duro, de alta complejidad, donde las relaciones interpersonales y los sentimientos que se generan, aunque enriquecen, producen también una carga emocional no siempre fácil de gestionar. El resultado exitoso dependerá, en gran medida, de la **vocación**, un término que entienden como aquella inclinación hacia la enfermería que en sí misma provoca satisfacción profesional y personal.

"Yo pienso que la enfermería es vocacional, totalmente. El abordaje al paciente, o sientes vocación o hay situaciones que son desbordantes. Además de la formación la vocación es primordial. Yo siempre he querido ser enfermera, siempre, siempre me he sentido enfermera, además quiero ser una gran enfermera...es verdad, yo quiero ser una gran enfermera, no quiero ser una enfermera cualquiera." (GD 1, Estefanía, 84)

"Sí, es también, un poco, la vocación, ¿no? Que estás ayudando a gente que lo necesita, que es duro, para mí es duro trabajar de enfermera porque todo lo que son emociones, sentimientos de gente que lo está pasando mal, pues te afecta, ¿no?" (GD 1, Cristina, 24)

Las estudiantes tienen una visión del término carente absolutamente de la connotación religiosa tradicional y más acorde con acepciones terminológicas

actuales que apuntan hacia la inclinación a un estado, profesión o carrera (Real Academia Española, 2002). La interpretación religiosa que tradicionalmente se ha realizado del término ha distorsionado su significado y aplicación en los diferentes contextos. Esta visión de la vocación malinterpretada por su vinculación a ideales de feminidad y maternidad (White, 2002) y de carácter religioso, ha contribuido a la connotación de abnegación, altruismo y sacrificio a la que se ha vinculado tradicionalmente la enfermería (Burguete et al., 2005). Curiosamente, esto no ha sucedido en otras profesiones donde el concepto ha tenido un sentido más amplio (San Rafael-Gutiérrez et al., 2010).

De esta manera, para los estudiantes la vocación se hace extensible a esa inclinación que nace de lo íntimo de la naturaleza de la persona, por la que se llega a escoger enfermería como profesión y que hace que el trabajo se convierta en un placer donde la gratificación no viene tanto por la retribución económica sino por la fuente de satisfacción personal en la que se convierte.

“Yo creo que es una forma de sentirse realizado, al menos para mí. Y, a parte, el vivir experiencias con según que pacientes te enseña mucho. O sea, es un trabajo que, hay gente que trabaja para ganar dinero y hay gente que trabaja por vocación (la mayoría del grupo asiente con la cabeza) y luego pues hay quien lo hace por las dos cosas, obviamente ...” (GD 1, Joel, 30)

Este aspecto no debe hacer pensar que el entender como eminentemente vocacional la profesión tenga un sentido finalista en sí misma y, por tanto, no se pueda exigir contraprestación alguna o ésta no tenga importancia. Se trataría ésta de una visión ideal o poco realista del término. Lo que sí implica es que la retribución económica no es el motor ni la condición indispensable para sentirse satisfecha con la profesión. De hecho, este aspecto coincide con la percepción de las ya profesionales.

A pesar de que una retribución adecuada es uno de los elementos que las enfermeras señalan como fundamentales en un trabajo ideal, y que a la vez notan a faltar, la satisfacción con la profesión que manifiestan queda reafirmada por un elemento central: poder ejercer como profesionales al servicio del bienestar de las personas (Rodríguez & Bosch, 2005). Una cierta orientación connatural hacia la actividad enfermera, o vocación (Torralba, 1998), es necesaria para un pleno

ejercicio de la profesión. Es el trabajo enfermero y la identificación con el significado social de la enfermería lo que le otorga a ésta su estatus vocacional (White, 2002).

Es más, son las propias enfermeras quienes reconocen que la vocación no tiene por qué aparecer desde la infancia o ser condicionante para escoger la profesión. A veces, la vocación se desarrolla con posterioridad y fruto de experiencias determinadas que hacen aflorar en la persona cualidades relacionadas con la enfermería, lo que algunos autores denominan como el **potencial oculto** (Webb, 1997, en Carrillo, 2012).

“Tampoco creo que la vocación tenga que venir de niño, porque muchas personas podemos, por las situaciones de nuestra vida... A lo mejor tú has encontrado tu vocación a partir de unas vivencias o conocimientos. Yo sí que a ti puedo verte como, en mi concepto de vocación, como un enfermero vocacional...” (GD 4, Silvia, 101)

Pero si bien los estudiantes entienden esta tendencia interna de la persona hacia la profesión como necesaria, son ellos mismos los que también reconocen que no lo es menos la **profesionalización** de la misma. Es más, dicha profesionalización se convierte también en un requisito garante de una mayor satisfacción profesional a través de la seguridad que aporta realizar bien el trabajo.

“Porque antes se cuidaban las monjas, que era la vocación de cuidar a las personas, los desvalidos, es como lo que se ha ido trasladando hasta ahora. Pero aparte de eso, hay una parte que es profesional y que no se ha de dejar de lado porque es algo que si no se hace... es lo que llega a quemar.” (GD 1, Aina, 261)

“La parte profesional es la que nos da la seguridad de que estamos trabajando de forma correcta.” (GD 1, Estefanía, 263)

Es evidente que los estudiantes no plantean en ningún momento vocación y profesionalización como antónimos. Nada más lejos de ello. Si bien un término hace referencia a una tendencia natural de la persona hacia la enfermería y el otro está más relacionado con el ámbito externo, entienden que no son excluyentes y que deberían aunarse en un mismo profesional.

“Yo creo que también depende de cómo lo enfoques. Que es vocacional, pero hasta un cierto punto es vocacional, ¿no?. También es profesional y es un trabajo que tú vas a hacer y que te gusta y que lo haces bien y que te estás formando, pero sigue siendo un trabajo, ¿no?” (GD 1, Aina, 243)

“Pero puede ser vocacional y puede ser profesional también, no se excluyen la una a la otra.” (GD 1, Cristina, 251)

Joel: “Sí, debería de ser las dos cosas.

María: Sí, sí

Estefanía: Ha de ser.” (GD 1, 253)

Estando de acuerdo con Torralba (1998), y en consonancia con lo que alegan los estudiantes, la interacción entre vocación y profesión es determinante y en ella radica el óptimo ejercicio profesional. La persona ha de sentir una determinada orientación hacia la enfermería, su trabajo y profesión, pero también precisa de una constante formación que le permita desarrollarse como profesional. Los reduccionismos hacia cualquiera de los dos extremos, sea vocación o profesionalización, son inadecuados. *“El pleno ejercicio de una profesión requiere un conocimiento adecuado de todo lo que se refiere al ámbito de dicha profesión, pero además, requiere una cierta vocación para realizarla.” (pág. 18)*

5.3.4. Los valores en la práctica enfermera

Llegados a este punto, y antes de emprender el último núcleo temático del presente trabajo referente a la visión que respecto al futuro de la profesión tienen los estudiantes así como su compromiso con ella, resulta necesario el abordaje de los valores profesionales. Un aspecto que podemos llegar a conocer mejor gracias a todo el recorrido realizado hasta el momento.

El cómo los estudiantes conciben la profesión, el lugar que ocupa el cuidado y su definición generalizada de ayuda al otro, la concepción del profesional de enfermería, la autonomía, el desarrollo profesional, la vocación y profesionalización, los aspectos con los que se identifican y los que rechazan y la responsabilidad

profesional, entre otros aspectos, nos ayudarán a conocer qué valores son los que prevalecen entre los protagonistas durante su período formativo.

Uno de los objetivos de la socialización profesional que se lleva a cabo durante la formación del estudiante es el de internalizar la cultura de la profesión (Cohen, 1988). Esto implica valores, normas o aspectos éticos que son comunes en los miembros de ésta. La cultura profesional recuerda los ideales compartidos por el grupo y ejerce un control sobre los individuos que la practican, beneficiando tanto a la persona como a la profesión.

Los valores son “creencias o convicciones acerca de que algo es bueno o malo, mejor o peor que otra cosa” (Giner et al., 1998). Por su origen y naturaleza social, los valores no se inventan de manera individual sino que se encuentran dentro de un repertorio que nuestra cultura y época ofrecen y donde los grupos de los que formamos parte influyen condicionan o, incluso, determinan su elección.

Los miembros de una profesión se adhieren a determinados valores en contextos concretos y son estos valores profesionales los que fundamentan la identidad como grupo (Ramió & Domínguez Alcón, 2003). Los valores son inherentes al desarrollo y mantenimiento de la identidad profesional y en el caso de enfermería se expresan en las acciones de las enfermeras en relación con los otros (Fagermoen, 1997). De este modo, los valores actúan como principios que guían la conducta humana (Pérez et al., 2002) y las actitudes de los individuos en los diferentes contextos (Ramió, 2003), por lo que muchas de las decisiones que las enfermeras deben tomar en su práctica diaria vienen determinadas por los valores y creencias que ésta posea (Falcó, 2005).

A pesar de la importancia que tienen los valores en la construcción identitaria profesional, éstos nos son impartidos explícitamente durante la formación universitaria, sino que se van adquiriendo gracias al currículum oculto, es decir, a través de actitudes, comentarios o comportamientos que se producen en el contexto educativo (Guerrero, 1996). No debemos olvidar que los valores se manifiestan a través de las actitudes y conductas profesionales.

5.3.4.1. Altruismo y dignidad humana: valores sólidos de identificación

Nuestros protagonistas, los estudiantes, tienen claro qué actitudes y conductas son imprescindibles en el correcto desempeño profesional de la enfermería. Y todas ellas las vinculan y extraen de su experiencia durante la realización de las prácticas clínicas. Es aquí donde han podido materializar lo que sienten y piensan a través de sus actos con los pacientes y demás actores implicados. Lo han podido llevar a cabo y comprobar cuán cómodas se sienten con su puesta en práctica en la vida profesional. Además, han podido observar, contrastar y vivir en primera persona si todo ello es coincidente o no con las que serán en breve sus compañeras de profesión, las enfermeras.

La **ayuda al otro** y el ofrecer un **trato digno**, con humanidad, a la persona a la que se atiende, son las actitudes profesionales mejor valoradas por las estudiantes. Si han de escoger de entre todos los aspectos positivos que observan y perciben de la profesión, son estos dos los que aparecen en primera instancia.

El **ayudar** a la persona que lo necesita en determinados momentos de su vida, el **escucharle**, el darle **apoyo** y hacer que se **sienta bien**, se considera primordial en la profesión.

“No sé, el hecho de poder transmitir ciertas sensaciones en un momento en el que el paciente, por ejemplo, está muy preocupado intentar tranquilizarlo, de estar con él, es que, no se decirte algunos en concreto pero es toda la actuación. O el hecho de entrar en una habitación y no saber si saldrá adelante, pero el hecho de (...) que pase el mejor rato posible mientras tú estés allá, de que se sienta a gusto con tu compañía, que sepa que si tiene algún problema te lo puede explicar y que tú lo intentarás solucionar en la medida que puedas, no sé...” (GD 3, Asun, 237)

“Pues mira, yo me quedo con las ganas de cuidar de las enfermeras, el querer cuidar al paciente.” (GD 2, Ana, 395)

De hecho, ya hemos visto en resultados previos que aquello que para los estudiantes confiere identidad propia a la profesión y que la diferencia de otras es el hecho de cuidar. Un cuidar entendido como la **ayuda** ofrecida a las personas y que denota que enfermería es una profesión de servicio. Se ha constatado también que

el poder **ayudar a los demás** es el aspecto mayoritario que mueve a los estudiantes a seleccionar enfermería como opción de estudio y que coincide con lo expuesto por otros autores que también lo trabajaron (Buitrago-Echeverri, 2008; De Cooman et al., 2008; Ramió, 2005).

Además, vimos cómo esta concepción de ayuda es compartida igualmente por las enfermeras que participaron en el presente trabajo, cómo se manifiesta como el deseo más importante del colectivo en algunos estudios (Dominguez Alcón, 1990, en Ramió, 2005) y cómo es coincidente con la visión de ayuda que diferentes teóricas de la enfermería observan como propia de la profesión (Marriner & Alligood, 2007).

En definitiva, parece claro que las actitudes mencionadas y que giran en torno a la ayuda a los demás están presentes desde el momento previo al inicio de los estudios, siendo la fuente de motivación principal para escoger la profesión de enfermería, y se mantienen con solidez a lo largo de la trayectoria profesional.

Vinculado a la ayuda aparece lo que los estudiantes entienden que es la forma adecuada de proporcionarla, es decir, a través de un **buen trato personal**. Y es que enfermería es una profesión relacional, por lo que el tratar de manera adecuada a la persona se convierte en esencial.

“Y me quedaría con el hecho de que el ser enfermera es tratar con personas o para las personas. El fin es el bien de la persona.” (GD 2, Isabel, 408)

“Y, sin embargo, quiero ser la enfermera que en un tiempo óptimo, no cantidad sino calidad, es capaz de dar al paciente el apoyo que necesita en aquel momento y la visión global en la que yo, todavía, estoy trabajando. Y no hablo de cantidad, ¿eh?, hablo de calidad, gestos, miradas, formas de abrir la puerta, forma de sonreír, forma de actuar, forma de dejar las pastillas en la mesa, saludar a la familia.” (GD 1, Estefanía, 481)

Un trato basado en el **respeto** y en la **humanidad** hacia la persona que debe ser cuidada, que sufre y lo pasa mal. Un humanismo que se traduce en sensibilidad y compasión con las desgracias de los semejantes.

“Y con lo que me quedo es con la satisfacción que te da el poder ayudar a alguien a que se recupere y ver que está bien. O que si está pasando por una época de hospitalización, o por sus últimos días, ver que lo estás dando todo,

que estás ofreciéndole un buen trato y que el paciente te lo agradece y que nota que es bueno para él.” (GD 2, Lourdes, 406)

Esta capacidad de los estudiantes para sentir y comprender el sufrimiento de la otra persona es la **empatía**, que implica ponerse en el lugar del otro, vivir lo que está viviendo, participar anímicamente de su mismo estado de salud. Además, el saber reaccionar frente a este sufrimiento desde la estima o el amor denota **sensibilidad** y **solidaridad** hacia el otro, constituyéndose en una actitud adecuada frente a la persona que sufre.

“Pero a mí, uno de los valores que siempre me ha transmitido la enfermería es del amor, tranquilidad, estima por la otra persona...” (GD3, Montse, 286)

De este modo, las actitudes más firmes que las estudiantes asumen, desarrollan y con las que se identifican a nivel profesional son aquellas relacionadas con la ayuda al otro, escuchar, dar apoyo, trato con respeto y humanidad, empatía, sensibilidad y solidaridad y ponen de manifiesto dos **valores** principales: el altruismo (Thorpe & Loo, 2003) y la dignidad de la persona.

El **altruismo**, entendido como aquella complacencia en el bien ajeno, se traduce en actitudes de ayuda (absolutamente vinculado con el cuidar), compasión (percepción y comprensión del sufrimiento ajeno) y acción relacionada con la conducta ética (respuesta solidaria). Se trata de un valor individual que actuó como motivación para escoger enfermería como profesión y que, por tanto, ya poseían los estudiantes antes de iniciar la formación (Ramió, 2005). Este valor se mantiene y refuerza a lo largo de la experiencia formativa.

El valor de la **dignidad de la persona** a la que se atiende se plasma en las actitudes de respeto hacia ella y en un trato humanizado. Todo individuo, en tanto que persona, posee una dignidad que requiere de un trato ético y de una relación de calidad que se concreta en unos modos de actuar (Torralba, 1998). El ser humano y la persona enferma no pueden ser tratados de cualquier manera porque poseen esa dignidad intrínseca. Los estudiantes lo tienen claro y lo sitúan, junto al altruismo, en las primeras posiciones convirtiéndolos en valores nucleares. Estos dos valores también se constituyen como nucleares entre las enfermeras según los trabajos realizados por Fagermoen (1997) y Ramió (2005).

Como evidencias de la solidez de estos valores en los estudiantes, a pesar de que se han mostrado ejemplos de actitudes profesionales con valoración positiva y de identificación, a continuación se exponen extractos que acreditan cómo la falta de dichas actitudes son aspectos que se perciben como negativos y generan necesidad de cambio. Existe, por tanto, coherencia en la respuesta tanto si se aborda desde los aspectos que generan identificación como de aquellos que generan rechazo.

“Yo rechazo el hecho de que...es que no sé si es que esas profesionales están quemadas o es que como personas ya son así, es que eso es lo que no sé. Yo les digo a mi familia, si alguna vez veis que estoy quemada, que ya soy insensible a lo que me dice el paciente o al dolor, decídmelo porque lo dejo. Entonces, no sé si esa gente está quemada o es que son así. A mí me dicen que yo nunca seré así. Por tanto, rechazo cuando una persona es insensible a lo que le está diciendo el que tiene enfrente.” (GD 2, Angels, 398)

“Yo, las enfermeras estas que hay, que entran en la habitación, no dicen ni hola, hacen la cura que han de hacer y se van sin decir absolutamente nada. Yo eso desde el principio, desde primero, que no tenía tampoco los conocimientos, es algo que...el respeto, la educación. Y que entiendo las circunstancias que hayan tenido, que no quiero juzgar, pero yo sí que hay cosas, referentes sobre todo al trato con la persona.” (GD 1, Aina, 448)

“Yo rechazaría la falta de humanidad con el paciente, de tratarlo como un objeto, dedicarle sólo el tiempo que voy a hacer tal cosa y me voy.” (GD 2, Sandra, 396)

5.3.4.2. Los valores de la autonomía, desarrollo profesional y justicia

Siguiendo a Ramió (2005), con cuyos resultados coinciden los de esta investigación en cuanto a identificar el altruismo y la dignidad humana como valores con alto grado de adhesión entre las enfermeras y presencia en el período de formación de las mismas, el resto de valores que se ponen de manifiesto se encuentran menos desarrollados en el colectivo. Para esta autora se tratarían de los valores de libertad, estéticos, igualdad, justicia y verdad, donde todos ellos requieren de un trabajo tanto individual como conjunto para su aceptación y desarrollo a nivel profesional.

Respecto al valor de la **libertad**, una de sus dimensiones es la **autonomía profesional** para tomar decisiones sobre los cuidados. Ya identificada ésta última como un valor emergente en el seno del colectivo en los últimos años (Ramió, 2003, 2005), los estudiantes la reivindican como base de un mayor desarrollo profesional. Como vimos en el apartado dedicado a este aspecto, a pesar de la falta de consenso sobre su definición y que los alumnos entienden que su aplicación en la práctica no es completa, adquiere un sentido muy especial pues aparece como necesidad y se demanda su puesta en práctica.

La autonomía es reclamada en cuanto al control de la práctica y la aplicación del juicio clínico para tomar decisiones, especialmente cuando estas colisionan con las de otros profesionales (McDonald, 2002). Esta autonomía como valor positivo se refuerza con afirmaciones que evidencian el rechazo a actitudes de subordinación frente a otros colectivos que a veces parten desde la propia enfermería.

“Yo tenía una tutora, una enfermera de toda la vida, y estaba acostumbrada a que cuando el traumatólogo venía a destapar una herida, ella tenía que dejar todo lo que estaba haciendo porque venía el traumatólogo. Y yo recuerdo, a veces, de estar haciendo curas yo sólo, y entrar el trauma y ni buenos días ni nada y coger y decirme ¿me destapas la herida?. Y yo decirle buenos días. Me refiero que es una forma de marcar tu identidad y de decir, ei, yo estoy aquí haciendo una labor.” (GD1, Joel, 470)

Por otro lado, destaca también entre el estudiantado la convicción y necesidad de estar **actualizada** y de la **formación para el desarrollo profesional**. El sentirse realizada pasa por mantener actualizados los conocimientos para adecuarse a los avances profesionales y esto, tal y como también vimos en apartados anteriores, adquiere un valor importante para los estudiantes. También lo es para las ya profesionales según Falcó (2005), quien lo recoge como un valor o principio propio de la profesión enfermera. De hecho, el Código Deontológico²⁰ de la Enfermería Española en su artículo 70, expone que *“La enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día mediante la educación continuada y el*

²⁰ Deontología: Conjunto de deberes de los profesionales de Enfermería que ha de inspirar su conducta (Consejo General de Enfermería de España, 1998)

desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional.” (Consejo General de Enfermería de España, 1998: 22).

“Y me quedo con la amplitud que te da, si te gusta, y cuando tienes la práctica, la búsqueda del conocimiento y el poder aplicarlo. Y sentirte realizada en el momento de decir “estoy haciendo esto porque sé hacerlo y porque sé qué beneficios está aportando”. O sea, lo que decía antes del criterio enfermero: pasa ésto y yo me estoy dando cuenta de que pasa porque tengo la práctica y puedo verlo enseguida y, además, tengo esa base para poderlo hacer. Y además, soy una persona interesada y con ilusión de poder practicar. Y si algo no lo sé y veo que he quedado carente en esto, voy a buscar y voy a poder seguir superándome. Eso es lo importante, la superación.” (GD 2, Neus, 404)

Resulta muy relevante este valor otorgado por el estudiantado a la formación y **aprendizaje a lo largo de la vida**, un aprendizaje entendido como *“toda actividad formativa emprendida en cualquier momento del ciclo vital de una persona con el fin de mejorar sus conocimientos teóricos o prácticos, sus destrezas, competencias y/o cualificaciones por motivos personales, sociales y/o profesionales.”* (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2010).

Además de esta acepción tan extendida del término y atendiendo a la amplitud y complejidad del aprendizaje, en un informe elaborado por la Agencia Nacional Sueca para la Educación Superior (Skolverket, 2000, en (Rimbau, Delgado, & Rifà, 2008), se nos recuerda que este concepto contiene dos dimensiones como manera de articular las distintas formas de aprendizaje. Así, en el sentido amplio del término, el aprendizaje a lo largo de la vida combina una dimensión longitudinal con otra transversal (Lifelong Learnig y Lifewide Learnig). La primera indica que las personas aprenden a lo largo de toda su vida y en todas las etapas vitales. La segunda hace referencia al aprendizaje a lo ancho de la vida reconociendo, así, tanto el aprendizaje formal, el no formal y el informal y la complementariedad entre ellos. De este modo, se pone de relieve que el aprendizaje útil también se lleva a cabo en contextos como el familiar, de ocio o de actividad laboral.

El aprendizaje continuo favorece a la persona en su desarrollo profesional y personal ayudándole en la toma de decisiones. Se convierte, por tanto, en una herramienta indispensable para el desarrollo de la autonomía profesional, aspecto básico teniendo en cuenta la histórica relación de dependencia que la Enfermería ha tenido con la profesión médica y con la que gran parte de la sociedad la identifica.

La universidad posee un papel fundamental en la formación de futuros profesionales, siendo sus docentes los responsables del aprendizaje de conocimientos y habilidades de las disciplinas así como de ayudar a desarrollar las competencias que capaciten al estudiante para la práctica profesional. Es en este punto de la formación competencial donde adquiere un valor fundamental la educación en valores y actitudes. Se convierte en un aspecto significativo, a mi juicio, el que desde esta institución y mientras dura la formación inicial se transmita la importancia y necesidad de la formación continua y aprendizaje a lo largo de la vida, que se conciencie a los futuros profesionales de ello y que éstos lo integren como un valor profesional. Sería razonable también que fuese la propia universidad la que, en coherencia, adquiriese un mayor protagonismo en la formación posterior de los profesionales a los cuales formó.

En cuanto a los **valores estéticos**, relacionado con la creatividad, o el de la **verdad**, vinculado con el saber estar y saber hacer en situaciones que implican posicionamientos éticos y que requieren de respuestas adecuadas (Ramió, 2005), no aparecen en esta investigación como destacables. El valor otorgado a la estética del cuidar, a la belleza del cuidar en cuanto acción armónica y equilibrada (Torralba, 1998) está ausente entre los estudiantes o, al menos, no es puesto de relieve. Este aspecto no es de extrañar si se tiene en cuenta que todavía la atención a las personas en el ámbito asistencial está centrada en el modelo biomédico hegemónico (Medina, 1999, Ramió, 2005). En cuanto al valor de la verdad, éste se desarrolla en la práctica profesional experta (Ramió, 2005) que teniendo en cuenta a Benner (1987) se trataría del último nivel de los cinco que propone para la adquisición y desarrollo de habilidades en las ya profesionales de enfermería.

Por último, el valor de la **justicia**, aquel que implica responsabilidad y posicionarse en situaciones complejas de la práctica (Ramió, 2005), aparece también como forma de situarse ante realidades que a las estudiantes les parecen injustas. El estudiante percibe que juzgar a la persona en base a unos prejuicios tiene unas consecuencias

claras que se traducen en comportamientos inadecuados hacia ella. Y esto moviliza en él una serie de sentimientos que le hacen posicionarse según sus valores.

“Había de todo, pero, por ejemplo, había una paciente que tenía cara como de ser adicta a alguna droga, no sé si al final los tóxicos dieron positivos o negativos. Y ella quería darle el pecho a su hijo. Y ella realmente quería a su hijo. Tú llegabas a la habitación y el cariño que la madre mostraba hacia el hijo era impresionante, pero tú veías como muchas enfermeras decían “ah, la drogata esta”. No sé, háblalo, pregúntale porqué lo hace, no sé, muchas veces ya calificas y no intentas hablar con el paciente y que su voz tenga eso, voz, porque tú ya lo estás juzgando. Y yo eso lo quiero cambiar, porque eso no es ser enfermera, eso es ser una persona cualquiera que tiene prejuicios, pero tu profesión no te puede llevar por este camino.” (GD 3, Nerea, 247)

“Yo no me quedaría con las enfermeras que juzgan al paciente, y eso lo hacen mucho. “Los padres pesados, o el paciente este que no para de llamar”. O sea, que en vez de intentar indagar y averiguar por qué, hay muchas enfermeras que juzgan. Y cuando tú juzgas a alguien de entrada, eso ya te interfiere en los cuidados que vas a dar, porque...vas a actuar subjetivamente, influenciado por lo que tú piensas, que a lo mejor es una cosa muy diferente a lo que es.” (GD 1, Cristina, 489)

Las conductas profesionales son observadas en todo momento por las estudiantes gracias a la oportunidad que otorgan las prácticas clínicas. Estos modos de actuación son confrontados entorno a los valores que los estudiantes poseen, y que se han ido modificando a lo largo del proceso educativo, permitiendo su toma de conciencia y su reevaluación constante. La adhesión e integración de valores es necesaria para poder tomar decisiones profesionales que estén guiadas por estos referentes y para adquirir sentido de pertenencia al grupo. Es por ello que la experiencia compartida entre estudiantes y enfermeras tutoras es una oportunidad trascendental para la configuración de los valores que, a medida que se van asumiendo, ayudan a la persona a posicionarse y a adquirir un compromiso profesional y personal, aspecto que se aborda en el siguiente apartado.

5.4. COMPROMISO HACIA LA PROFESIÓN. FUTURO Y PROPUESTAS PARA EL CAMBIO.

El apartado que ahora se inicia pretende trascender el momento presente tratando de conocer cómo conciben el futuro de la profesión los que serán miembros de ella en breve y cuán implicados y comprometidos se sienten en la construcción del mismo. Esto podría dar pistas fehacientes sobre cuál es el futuro que espera al colectivo y a la propia disciplina enfermera. Todo esto una vez que ya conocemos lo que para las estudiantes supone ser enfermera hoy día, el papel que los protagonistas otorgan a la teoría y a la práctica en lo que a la conformación de la identidad profesional se refiere, y la solidez del sentimiento que les hace sentirse enfermeras y pertenecer al colectivo.

5.4.1. Compromiso profesional

Un requisito importante para la resolución de cualquier problema, no sólo en el ámbito profesional sino también en el personal, es el tener la capacidad de identificarlo y tomar consciencia de él. Si la persona, como ser individual o en virtud de su condición de miembro de un colectivo, no es consciente de la existencia de dicho problema, por muy grande que este pueda parecer a ojos de otros, difícilmente será un aspecto en el que centrar la atención o tan siquiera sobre el que reflexionar. Por tanto, la identificación del problema es el primer paso para poder, si es el caso, llevar a cabo medidas conducentes a su solución o modificación.

Es importante, además, que se sepan asumir responsabilidades (si las hubiere) en la génesis de dichos problemas y no sólo atribuirlos a causas o factores de carácter más exógeno o ajenos a los propios implicados. Asumir que somos responsables de algún problema o de parte de él supone asumir que de nosotros también depende su posible solución y que, por tanto, si no se modifica la posible causa, difícilmente se modificará el resultado.

Cabe señalar también otro factor básico como es el compromiso que se adquiere con la solución de dicho problema. Del latino *compromissum*, el término compromiso señala una obligación contraída con algo o con alguien, un vínculo que sujeta a

5. Resultados de la Investigación

hacer o abstenerse de hacer algo (Real Academia Española, 2002) y que se establece por ley, de manera voluntaria o por derivación de ciertos actos.

Por tanto, vemos que no basta sólo con identificar el problema y sentirse responsable de su aparición o mantenimiento, sino que se hace absolutamente necesario un determinado grado de compromiso, de obligación moral para que dicha situación que se interpreta y se vive como problemática sea susceptible de cambio.

En la investigación que nos ocupa ya hemos conocido que los estudiantes, al igual que las enfermeras, no se sienten cómodos con la imagen social existente, una imagen anclada en el pasado, lentamente cambiante, que no se corresponde con la que el propio colectivo percibe. Puede decirse que el alumnado, en la última etapa de su formación universitaria, es consciente de la existencia de esa situación profesional problemática que genera malestar y participa de éste. Resulta necesario ahora conocer si los estudiantes hacen responsables de ese problema al colectivo al cual están a punto de pertenecer, y por tanto se sienten ya parte implicada, y el grado de responsabilidad y compromiso con la que ellos lo asumen y se implican en su posible modificación.

Recordemos que para los estudiantes, tal y como se ha argumentado en el apartado referente a la imagen social de la enfermera, dos de los principales motivos que ayudan a mantener todavía la visión de una enfermería eminentemente técnica y basada en la sumisión de estos profesionales respecto al médico, son la *edad* avanzada de las personas a las que se atiende y el *contacto* que se haya tenido *con la profesión*.

Por un lado, la edad avanzada de la población usuaria ha favorecido que se mantenga casi inalterada esta imagen establecida en el pasado, interiorizada durante muchos años, y que tan sólo el reemplazo generacional será capaz de ir ajustando a la realidad profesional. Por otro, el contacto con la profesión, que se considera necesario para tener una visión más próxima a la realidad, se convierte en un hecho problemático al ser sólo una minoría de la población la que requiere de los servicios de estos profesionales.

Otros motivos influyentes también señalados por los protagonistas de este estudio son los factores de género, el papel que al respecto han jugado los medios de comunicación y, también, la responsabilidad de las propias profesionales, ya sea por

su comportamiento o por su impericia a la hora de transmitir lo que se es como profesional.

Pues bien, es respecto a este último factor, la responsabilidad interna que en esa imagen han tenido y tienen las enfermeras, donde los estudiantes se muestran más críticos. Entienden y son benevolentes con aquellos factores externos citados (edad, contacto, género, medios de comunicación) por ser ajenos, en cierta medida, a los propios profesionales y por creer que el paso del tiempo es un factor que juega a favor. Con los que no lo son, es con aquellos factores internos de la profesión que también han coadyuvado al mantenimiento de dicha situación, especialmente con la falta de iniciativa de los propios profesionales. La responsabilidad con la que los estudiantes entienden la profesión no está delimitada ni es exclusiva para el ejercicio profesional vinculado a las personas y la sociedad, sino que va más allá e incluye el desarrollo de la profesión: **las enfermeras son responsables del desarrollo de la Enfermería.**

Se aprecia cómo en opinión de los estudiantes la **falta de interés** de las profesionales es en algunos casos lo que ha propiciado cierta **pasividad** a la hora de intentar transmitir otra visión más positiva o adecuada a la población. Dicha pasividad en ocasiones va ligada con la **edad**, con los **años de profesión** o con la **formación de ATS**. El poseer una larga vida profesional condiciona el que muchos de los profesionales se hayan acomodado a una situación de la cual no ven la necesidad ni tienen la motivación necesaria para salir de ella.

“Yo también creo, por ejemplo ahora, aún hay muchas enfermeras a punto de jubilarse, que son de las promociones de ATS y son gente que mucha de ellas no quieren cambiar, que les está bien como les ha ido siempre y eso de que la enfermera pueda hacer tantas cosas, ojo, ojo.” (GD 1, Fina, 197)

“No me gusta generalizar y, la verdad es que hay gente encantadora y muy profesional, pero hay mucha gente que está muy acomodada, que llevan muchos años, que han vivido muchas cosas y creo que no deja evolucionar a la profesión. Igual que veo que aquí hay gente más mayor dando clase y las ves totalmente diferentes.” (GD 2, Angels, 448)

“Te dicen: “es que yo ahora, con lo acomodada que estoy, con lo recogidita (...) tengo ya mi unidad, yo ahora no tengo ni capacidad ni ganas para

aprender más. Que vengan las nuevas generaciones y me reemplacen". Es el sentir general que recogería yo." (GD 1, Estefanía, 210)

Esta comodidad en los **hábitos de trabajo** tan **asumidos** y en las rutinas adquiridas a lo largo del tiempo que ponen de manifiesto los estudiantes, es uno de los motivos de **resistencia ante los cambios** que autoras como Mompart (2000) señalan. El hacer las cosas "como siempre", en estos casos y para estas personas, es un distintivo del trabajo bien hecho. A estos hábitos se le pueden añadir otros motivos, también de carácter individual, que pueden generar esta respuesta de resistencia como es la **amenaza a la seguridad** o el **temor a lo desconocido** ante situaciones que no se dominan en todos sus aspectos.

"Tienen miedo, eh, la mayoría, porque no tienen información." (GD 1, Estefanía, 199)

"Yo, la sensación que tengo es que en aquellos momentos que estudiaban para ser ayudantes técnicos sanitarios, estudiaban, básicamente para hacer las técnicas. (...): sí, para hacer un trabajo manual, dijéramos. Pero claro, les tocó, lógicamente, cuidar a esas personas, porque esas personas están allá, ¿no?. Les tocó cuidarlas y han de expresar que están quemadas porque no tenían herramientas para afrontar estas situaciones. Ellas estaban preparadas para hacer tales técnicas y... todo lo que venía después de eso no tenían..." (GD 1, Aina, 223- 227)

Muy relevante también es la existencia de la **inercia del grupo** como otro factor que, de manera colectiva, puede actuar como forma de rechazo o resistencia a los posibles cambios (Mompart & Durán, 2000). En este sentido, las reglas de funcionamiento y actuación establecidas en el colectivo enfermero durante muchos años, basadas en una forma de actuación con gran predominio técnico y que gira alrededor de un modelo biomédico hegemónico, han podido ayudar a mantener ese comportamiento y conductas entre las enfermeras.

La formación de carácter técnico recibida por estas profesionales más antiguas, no centrada en el cuidado a la persona y que no les dota de herramientas para ello ni tampoco para su desarrollo profesional, ha comportado que éstas no hayan sabido enfrentarse a las demandas de una sociedad cambiante. La respuesta a estos cambios sociales y profesionales han sido actitudes de estancamiento y pasividad y

no el emprendimiento de estrategias de mejora como pueden ser las formativas. En este sentido, los recursos de afrontamiento con los que actualmente se perciben los estudiantes son mayores que los que atribuyen a estas profesionales y todo ello gracias a la formación que han recibido.

“Y también, a nosotras, durante unos años nos han dado herramientas de no sé... de cómo afrontar situaciones, de no quemarnos, de...no sé, todas las medidas de empatía a lo mejor ellas no...no lo tienen tan claro y al final acabas... porque es lo que dije antes: es una profesión muy dura y al final acabas...” (GD 1, Cristina, 219)

Esta falta de iniciativa para romper con dinámicas profesionales continuistas, inmóviles y establecidas durante años a la que aluden los alumnos, no solamente la aprecian en la asistencia directa sino que también se extiende al ámbito de la **investigación** y de la **asistencia a foros científicos**. En consecuencia, los estudiantes ven con normalidad que existan otras profesiones sanitarias con mayor número de eventos científicos que los que posee la enfermería. La explicación sigue siendo la misma: es más cómodo no hacer nada y, por tanto, es normal que otros que sí lo hacen tengan mayor número de oportunidades. En este aspecto los estudiantes siguen siendo muy críticos. No se cuestionan otros condicionantes posibles que pudieran influir en la baja participación investigadora, aparte de la “comodidad”, como pueden ser las cargas de trabajo, las tareas que se valoran para su determinación o cómo están organizadas las demandas asistenciales.

“Si sólo hay una persona que haga investigación y las demás estamos así (se tumba hacia atrás) mirando en tu puesto cómodo, pues es normal que haya 5 congresos para médicos y 2 para enfermeras.” (GD 2, Lourdes, 474)

La responsabilidad que los estudiantes trasladan al colectivo profesional es clara. Tal y como se ha mencionado, las enfermeras no se han ocupado lo suficiente de promocionar y difundir una imagen diferente a la existente. Y es que el cambio sólo se produce si viene gestado desde los propios protagonistas. Dicho de otro modo, el cambio se producirá cuando las propias enfermeras se conviertan en las protagonistas del mismo.

Se está de acuerdo con autoras como Calvo (2011) en que la gestión de la imagen que se desea transmitir ha de realizarse desde dentro del colectivo, tanto a nivel

individual, entre otras cosas con un aumento de producción de investigación y divulgación de los resultados a revistas científicas propias y de otras disciplinas, como a través de instituciones enfermeras como pueden ser los colegios profesionales, sindicatos, departamentos universitarios de enfermería, etc. En relación a este último, el ámbito docente, se hacen necesarias estrategias de formación que trabajen y fomenten la seguridad de sus futuros profesionales ayudando así a romper con imágenes estereotipadas como las descritas y que aún pesan tanto en la profesión.

A este respecto, experiencias docentes basadas en un aprendizaje centrado en el estudiante, como la del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) llevada a cabo por la Escuela Universitaria de la Vall d'Hebron, aportan resultados muy positivos y esperanzadores. Tal y como describe Cónsul (2010) en los resultados de su investigación, en la primera promoción de estudiantes formados mediante metodología ABP ya se aprecia un sentimiento de seguridad a la hora de trabajar dentro del equipo de salud. Dicha seguridad, especialmente por participar con conocimientos sustentados y con evidencias, les aporta confianza y les motiva para sentirse como miembros iguales dentro del equipo. Este aspecto apunta ya un cambio que puede revertir en un aumento de la autoestima profesional.

Nuestros estudiantes, que se han formado a lo largo de tres cursos con esta metodología y que han asumido la responsabilidad individual necesaria para gestionar su propio proceso de aprendizaje inherente al método, hacen extensiva la asunción de responsabilidad a nivel profesional. Así, **se sienten responsables** no sólo de su formación y avance competencial sino, también, **del avance profesional**.

“Y después, otra cosa, yo creo que tenemos una responsabilidad como nueva generación que somos de... profesionalizar más y de hacer crecer más la profesión.” (GD 1, Aina, 38)

“...cuando hay investigaciones o ha habido algo, se tiene que hacer notar. Y eso, el médico o estamentos superiores no te lo van a hacer, no te van a empujar para que tú te posiciones, eso tiene que ser la misma profesión la que luche por ello, por reivindicar su posición. Nadie va a venir a regalártelo por qué nada ha sido regalado en ningún tipo de profesión ni niveles, sino que es a base de lo que tú te quieras posicionar: el trabajo de campo directo

con el paciente usuario y otra es la parte mediática con la investigación, posicionándose y haciendo fuerza.” (GD 2, Neus, 224)

“Hombre, somos responsables también de cambiar esta visión.” (GD 3, Nerea, 386)

En este sentido, coincido plenamente con Cònsul cuando dice que *“La confianza depositada en las potencialidades del método hace aventurar que los futuros profesionales tendrán el rigor necesario para hacer avanzar la profesión y, en este avance, se identifica también un reconocimiento social de prestigio profesional.”* (Cònsul, 2010: 204).

Conviene recordar además que, como vimos en el apartado correspondiente, uno de los valores con los que los estudiantes se identifican es con el de la formación continua y la actualización de conocimientos, cuya necesidad e importancia se trabaja con el ABP. No cabe duda que asumir la responsabilidad de la formación y el aprendizaje a lo largo de la vida es del todo necesario para el desarrollo profesional y refleja un importante grado de compromiso por parte del alumnado.

La responsabilidad que sienten los estudiantes respecto a la propia profesión, puede dar respuesta a una necesidad explicitada en el mismo Código Deontológico de la Enfermería Española. En él se precisa que las enfermeras han de enfatizar de manera prioritaria, en la adquisición de un compromiso profesional serio y responsable (Consejo General de Enfermería de España, 1998). Y todo ello dentro de la Enfermería y el ejercicio profesional, sobre los que existen las correspondientes obligaciones morales.

El hecho de asumir que parte de la responsabilidad del problema o de la no solución del mismo es del propio colectivo del cual se está a punto de formar parte y el ser crítico con esa manera de hacer, implica **concienciación** al respecto, **posicionamiento** y **responsabilidad**. El sentir la necesidad y obligación moral de trabajar por el desarrollo profesional implica la asunción del **compromiso profesional** al que alude el Código Deontológico. Todo ello puede cristalizar en un futuro en nuevas formas de actuación profesional que redunden en resultados más beneficiosos para la profesión. La base está construida, al menos de manera teórica

y en la etapa formativa. Ahora falta su despliegue y puesta en práctica en la realidad cotidiana del ejercicio profesional.

5.4.2. Futuro profesional y cambio

Hablar de futuro y de cambio implica tratar de dos aspectos estrechamente relacionados. Entendiendo el cambio como un proceso que intenta transformar una determinada situación para promover otras nuevas, conseguir nuevas formas de hacer las cosas y conseguir resultados mejores (Mompert & Durán, 2000), cambio significa futuro. Por otro lado, nadie puede imaginarse un futuro próspero que no pase por el cambio en el sentido expuesto. En una realidad de continuas transformaciones sociales como en la que actualmente estamos inmersos, donde los cambios se caracterizan por la rapidez con la que se producen, se hace necesaria la adopción de estrategias de adaptación a los mismos si se desea alcanzar las metas deseadas.

En este escenario general, la práctica profesional enfermera ha intentado adaptarse al entorno cambiante generando, por ejemplo, nuevas figuras en la prestación de servicios de salud como pueden ser las enfermeras gestoras de casos o la enfermera de enlace, entre otras. Se demuestra así la capacitación profesional que se posee y cómo ésta permite actuar de manera exitosa ante la complejidad de escenarios en los que habitualmente las enfermeras desarrollan sus actividades. No obstante, son muchas las demandas restantes que exigen de estos profesionales una permanente flexibilidad y capacidad de adaptación a un contexto asistencial cambiante que refleja, a su vez, las transformaciones del contexto social.

Este requerimiento a nivel profesional, de adaptación continua a una realidad cambiante y compleja, ha de pasar por el avance del conocimiento y la mejora de la práctica profesional. Todo ello con el fin de poder brindar nuestros servicios a la sociedad a la que nos debemos y conseguir que nuestra aportación más importante, los cuidados, sea una necesidad sentida y reconocida a nivel social. Para ello se entienden como básicas acciones dirigidas a la formación de buenos profesionales, donde el aprendizaje continuo sea percibido como una herramienta vital, y al fomento de la investigación enfermera y su visualización. Pero también, acciones que han de partir desde las propias instituciones u organizaciones sanitarias que

faciliten la gestión de la actividad enfermera, dando cabida no sólo a actividades estrictamente asistenciales sino también a estas otras de carácter más formativo e investigador.

Es en este punto, entendiendo la formación y la investigación enfermera como estrategia básica de desarrollo profesional, hacia donde señalan claramente los resultados de la presente investigación.

En primer lugar, cabe decir que los estudiantes de este trabajo poseen una **visión** absolutamente **positiva respecto al cambio** que espera a la profesión y, por tanto, respecto al futuro de ésta. Lejos de entender el cambio como una amenaza a lo establecido, los alumnos lo perciben como una transformación necesaria para el avance y el reconocimiento profesional que perciben tan necesario y del que ya se habló anteriormente.

“Yo también creo que va a haber un gran cambio y también ayudará el cambio generacional que habrá (de enfermeras). (...) Pero creo que el cambio generacional, de gente que va a salir nueva, las ganas por el cambio, creo que esto va a hacer mucho.” (GD 2, Angels, 448)

“Yo lo veo muy amplio el futuro enfermera, por todo el cambio que se está produciendo y porque, realmente, la enfermera, hoy día se está posicionando mucho. Lo único que, seguramente le falta es el medio, lo mediático.” (GD 2, Neus, 468)

“Yo creo que cambiará, que se hará ver más. Creo que podemos desarrollar nuestra labor mejor y, a pesar del futuro laboral, eso cambiará. Además de estar creciendo, nuestra generación ya sabemos qué idea tenemos.” (GD 3, Nerea, 406)

Esta oportunidad de mejora a través de los cambios que perciben los estudiantes no siempre es vista así por los colectivos de profesionales, precisamente por la interpretación de amenaza que proyectan para el status que ya han conseguido. Sin embargo, tal y como algunos sostienen, este no es el caso de la enfermería que ve en dichos cambios nuevas oportunidades de mejora y los entiende como punto de fortaleza ante los nuevos retos profesionales (Galimany, Herrera, & Girbau, 2010).

Además, este enfoque optimista sobre el futuro profesional de la enfermería en el que coinciden los estudiantes y algunos autores, queda reforzado también con la visión de los profesionales de enfermería que participaron en este trabajo a través del grupo de discusión. En aquellos otros que lo hicieron durante su actividad profesional asistencial, ya fuera en el ámbito hospitalario o de la atención primaria, no surgió la oportunidad de recoger datos al respecto.

“Mi visión es optimista porque estamos apuntando muy fuerte y tenemos muchas ganas y somos una profesión que viene pisando muy fuerte. Y si vamos por esta línea, yo creo que podemos llegar a un punto muy, muy fuerte y establecernos allá donde tenemos que estar, con todo lo que tenemos que aportar a las personas de la sociedad.” (GD 4, Esther, 501)

“Yo soy absolutamente optimista. (...) Es decir, en que todas las herramientas que tenían otras profesiones para alcanzar grados de maduración profesional que no teníamos ahora ya los tenemos. ¿Cuánto tiempo tardaremos? Hay profesiones que han tardado miles de años, eh. (...) No lo sé, pero por lo menos ahora tenemos las herramientas de igualdad con respecto a otras profesiones similares, a nivel de autonomía, de trabajo, a otra profesión. En ese sentido soy optimista porque si tenemos las herramientas y no llegamos ya será una cuestión de nuestra profesión.” (GD 4, Ferran, 491-496)

“Yo soy optimista, muy optimista, lo que pasa que iremos allá a donde queramos ir y ser. Estaremos al nivel que nosotros busquemos.” (GD 4, Sergi, 504)

“Yo no tengo más que decir. Muy, muy optimista siempre y cuando sepamos hacia dónde vamos y cómo, ir, ¿no?” (GD 4, Silvia, 506)

Por tanto, el **cambio** en la profesión de enfermería es visto e interpretado desde sus protagonistas como algo **favorable, deseado y esperado**. No obstante, estos dos últimos extractos ponen de manifiesto que, a pesar del optimismo, se es plenamente consciente de que el cambio no es factible sin la creencia de que es necesario y posible (Mompart & Durán, 2000) y sin que las enfermeras sean las protagonistas del mismo. El futuro profesional, por tanto, depende en gran medida de las propias profesionales.

Y lo cierto es que los estudiantes ven posible el cambio del que hablamos precisamente porque ellos mismos se reconocen como diferentes. Diferentes en cuanto a la **formación** recibida. Una formación basada en el desarrollo de competencias profesionales donde, mediante el ABP, han aprendido a afrontar los cambios con facilidad, a gestionar la información y su propio proceso de aprendizaje y donde han entendido que la formación es esencial para el desarrollo profesional. Y es que, como recogen algunos autores (Castells, 1997; Hargreaves, 2003, en Bardallo, 2010) el reto que se plantea en pleno siglo XXI está en el acceso y selección de la información y en la capacidad de las personas para gestionar sus conocimientos y compartir sus saberes.

“Yo creo que estamos en el principio del cambio justo ahora. Y nosotras vamos a ser el principio para que la profesión sea diferente, porque nos hemos formado...” (GD 1, Cristina, 621)

La formación en este tipo de competencias como aspecto diferenciador resulta tan relevante para los estudiantes que inciden en la necesidad de su fomento y la proponen como aspecto para la mejora profesional. Este dato es muy significativo ya que la propuesta parte de la propia experiencia, de la convicción personal sobre los resultados positivos de una acción formativa que se ha recibido y experimentado directamente.

“Y lo que tenemos que conseguir es que la gente joven que ya está, tenga esta capacidad de búsqueda, que no sólo se apunten a un curso para actualizar conocimientos, sino que tengan capacidad de poder buscar. En otras universidades no funcionan como nosotros, y no tienen tanta capacidad de búsqueda, y eso lo sé yo porque tengo compañeros que están en otras universidades. Pero desde aquí (...) lo que se promueve es eso (...) buscar información y (...) está al alcance de todos el que tú quieras buscar información o no y que te quieras actualizar, que yo creo que es la base.” (GD 2, Marcos, 476)

Además, los estudiantes entienden que con la nueva titulación de Grado, el techo impuesto para la formación y el avance profesional que existía con la Diplomatura y que impedía la continuación de los estudios para la obtención del título de Doctor, queda suprimido y se deja espacio para una formación equiparable en condiciones al

5. Resultados de la Investigación

resto de titulaciones. Este paso tan importante se entiende que revertirá en la visualización de la profesión y en un mayor reconocimiento social.

“Además que los estudios ahora ya no serán diplomatura, ahora ya será un grado igual que el resto, también te podrás doctorar y yo creo que eso también influye mucho a la hora de...Antes eran los licenciados y los diplomados y se te acotaba mucho el espacio para seguir estudiando. Ahora tendremos las mismas oportunidades que cualquier otro tipo de carrera y eso yo creo que es importante para hacerte ver.” (GD 3, Rebeca, 408)

Si la formación es contemplada como un pilar básico de desarrollo, también lo es la **investigación** y los estudiantes conocen cual es la situación profesional al respecto y la importancia que su desarrollo implica para la profesión.

“Yo creo que lo más importante es la formación que recibimos ahora, es decir, que ya hace varios años, hace ya 30 años, que no es ATS, que es Diplomado, es universitario. (...)Y después, yo sigo pensando que el tema de investigación y docencia, es algo que impulsa a una profesión y que estamos en ello ahora.” (GD 1, Aina, 627)

Investigar y que los resultados se publiquen en revistas, o se difundan en otros foros científicos, es otra de las propuestas que contemplan los estudiantes para aumentar la visualización de la enfermería o de aquellas funciones inherentes a la profesión pero no tan presentes en el imaginario colectivo.

“Luego también, lo que promovería el cambio de esta visión sería aprovechando nuestra autonomía... por ejemplo, los médicos parece que hacen los estudios, las investigaciones, pero también las enfermeras lo hacemos. Y yo creo que el hecho de promover, participar e intentar avanzar en ese sentido podría ayudar a ver a la enfermera más que no sólo para poner vacunas.” (GD 2, Isabel, 212)

Hay que recordar que si bien es cierto que con la titulación de Diplomado las enfermeras no tenían opción a la obtención del título de Doctoras en su disciplina, no es menos cierto que algunas profesionales buscaron alternativas para poder investigar y obtener dicha titulación aunque fuese en otras disciplinas. En la actualidad, el número de investigaciones y de tesis doctorales en enfermería va en

aumento. A modo de ejemplo y como recoge un estudio publicado recientemente (García-García & Gozalbes Cravioto, 2012), se observa cómo en las universidades españolas es a partir de 1992 cuando existe presencia y cierta persistencia de tesis con títulos referidos a enfermería, situándose en 2 ó 3 por año hasta entrado el año 2000. Es a partir de 2003 cuando el número de tesis doctorales sobre enfermería aumenta sustancialmente hasta llegar en los últimos tiempos a 10 cada año. Esta tendencia, además, parece que va en aumento. A pesar de que esta información está basada exclusivamente en la base de datos Teseo y, por tanto, no contempla la totalidad de la información, sí que ofrece una muestra que evidencia la progresión que se está experimentando en la investigación enfermera en los últimos años.

En cualquier caso, la investigación ha de generar conocimiento enfermero que revierta en la disciplina y a nivel profesional con nuevas prácticas de cuidado que garanticen la calidad de los mismos y que ello sea apreciado por los usuarios de nuestros servicios. La investigación se convierte así, en una de las estrategias claves para el desarrollo de la profesión, por lo que es muy importante su abordaje desde la etapa formativa (Galimany et al., 2010). Pero además de la formación en competencia investigadora, resulta del todo fundamental que ésta esté interiorizada por el estudiante como una de las funciones de las enfermeras al igual que lo es la asistencial. De hecho, sería del todo recomendable la integración de la investigación en la práctica profesional diaria, aspecto para el cual se necesita de la complicitad e implicación de las mismas instituciones con el establecimiento de objetivos de mejora al respecto y con la puesta en práctica de mecanismos para su consecución.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES METODOLÓGICAS

Las principales a contemplar son aquellas vinculadas a todo el proceso de las técnicas de recogida de información seleccionadas. Así, respecto a los grupos de discusión, los aspectos relacionados con la técnica en sí misma que han de tenerse en consideración son, por ejemplo, la expertez del entrevistador: la habilidad que haya podido tener para el abordaje de determinados aspectos así como el grado de control que sobre dicha técnica haya tenido. También destaca la mayor complejidad para el análisis de los datos, la dificultad de selección tanto de los grupos como de los participantes o la dificultad para reunir a los mismos en un momento y lugar.

5. Resultados de la Investigación

Igualmente, se ha de contemplar que la información recogida durante el proceso grupal ha podido verse influida por la posible interacción que haya podido causar el hecho de que la investigadora hubiese tenido contacto como docente o como enfermera asistencial con algunos de los entrevistados. También los referentes al entrevistador (sus características, su actitud, personalidad, entrenamiento en la conducción del grupo...), los entrevistados (características, capacidad de ofrecer información relevante, habilidad para expresar con claridad la información necesaria...) y de la situación en la que hayan producido los grupos de discusión.

En cuanto a la observación participante, el aspecto más destacable a considerar es la dificultad de acceder a una realidad donde tu presencia no sea más llamativa que la de cualquier otro personaje, no interfiriendo así en el decurso de acontecimientos y prácticas habituales. En este sentido, no puede obviarse la importante inversión de tiempo necesario para ello. Por último, cabe resaltar también la dificultad en la gestión de determinadas situaciones y la capacidad de prestar atención a todo aquello relevante y pertinente para los objetivos de esta investigación.

6. CONCLUSIONES, REFLEXIONES FINALES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta el objetivo de esta investigación, conocer cómo se produce el proceso de construcción y desarrollo de la identidad profesional enfermera en los estudiantes de enfermería durante su formación universitaria, para la exposición de las conclusiones se seguirá el orden argumental de los resultados expuestos. Estos, que se han presentado de manera detallada en el apartado anterior, se articularon para dar respuesta directa a los objetivos planteados.

De este modo, las **conclusiones** de esta tesis son las siguientes:

- Los estudiantes poseen una visión ciertamente idealizada de su futura profesión que se corresponde con aquella que desean que sea. La enfermera es representada como una profesional con más competencias a desarrollar y con más autonomía de la que imaginaban. Sin embargo, al concretar qué es lo que hace una enfermera, las muestras ofertadas giran en torno a ejemplos más próximos a lo procedimental y más lejanos a actividades de cuidado. Se constata que una cosa es lo que se desea que sea y otra lo que se interioriza que es.
- El cuidar es para los estudiantes lo que otorga identidad propia a la profesión y se entiende como un servicio de ayuda, aspecto compartido por las enfermeras. El apoyo psicológico a la persona constituye uno de los pilares de la profesión. A pesar de esto, las estudiantes ven con normalidad la priorización de actividades de administración de medicación u organizacionales, por parte de la enfermera, en relación a aquellas directas de cuidado. De hecho, son ellas mismas quienes durante sus prácticas lo reproducen. La infravaloración de las actividades de cuidado es una realidad en la que se hallan inmersos y no se cuestionan. Sólo aquellas estudiantes con experiencia laboral como auxiliares de enfermería ponen de relieve un traspaso de los cuidados básicos a manos de las auxiliares.

Al mismo tiempo, la enfermera es vista por el estudiante como la profesional que en la asistencia hace de todo, aspecto con el que también coinciden las enfermeras, aunque no en la valoración al respecto. Mientras que para los primeros esto es positivo al contrastarlo con la idea previa y limitada que poseían, para las segundas implica reducir el tiempo dedicado a aquello que realmente importa.

- El estudiante no aprecia una autonomía profesional total. Entienden como parte de ella aquellas situaciones donde el criterio de las enfermeras difiere del de otros profesionales y donde finalmente la toma de decisiones se realiza en base al juicio profesional de aquellas. Sin embargo, son conscientes de su dificultad y que no siempre es así. Las enfermeras coinciden en este análisis.
- La idea previa con la que se accede a los estudios queda desplazada por la del profesional que se ocupa de casi todo y que se constituye en pilar del funcionamiento sanitario. Una imagen previa que no difiere casi nada de la de la sociedad en general, ligada mayoritariamente al estamento médico, con funciones básicamente técnicas o casi desconocidas. A pesar de esta imagen devaluada y poco reconocida, son factores como el tratarse de una profesión sanitaria y el poder ayudar a los demás los que más pesan a la hora de escoger enfermería.
- Se confirma la importancia de la teoría y la práctica en la formación enfermera, entendiéndose como mutuamente constitutivas. A pesar de ello, las prácticas clínicas son claves para la construcción identitaria, poniéndose de manifiesto que pueden ser fuente para el desarrollo del conocimiento enfermero.

La mayoría de estudiantes entienden que es la práctica clínica la que dota de sentido a la teoría. El enfrentarse a situaciones y contextos reales, donde están todos los actores implicados, genera un conocimiento práctico en el que intervienen más elementos que los que muestra la teoría. Por otro lado, la práctica clínica ayuda a los alumnos a conocer la realidad profesional, permitiéndoles comparar y escoger el modelo de enfermeras con el que se identifican y reconocer aquel otro del que no quieren reproducir sus prácticas. Incluso aquellos que otorgan más valor a la teoría encuentran necesaria la práctica para tomar conciencia de su relevancia.

El ABP se vincula a este aprendizaje a partir de la práctica clínica. Durante ésta, el estudiante utiliza el mismo razonamiento que con el ABP trabajado en situaciones de carácter más teórico: se genera la necesidad de búsqueda de información y conocimiento que le capacite para entender la situación y poder actuar.

- La enfermera tutora es una figura fundamental ya que, además de conocimientos, transmite elementos de identificación profesional. La buena disposición para tutorizar alumnos y la relación interpersonal que se establece entre ellos es un condicionante para el aprendizaje. Es más, esta actitud se considera

prioritaria respecto a los conocimientos o habilidades docentes. Las características imprescindibles que los estudiantes requieren de las tutoras son el respeto hacia ellos, apoyo, creer en sus capacidades y el desafío a través del cuestionamiento.

- Las habilidades aprendidas con el ABP hacen pensar en un aprendizaje más activo, reflexivo y alejado de aquel basado en la imitación. El ABP es concebido como una estrategia que les capacita para ser buenos profesionales y les hace sentir diferentes respecto a otros estudiantes. La falta de conocimientos que identifican y relacionan con el método, queda compensada por otros recursos que han desarrollado que les ayuda a afrontar problemas nuevos y adaptarse a los cambios, gestionar el conocimiento, hacerse responsable de los hechos, tomar decisiones, reflexionar y desarrollar una actitud crítica.

- Los estudiantes perciben una mayor comprensión de la profesión en la última etapa educacional. La experiencia formativa repercute en cómo entienden la profesión y la hacen suya. En este sentido el ABP, al favorecer el desarrollo de una práctica profesional más reflexiva y crítica, puede ayudar a llegar más fácilmente a la última etapa de la socialización profesional propuesta por Cohen (1988), donde el rol profesional llega a ser parte de la identidad personal. Por otro lado, la experiencia formativa también repercute en la evolución personal del estudiante haciendo que se sienta cómodo con el cambio acaecido.

De este modo, a pesar del papel fundamental de las prácticas clínicas en la identificación profesional, también el ABP y todo el resto de la experiencia formativa intervienen de manera importante en la construcción de la identidad profesional.

- La identidad profesional se vincula directamente con el ejercicio de la práctica diaria. Sentirse enfermera es percibido como un sentimiento que evoluciona a lo largo del tiempo y con la experiencia. Las ya profesionales coinciden en ello. Dicho sentimiento va en aumento a medida que se avanza de curso, que se gana en autonomía y adquiere su máximo nivel en las prácticas de tercero al visualizar próxima su incorporación en el mercado laboral.

Existe un vínculo claro entre el hecho de sentirse enfermera, la autonomía otorgada durante las prácticas y aquella que intuyen que tendrán una vez finalizados los estudios (libertad para tomar decisiones que no dependan de la enfermera). Junto a esta autonomía, la responsabilidad total de la toma de decisiones es otro factor que

hace desarrollar ese sentimiento de pertenencia al colectivo. La asunción de la responsabilidad que en breve asumirán y el reconocimiento y aceptación de sus consecuencias les genera temor pero también conciencia profesional.

- Sentirse enfermera implica sentirse bien profesionalmente y uno de los requisitos para los estudiantes es estar actualizados. Se reivindica la necesidad de formación y aprendizaje a lo largo de la vida. Esto, junto con la motivación para aprender y continuar estudiando son consideradas fortalezas del ABP, metodología con la que se han formado los estudiantes de este estudio.

Encontrarse a gusto en el ámbito asistencial es otro aspecto básico para aumentar el sentido de pertenencia profesional. Cuando los estudiantes se sienten cómodos con la profesión, con sus valores y normas comunes, se manifiesta la internalización de la cultura profesional, uno de los objetivos que persigue la socialización profesional. Sin embargo, los estudiantes aún no han alcanzado el fin último de ésta: integrar el rol profesional en el resto de roles de la vida. Posiblemente su búsqueda se esté llevando a cabo pero no se evidencia su consecución. Sin embargo, sí que aparece entre las ya profesionales. Para estas, ser enfermera implica serlo siempre y en todas las circunstancias.

- La mayoría de estudiantes se sienten muy satisfechas por la elección de la carrera, independientemente de si la escogieron, o no, como primera opción.

Vocación y profesionalización son necesarias para un óptimo ejercicio profesional. La vocación, entendida como predisposición personal, hace que el trabajo se convierta en un placer. La gratificación y el incentivo no vienen tanto de la retribución económica sino por la fuente de satisfacción personal en la que se convierte. Este aspecto es coincidente con la percepción de las ya profesionales. La profesionalización se convierte, también, en un requisito garante de una mayor satisfacción profesional a través de la seguridad que aporta realizar bien el trabajo.

- Las actitudes con las que las estudiantes se identifican a nivel profesional son las relacionadas con la ayuda al otro, el escuchar, dar apoyo, tratar con respeto y humanidad, empatía, sensibilidad y solidaridad. La falta de ellas motiva necesidad de cambio. Todas ellas las vinculan y extraen de la experiencia en las prácticas clínicas y ponen de manifiesto dos valores que consideran nucleares: el altruismo y la dignidad de la persona. También en esto existe coincidencia con las enfermeras.

Valores como el de la libertad, en su dimensión de autonomía profesional, también son importantes y se demanda su puesta en práctica. Se rechazan las actitudes de subordinación frente a otros colectivos, algunas de las cuales parten a veces desde la propia enfermería.

Destaca también la convicción y necesidad de estar actualizada y de la formación para el desarrollo profesional. El aprendizaje a lo largo de la vida favorece a la persona en su desarrollo profesional y personal ayudándole en la toma de decisiones. Se convierte, por tanto, en una herramienta indispensable para el desarrollo de la autonomía profesional, aspecto éste básico en Enfermería.

- La responsabilidad con la que los estudiantes entienden la profesión incluye el desarrollo de ésta y no se limita al ejercicio profesional vinculado a las personas y la sociedad.

De este modo, trasladan al colectivo la responsabilidad de no haberse ocupado suficientemente de difundir una imagen diferente de su profesión. Los motivos son la pasividad ligada a la edad, años de profesión, hábitos de trabajo muy asumidos, temor a lo desconocido o la formación de las profesionales más antiguas. En este sentido, los estudiantes se perciben diferentes, con mayores recursos de afrontamiento gracias a la formación recibida. La falta de iniciativa para romper con dinámicas establecidas se hace extensiva también al ámbito de la investigación y de la asistencia a foros científicos.

Los estudiantes se sienten responsables no sólo de su formación sino, también, del avance profesional. Asumir la responsabilidad de la formación y el aprendizaje a lo largo de la vida, aspectos trabajados con el ABP y con los que como hemos visto se identifican, es del todo necesario para el desarrollo profesional y refleja un importante grado de compromiso por parte del alumnado.

Asumir la responsabilidad de aquellos problemas del colectivo del cual se quiere formar parte y ser críticos implica también, concienciación, responsabilidad y compromiso profesional.

- Respecto al futuro profesional, los estudiantes poseen una visión optimista, al igual que las enfermeras. El cambio es percibido como una transformación necesaria

y deseada para el avance y reconocimiento profesional. No obstante, se es consciente de que depende en gran medida de las propias profesionales.

Los estudiantes ven posible el cambio ya que ellos se perciben diferentes en cuanto a la formación recibida, con la que han aprendido a gestionar la información, su propio aprendizaje y a saber adaptarse a situaciones nuevas. La convicción personal de unos buenos resultados les hace proponer el impulso de este tipo de competencias como medidas de mejora profesional.

Por último, junto a la formación, la investigación y la difusión de los resultados son contempladas por los estudiantes como estrategias de mejora para la visualización de la profesión.

Reflexiones finales

Los aprendizajes que aporta una experiencia investigadora como esta, obviamente no pueden describirse en su totalidad. Entre otras cosas por la imposibilidad de hacer consciente todo lo aprendido, porque gran parte de ellos sólo se mostrarán en la acción y porque muchos pertenecen a la esfera personal.

El término “conocimiento tácito”²¹ implica, como señala Schön (1992), un conocimiento implícito que se activa en la acción, en el que se fundan las actividades que a diario realizamos, pero que somos incapaces de verbalizar ni sobre las que tener un control específico. Es por ello que creo que además de lo que pueda ser capaz de expresar de manera escrita, muchos de los aprendizajes realizados sólo se harán conscientes en la acción, en este caso durante la actividad profesional docente y de la que espero se beneficien los estudiantes, la profesión y, en última instancia, la sociedad.

No obstante, si entre todos ellos hubiera de escoger, me quedaría con lo aprendido a nivel teórico, metodológico y, en general con todo lo que reporta la experiencia en sí misma. En cuanto al primero, las lecturas realizadas han ayudado a aumentar e integrar conocimientos disciplinares y profesionales, aunque no sólo, ayudando a entender el porqué de aquello que flota en el imaginario colectivo o que sustenta

²¹ Término acuñado por Michael Polanyi en 1967, en su libro *La dimensión tácita* (en Schön, 1992)

determinadas concepciones, comportamientos o prácticas profesionales a veces difíciles de comprender, de identificar y de tomar conciencia de ellas por la cotidianidad de las mismas.

Respecto al segundo, el metodológico, un aprendizaje más costoso, pero creo que por ello más interiorizado y permanente, la convicción de que investigar y generar conocimiento enfermero es del todo necesario y de la pertinencia de la investigación cualitativa para ello. También de que se aprende haciendo, de su dificultad y de la necesidad de contar con personas que estén a tu lado, te acompañen y te orienten en ese proceso. Al igual que ocurre en la esfera profesional, cuando nos encontramos ante una persona que requiere de nuestros servicios, el acompañar a la persona en su proceso marcará su vivencia de la experiencia, independientemente del resultado. De este modo, el acompañamiento a la persona durante un proceso personal vital como es la realización de una tesis constituye la base, si se traslada a la esfera profesional, del rol enfermero.

En tercer lugar, y más difícil de concretar, se encuentra todo lo relacionado con el aprendizaje personal vinculado a la experiencia investigadora. El proceso de elaboración de esta tesis ha repercutido en determinadas actuaciones profesionales, sea en forma de constantes reflexiones individuales o colectivas surgidas al respecto, comprendiendo mejor las dificultades y demandas de los estudiantes y sus actuaciones o bien a través del replanteamiento de ciertas prácticas profesionales. Pero también puedo afirmar, al igual que lo hacen los estudiantes protagonistas de este estudio, que esta experiencia formativa e investigadora ha repercutido en mi desarrollo en tanto que persona. No soy la misma que era al inicio de todo este proceso. En este caso, el de mi propia experiencia, el progreso profesional a través del trabajo llevado a cabo ha reportado una gran satisfacción y evolución personal. Así, progreso profesional y personal han ido de la mano. Estoy convencida de que todo ello supone un enriquecimiento que ningún tipo de patrimonio ajeno al puramente vivencial e intelectual, puede reportar.

Futuras líneas de investigación

El trabajo presentado contribuye al conocimiento del objeto de estudio, pero también genera nuevas preguntas al respecto sobre las que investigar, abriendo de este

modo nuevas líneas en las que seguir trabajando en un futuro. Éstas se pueden sintetizar en las siguientes:

- Conocer si el sentimiento identitario de los estudiantes protagonistas del estudio se modifica una vez incorporados al mundo laboral. Si es así, cómo, en qué dirección y qué factores son los más influyentes en dicho cambio.
- Conocer si la construcción identitaria durante la formación universitaria difiere en función de la metodología de enseñanza-aprendizaje utilizada. Sería interesante conocer cuál es la percepción y el proceso que realizan los estudiantes no formados con el ABP como estrategia básica.
- También sería necesario indagar sobre el efecto o la traducción que a nivel profesional e identitario pueden tener las habilidades aprendidas con el ABP y si estas se mantienen en el tiempo y con la actividad profesional o, por el contrario, se difuminan ante un contexto cada vez más complejo y de elevada presión asistencial.
- De igual modo, si la responsabilidad y el compromiso profesional que muestran los estudiantes tiene una traducción concreta y efectiva en la práctica profesional una vez se incorporan al mercado laboral. A este respecto, sería interesante contemplar el ámbito asistencial, el docente, el investigador y el gestor. También, si existen diferencias según la metodología docente empleada.
- Otro aspecto básico sería conocer la influencia que sobre la identidad profesional ejercerá la implementación y desarrollo de la titulación de Graduado en Enfermería en nuestro contexto. Las diferentes titulaciones de la profesión a lo largo de la historia han supuesto cambios sustanciales en ella. Esta última no puede ser menos, por lo que convendría conocer cuál será su repercusión a nivel de sentimiento identitario.
- Sería interesante también establecer redes de cooperación e investigación a nivel internacional para conocer, con mayor profundidad y en diferentes contextos culturales, el fenómeno de la identidad, su construcción y desarrollo.

Estos aspectos son algunas de las líneas de investigación que pueden contemplarse para su desarrollo posterior. Así, adquiero el compromiso de emprender algunas de

ellas y fomentar el interés por las mismas entre otros profesionales o estudiantes de enfermería que en un futuro ejercerán como tales.

6. Conclusiones, Reflexiones Finales y Futuras Líneas de Investigación

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación (Aneca). (2004). Libro blanco. Título de grado de enfermería. Consultado el 30 de septiembre de 2012. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación (Aneca). (2012). Guía de apoyo para la elaboración de la memoria de verificación de títulos oficiales universitarios (grado y máster). Consultado el 30 de septiembre de 2012. Disponible en: http://www.aneca.es/content/download/12155/136031/file/verifica_guia_v04_120116.pdf
- Aguilar, M. (2003). Un programa de formación para favorecer la constitución de la identidad profesional de los educadores de EPJA. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Alberdi, R. M. (1998). Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Rol de Enfermería*, 239-240, 27-31.
- Alberdi, R. M., & Cuxart, N. (2005). Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia*, 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>
- Alberdi, R. M. (1988). Sobre las concepciones de la enfermería. *Rol de Enfermería*, (115), 25-30.
- Alberdi, R. M. (1992). La identidad profesional de la enfermera. *Rol de Enfermería*, (170), 39-44.
- Alberdi, R. M., & López, C. (2004). Espacio enfermero vs. espacio europeo. El difícil puente entre la docencia y la asistencia en la nueva Europa. *Rol de Enfermería*, 27(10), 712-716.
- Alfaro-Lefevre, R. (1997). *El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico*. Barcelona: Masson.

- Amezcuca, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Antonín, M., Ballester, D., Esteve, J., Guilera, A., Pérez, I., Ortega, O., et al. (2009). Perfil y expectativas profesionales del estudiante de enfermería. *Rol de Enfermería*, 32(7-8), 516-524.
- Baños, J. E., & Pérez, J. (2005). Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de ciencias de la salud: Una propuesta de actividades. *Educación Médica*, 8(4), 216-225.
- Bardallo, M. D. (2007). El profesor-tutor. Transformador de la práctica profesional. *Rol de Enfermería*, 30(7-8), 504-510.
- Bardallo, M. D. (2010). Entre la enseñanza y el aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir. Tesis doctoral, Departamento de Didáctica y Organización Educativa, Facultad de Pedagogía. Universitat de Barcelona.
- Barrio-Cantalejo, I. M., & Simón-Lorda, P. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Medicina Clínica*, 126(11), 418-423.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Grijalbo.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1988). *La construcció social de la realitat: Un tractat de sociologia del coneixement*. Barcelona: Herder.
- Bertrán, C., Juvinyà, D., Fuentes, C., Suñer, R., & Ballester, D. (2008). Los estudiantes de enfermería opinan sobre su profesión. *Rol de Enfermería*, 31(7-8), 478-492.

- Boittin, I. (2002). Étudiants en soins infirmiers de deuxième année crise identitaire. "la mise à l'épreuve des motivations". *Recherche en Soins Infirmiers*, (68), 66-92.
- Boyle, J. S. (2005). Estilos de etnografía. En J. M. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 211-242). San Vicente del Raspeig: Universidad de Alicante.
- Branda, L. A. (2004). El aprendizaje basado en problemas en la formación en ciencias de la salud. En *El aprendizaje basado en problemas: Una herramienta para toda la vida* (pp. 17-25). Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Branda, L. A. (2009). L'aprenentatge basat en problemes. En Universidad Autònoma de Barcelona (Ed.), *L'aprenentatge basat en problemes* (pp. 11-46). Bellaterra: IDES de la UAB.
- Buitrago-Echeverri, M. T. (2008). Razones para estudiar enfermería y dudas sobre la profesion. Las voces de los/as estudiantes. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10 (1), 21-38.
- Bunk, G. P. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesional en la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*, 1, 8-14.
- Burguete, M. D., Ávila, J. A., & Velasco, J. (2005). La imagen pública de las enfermeras. Cómo ven la profesión los estudiantes de enfermería. *Educare 21*, Disponible en http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2005/17/17021.pdf
- Byrne, M., & Flood, B. (2005). A study of accounting students' motives, expectations and preparedness for higher education. *Journal of further and Higher Education*, 29(2), 111-124.
- Caballero, K. (2009). Construcción y desarrollo de la identidad profesional del profesorado universitario. Universidad de Granada. Disponible en <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/17922471.pdf>

- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473-482.
- Calvo, M. A. (2011). Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index de Enfermería*, 20(3), 184-188.
- Cánovas, M. A. (2004). Trabajo e ideología de género: Un análisis antropológico de la enfermería en Murcia. *Enfermería Global*, (5), 1-12.
- Cárdenas, L. (2007). Construcción de la identidad de enfermería: Una visión bajo el currículum oculto. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 1(2), 13-19.
- Carrillo, M. (2012). Estrategias de aprendizaje utilizadas por el estudiantado de enfermería en los espacios informales durante su formación inicial. Tesis doctoral, Departamento de Didáctica y Organización Educativa, Facultad de Pedagogía. Universitat de Barcelona.
- Celma, M., & Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental*, 9(9), 119-136.
- Chocarro, L., Guerrero, R., Venturini, C., & Salvadores, P. (2004). Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería. *Cultura de los Cuidados*, (15), 55-62.
- Cohen, H. A. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona: Grijalbo.
- Collière, M. F. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rol de Enfermería*, 22(1), 27-31.
- Collière, M. F. (1991). Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. *Notas de Enfermería*, 1(9), 53-66.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

- Colomer, R., & Termcat, C. d. T. (2008). *Diccionari d'infermeria*. Barcelona: Termcat, Centre de Terminologia.
- Consejo General de Enfermería de España. (1998). *Código deontológico de la enfermería española*
- Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. (1999). *Competències de la professió d'infermeria*. Barcelona: CCECS.
- Consell de Col·legis Oficials de Diplomats en Infermeria de Catalunya. (2002). *Competències de la professió d'infermeria*. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut.
- Cònsul, M. (2010). Ensenyar i aprendre infermeria amb un currículum integrat per mitjà de l'aprenentatge Basat en Problemes. El cas de l'Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron. Tesis doctoral, Departamento de Didáctica y Organización Educativa. Facultad de Pedagogía. Universitat de Barcelona.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Córdoba, E. (2011). Conciencia profesional y deontología. *Profesiones*, (130), 9-01-2013-24.
- Cruzado, M., García, F. M., González, A. & Palomar, C. (1995). Factores motivacionales en la elección de enfermería. *Enfermería Científica*, (162-163), 8-12.
- De Cooman, R., De Gieter, S., Pepermans, R., Du Bois, C., Caers, R., & Jegers, M. (2008). Freshmen in nursing: Jobs motives and work values of a new generation. *Journal of Nursing Management*, 16(1), 56-64.
- de la Cuesta, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(4). Disponible en http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf

- de la Cuesta, C. (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 15(2), 13-24.
- de la Cuesta, C. (2007). El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 106-112.
- Domínguez Alcón, C. (1984). Imagen de la enfermera en la sociedad. *Rol de Enfermería*, (83), 66-72.
- Domínguez Alcón, C. (1989). La percepción de cuidar. *Rol de Enfermería*, (127), 25-27.
- Domínguez-Alcón, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.
- Erickson, J. L., Holm, L. J., & Chelminiak, L. (2006). Por qué no elegir la profesión de enfermería. *Nursing*, 24(6), 22-25.
- Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron. (2007). *Historia de un cambio: un currículum integrado con el Aprendizaje Basado en Problemas*. Barcelona: Enciclopedia Catalana, SAU.
- Fagermoen, M. S. (1997). Professional identity: Values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 434-441.
- Fajardo, M. E., & Germán, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Índex de Enfermería*, 13(46), 09-12.
- Falcó, A. (2004). La nueva formación de profesionales: Sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. *Educación Médica*, 7(1), 42-45.

- Falcó, A. (2005). Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. *Enfermería Clínica*, 15(5), 287-290.
- Faleiros, F. A. E., & Hortense, P. (2006). Percepción social de profesionales de enfermería evaluada mediante diferentes escalas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 857-862.
- Galimany, J., Herrera, T., & Girbau, M. R. (2010). Reflexiones sobre el futuro de la enfermería. *Nursing*, 28(5), 62-64.
- García-García, I., & Gozalbes Cravioto, E. (2012). Investigación en enfermería y en historia de la enfermería en España. *Índex de Enfermería*, 21(1-2), 100-104.
- Garrido, J. M. (2010). Creencias sobre el rol de las tecnologías de información y comunicación en la formación inicial de docentes: Explorando las diferencias entre estudiantes y docentes universitarios. Tesis doctoral. Departament de Didàctica i Organització Educativa. Universitat de Barcelona. Disponible en http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1364/JMGM_TESIS.pdf
- Geertz, C. (1996). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Generalitat de Catalunya. (2003). *El tutor d' infermeria: Perfil, funcions i competències*. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut.
- Giner, S. (2001). *Sociología* (6ª ed.). Barcelona: Península.
- Giner, S., Lamo de Espinosa, E., & Torres, C. (1998). *Diccionario de sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, O. J., Daza, L. A., & Zambrano, V. M. (2008). Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: Caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. *Avances en Enfermería*, 26(1), 85-96.

- González, M. Á., Fernández, A., & Fernández, E. (2007). Identidad, relación y construcción del self en el encuentro psicoterapéutico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 77-84.
- Guasch, Ò. (1997). *Observación participante*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Guba, E. (1981). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En J. Gimeno Sacristan, & A. Pérez Gómez (Eds.), *La enseñanza: Su teoría y su práctica* (2ª ed., pp. 148-165). Madrid: AKAL.
- Guerrero, A. (1996). *Manual de sociología de la educación*. Madrid: Síntesis.
- Heierle, C. (2009). La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita. *Índex de Enfermeria*, 18(2), 95-98.
- Henderson, V. (1979). El concepto de enfermería. *Rol de Enfermería*, (13), 39-52.
- Henderson, V., & Consejo Internacional de Enfermeras. (1971). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Huercanos, I. (2010). El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas*, 6(1), Enero 2011. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
- Ibáñez, J. (1992) *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Icart, M. T., Fuentelsaz, C., & Pulpón, A. M. (2001). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.

- Jara, P., Polanco, O., & Alveal, M. (2005). Percepción del rol profesional de alumnos de enfermería de la universidad de Concepción, Chile. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(2), 56-69.
- Juvé, M. E., Huguet, M., Monterde, D., Sanmartín, M. J., Martí, N., Cuevas, B., et al. (2007). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. *Nursing*, 25(4), 56-61.
- Kérouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kozier, B. (2005). *Fundamentos de enfermería: Conceptos, proceso y práctica* (7ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Kramer, M., & Schmaleberg, C. (2008). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 28, 58-71.
- Krueger, R. A. (1991). *El grupo de discusión: Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Lleixá, M., Gisbert, M., Marqués, L., & Albacar, N. (2009). La profesión enfermera y los niveles competenciales. *Rol de Enfermería*, 32(11), 742-746.
- MacDonald, C. (2002). Nurse autonomy as relational. *Nursing Ethics*, 9(2), 194-201.
- Marriner, A. & Alligood, M. R. (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6ª ed.). Madrid: Elsevier Science.
- Martínez Riera, J. R. (2005). Enfermería, sencillamente complicado. *Rol de Enfermería*, 28(4), 255-264.
- Maya, M. C. (2003). Identidad profesional. *Investigación y Educación en Enfermería*, 21(1), 98-104.

- Mayan, M. J. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores*. Alberta, Canadá: Qual Institute Press. Disponible en <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
- Maykut, P., & Morehouse, R. (1999). *Investigación cualitativa. Una guía práctica y filosófica*. Barcelona: Hurtado Ediciones.
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes.
- Medina, J. L., & Sandín, M. P. (2006). La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: Un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 312-319.
- Medina, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. la enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2010). *Aprendizaje a lo largo de la vida*. Consultado el 31 de enero de 2013, disponible en <http://www.mecd.gob.es/mecu/aprendizaje-vida.html>
- Molina, E. (1975). *Identidad y cultura*. Madrid: Marsiega.
- Moliner, M. (2007). *Diccionario de uso del español* (3ª ed.). Madrid: Gredos.
- Mompart, M. P., & Durán, M. (2000). *Administración y gestión*. Madrid: Difusión de avances de enfermería.
- Mompart, M. P. (2004). Rebelión en las aulas. De las escuelas de ATS a las Universitarias de Enfermería. *Rol de Enfermería*, 27(10), 646-656.
- Morse, J. M. (2005). "Emerger de los datos": Los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En J. M. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 53-76). San Vicente del Raspeig: Universidad de Alicante.

- Nauderer, T. M., & Lima, Maria Alice Dias da Silva. (2005). Imagem da enfermeira: Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 74-77.
- Nightingale, F. (Dolan, M. B., & Dunbar, V. M., Eds.) (1990). *Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson.
- Öhlén, J., & Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: Concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 720-727.
- Ortiz, S., & Sánchez, R. (2001). Quiero ser Diplomado/a en enfermería, ¿por qué? *Enfermería Científica*, (236-237), 66-71.
- Pades, A., Amorós, S. M., & Homar, C. (2004). Actitudes y cualidades esperas en los profesionales enfermeros. *Metas de Enfermería*, 7(5), 54-58.
- Pearcey, P. (2007). Tasks and routines in 21st century nursing: Student nurses' perceptions. *British Journal of Nursing*, 16(5), 296-300.
- Peiró, A. (2008). Percepción de los alumnos de enfermería de las cualidades, aptitudes y valores observados en los profesionales durante sus prácticas asistenciales. *Ética de los Cuidados*, 1(1) Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6763.php>
- Pérez, A., Barallobre, A., Cuadrado, A., Cuadri, M. J., Jara, F. J., González, A., et al. (2002). Perfil de valores profesionales elegidos por los estudiantes de enfermería al inicio de sus estudios. Experiencia en Sevilla. *Enfermería Clínica*, 12(3), 109-116.
- Pérez, J., & Polaino, A. (1995). Preferencias motivacionales en la elección de la carrera de enfermería. *Enfermería Científica*, (160-161), 5-9.
- Perrenoud, P. (2004). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar. Profesionalización y razón pedagógica*. Barcelona: Graó.
- Pimentel, M. H., Pereira, F. A., & Pereira da Mata, M. A. (2011). La construcción de la identidad social y profesional de una profesión femenina: Enfermería. *Prismasocial*, (7), 1-23.

- Quintero, M. T., & Gómez, M. (2010). El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichán*, 10(1), 8-18.
- Ramió, A. (2005). Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya.
- Ramió, A., & Domínguez Alcón, C. (2003). Valores y redefinición de espacios profesionales. Reflexión en el caso de enfermería. *Rol de Enfermería*, 26(6), 482-486.
- Real Academia Española. (2002). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Gredos.
- Rimbau, E., Delgado, A. M., & Rifà, H. (2008). El reconocimiento del aprendizaje experiencial: un elemento clave en el EEES. *V Jornadas de Innovación Universitaria, Universidad Europea De Madrid*, Madrid.
- Rodero, V., & Vives, C. (1991). ¿Cuál es la imagen de la enfermera? *Notas de Enfermería*, 1, 63-69.
- Rodríguez, J. A., & Bosch, J. L. (2005). *Infermeres avui: Com som i com voldríem ser. Conclusions de l'estudi sociològic 2004*. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.
- Rodríguez-Camero, M. L., Rodríguez-Camero, N., & Azañón-Hernández, R. (2008). La construcción mediática de la enfermería. *Index de Enfermería*, 17(2), 119-123.
- Rué, J. (2007). *Enseñar en la universidad: El EEES como reto para la educación superior*. Madrid: Narcea.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa* (4a ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Salmador, A. L., López, R., Serrano, J., Martín, E., & Salmador, J. J. (1988). Imagen del profesional de enfermería en la sociedad actual. *Enfermería Científica*, (75), 16-23.

- San Rafael-Gutiérrez, S., Arceciado-Marañón, A., Bernaus-Poch, E., & Vers-Prats, O. (2010). Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería Clínica, 20*(4), 236-242.
- Sánchez, B. (2002). Identidad y empoderamiento de la profesión de enfermería. *Avances en Enfermería, 20*(1), 22-32.
- Sandín, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.
- Serra, M. (2008). Learning to be a nurse. Professional identity in nursing students. *Sísifo. Educational Sciences Journal, 5*(5), 65-76.
- Sharif, F., & Masoumi, S. (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing, 4*, 13-12-12-6.
- Shinyashiki, G. T., Mendes, I. A. C., Trevizan, M. A., & Day, R. A. (2006). Professional socialization: Students becoming nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14*(4), 601-607.
- Shulman, L. S. (1998). Theory, practice and the education of professionals. *The Elementary School Journal, 98*(5), 511-526.
- Skar, R. (2009). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 2226-2234.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Suárez, M. (2005). *El grupo de discusión: Una herramienta para la investigación cualitativa*. Barcelona: Laertes.

- Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2006). Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 333-343.
- Tapp, D., Stansfield, K., & Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichán*, 5(1), 114-127.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Teixidor, M. (2004). Ya en el siglo XXI... nuevos retos en ciencias de la salud. *Rol de Enfermería*, 27(3), 232-234.
- Teixidor, M. (2002). Projecte de formació per a la implantació del procés de cures, en el marc del model conceptual de Virginia Henderson, als centres d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut. La salut i la qualitat de vida, un repte per a les infermeres assistencials, docents i gestores. Barcelona: Fundació la Caixa.
- Thorpe, K., & Loo, R. (2003). The values profile of nursing undergraduate students: Implications for education and professional. *Journal of Nursing Education*, 42(2), 83-90.
- Torrallba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Institut Borja de Bioètica. Fundación Mapfre Medicina.
- Torrallba, F. (2002). *Ética del cuidar: Fundamentos, contextos y problemas*. Sant Cugat del Vallés: Institut Borja de Bioètica. Fundación MAPFRE Medicina.
- Torres, A., & Sanhueza, O. (2006). Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 112-119.
- Universidad Autónoma de Barcelona, U. A.B. (2012). Consultado el 4 de Noviembre de 2012, disponible en <http://www.uab.es/servlet/Satellite?cid=1298443163850&pagename=UAB%2FPage%2FTemplatePageDetallEstudis¶m1=1232089768474>

- Valiño, C., Pedre, M., & Pita, M. C. (2005). Imagen social de la enfermería. Un vistazo al espejo público. *Enfermería Científica*, (276-277), 19-23.
- Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Varjus, S. L., Leino-Kilpi, H., & Suominen, T. (2011). Professional autonomy of nurses in hospital settings - a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 201-207.
- Vila, B., Bilbao, C., Porras, A., Sáez, A., Ruiz, D., & Lupión, D. (1997). Aproximación al contexto actual de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 1(1), 63-69.
- Vila, M., & Escayola, A. M. (2001). Visión del estudiante de enfermería sobre sus prácticas clínicas. *Metas*, (40), 25-31.
- Vizcaya, M. F., Pérez, R. M., De Juan, J., Domínguez, J. M., Cibanal, L., & Siles, J. (2004). Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el entorno de aprendizaje clínico: El clima social. *Evidentia*, 1(2)
- Wagner, A. L., & Seymour, M. E. (2007). A model of caring mentorship for nursing. *Journal for Nurses in Staff Development*, 23(5), 201-211.
- Ward, C., Styles, I., & Bosco, A. M. (2003). Perceived status of nurses compared to other health care professionals. *Contemporary Nurse*, 15(1-2), 20-28.
- White, K. (2002). Nursing as vocation. *Nursing Ethics*, (9), 279-90.
- Windsor, A. (1987). Nursing students' perceptions of clinical experience. *Journal of Nursing Education*, 26(4), 150-154.
- Zabala, J., & Ruano, M. I. (1989). Motivos de la elección de la profesión de enfermería. *Enfermería Científica*, (93), 7-10.
- Zamorano, I. C. (2008). Identidad profesional en enfermería: Un reto personal y profesional. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 168-171.

Bibliografía

Zapico, F. (2005). Avances en la práctica de la profesión de enfermería. Visiones de una misma realidad. Tesis Doctoral, Departamento de Sociología y Análisis de la Organizaciones. Universitat de Barcelona.

ANEXOS

ANEXO I. Guión primer Grupo de Discusión de Estudiantes

1. *¿Me podéis explicar que significa para vosotros ser enfermera o sentirse enfermera?*

2. *Nos vamos a situar justo en el momento en que, hace aproximadamente tres años, decidisteis estudiar enfermería. Es decir, teníais la decisión tomada pero aún no habíais empezado los estudios universitarios. En aquel momento, ¿Qué es lo que os decidió a estudiar enfermería?*

3. *¿Qué imagen teníais de las enfermeras antes de iniciar los estudios?*

4. *Hoy día, después de haber cursado tres años de formación en la diplomatura, con los conocimientos y experiencias que tenéis ¿Se ha modificado la imagen inicial que teníais de la enfermería?*

- *Si es así, ¿en qué aspectos lo ha hecho?*
- *¿Cómo definiríais o describiríais a las enfermeras?*
- *¿Existen aspectos que la definan como profesional?*

5. *Ahora que estáis finalizando los estudios, ¿os sentís enfermeras?*

6. *¿Qué aspectos creéis que han influido más en la adquisición de esta identidad enfermera?*

7. *¿Podéis explicar cómo ha sido el proceso de construcción de esa identidad? ¿Cómo creéis que se ha ido conformando ese significado?*

8. *¿Qué es lo que más os ha impactado durante el proceso de formación en la conformación de esa identidad enfermera?*

- *¿Qué valor atribuíis a la formación teórica y a la práctica?*

9. *De todo lo que habéis aprendido y hoy conocéis sobre las enfermeras como colectivo profesional, ¿con qué aspectos os quedaríais porque os sentís identificadas y cómodas y que otros cambiaríais?*

10. *La imagen social de la enfermera ¿se corresponde con el significado que tiene para vosotros?*

- *Si no es así, ¿Qué factores pensáis que influyen en esta percepción social?*

11. *¿Cómo percibís el futuro de la profesión?*

ANEXO II. Guión Grupo de Discusión de Enfermeras

1. Para comenzar, ¿qué significa para vosotras ser enfermera?

2. ¿Podéis explicar en qué consiste ser enfermera?

3. Describidme en qué se basa mayoritariamente vuestra actividad laboral ¿Podéis describir un día tipo?

- Los estudiantes ven a la enfermera como el profesional que ayuda a la persona en momentos difíciles y le otorgan más importancia a la atención psicológica que a aquellos aspectos más relacionados con la realización de técnicas o tareas. ¿Qué opináis vosotras?

4. ¿Qué significa cuidar?

- Los estudiantes piensan que se valora más el curar que el cuidar. ¿Qué creéis al respecto?

5. Hay estudiantes que opinan que enfermería es una profesión más autónoma de lo que ellos pensaban antes de iniciar los estudios pero que esa autonomía profesional no es completa ¿Qué opináis al respecto?

6. Cuando tenéis estudiantes de enfermería que realizan prácticas en vuestro servicio y los acompañáis en su aprendizaje, ¿qué intentáis que aprendan y cómo lo hacéis?

7. Los estudiantes opinan que las prácticas clínicas son el aspecto de la formación que más les ha influido en sentirse enfermeras. En vuestro caso y ya como profesionales que sois, ¿qué aspectos son los que hacen que os sintáis enfermeras?

8. ¿Cómo creéis que la sociedad percibe la profesión y a los profesionales de la enfermería?

- ¿Qué factores pensáis que influyen en esta percepción social?
¿Tenemos alguna responsabilidad las propias profesionales?

9. ¿De qué aspectos de la profesión os sentís satisfechas y de qué otros no lo estáis?

10. *Si en estos momentos tuvieseis la oportunidad de escoger nuevamente profesión, ¿volveríais a escoger enfermería?*

11. *¿Cómo percibís el futuro del colectivo profesional?*

ANEXO III. Solicitud de permiso a la Dirección de Enfermería del HUVH

Sra.

Directora d' Infermeria Hospital Universitari Vall d'Hebron

Benvolguda,

Sóc Antonia Arreciado Marañón, professora del Departament d'Infermeria de la Universitat Autònoma de Barcelona (fins el setembre d' enguany de l' Escola d'Infermeria Vall d'Hebron). Amb motiu de la realització de la meva tesi doctoral per a l'obtenció del títol de Doctora, inscrita en el Programa de Doctorat en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona i tutoritzada per la Dra. Pilar Isla Pera, estic realitzant una recerca que porta per títol "*Identidad profesional enfermera: construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria*". L'objectiu d'aquesta és conèixer com es produeix el procés de construcció i desenvolupament de la identitat professional infermera en els estudiants durant la seva formació universitària.

La identitat infermera constitueix un aspecte complex abordat normalment des d' una perspectiva d'inquietud. Aspectes com l'existència d'un cos de coneixements propi, d'una autonomia professional, la imatge social de la infermera, els valors professionals o la socialització professional durant el període formatiu, repercuteixen directament en la construcció i consolidació de la identitat professional infermera.

En aquest sentit, és important conèixer com es comença a construir i desenvolupar aquesta identitat durant l'experiència formativa, període bàsic en la socialització professional on l'estudiant anirà construint la seva manera personal d'entendre la professió, integrant els atributs o funcions específiques d'infermeria que comparteix el col·lectiu i aquella cultura que resulta de les relacions produïdes durant l'exercici professional.

Per portar a terme aquesta recerca s'ha seleccionat l'etnografia com a estratègia metodològica qualitativa amb tècniques de recollida d'informació com l'observació participant, els grups de discussió i la utilització de documents escrits. En quant a

l'observació, aspecte vinculat amb la sol·licitud de permís que realitzo, es pretén, a través de la immersió en el camp assistencial, accedir a una realitat, la cultura infermera, on els protagonistes d'aquesta recerca, els estudiants, estan immersos durant les seves pràctiques clíniques i on viuen de manera directa la posada en joc de coneixements, valors, creences o actituds de la professió que podran fer seves.

És per aquest motiu que sol·licito permís a la institució per a poder realitzar una observació en un dels serveis d'hospitalització on els estudiants de tercer d'infermeria estiguin realitzant les seves pràctiques clíniques durant el present curs acadèmic. La durada dependrà de les dades que es vagin recollint encara que la previsió és d' aproximadament quatre ó sis setmanes. A més a més es demanarà el consentiment informat tant als estudiants que siguin observats com a les infermeres que participen en el seu aprenentatge. La informació que s'obtingui serà tractada amb confidencialitat.

Per a una informació més detallada m'agradaria poder explicar-li personalment, per la qual cosa resto a la seva disposició i disponibilitat.

Cordialment,

Antonia Arreciado Marañón

Barcelona, 15 de desembre de 2010

ANEXO IV. Solicitud de consentimiento de la Enfermera Tutora²²

Benvolguda,

Sóc Antonia Arreciado Marañón, infermera i professora del Departament d'Infermeria de la Universitat Autònoma de Barcelona (fins el setembre d'enguany de l'Escola d'Infermeria Vall d'Hebron). Amb motiu de la realització de la meua tesi doctoral per a l'obtenció del títol de Doctor en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, estic realitzant una recerca que porta per títol "*Identidad profesional enfermera: construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria*". L'objectiu d'aquesta és conèixer com es produeix el procés de construcció i desenvolupament de la identitat professional infermera en els estudiants durant la seva formació universitària.

Per portar a terme aquesta recerca s'ha seleccionat l'etnografia com a estratègia metodològica qualitativa amb tècniques de recollida d'informació com l'observació participant o els grups de discussió. En quant a l'observació, aspecte vinculat amb la sol·licitud de consentiment que et demano, es pretén, a través de la immersió en el camp assistencial, accedir a una realitat, la cultura infermera, on els protagonistes d'aquesta recerca, els estudiants, estan immersos durant les seves pràctiques clíniques i on viuen de manera directa la posada en joc de coneixements, valors, creences o actituds de la professió que podran fer seves.

Donat que ets la infermera responsable de l'aprenentatge de l'estudianta de tercer curs d'infermeria que realitza les pràctiques clíniques al teu servei, et demano el consentiment per a poder estar amb tu durant el mateix període i horari que ho fa l'estudianta. La durada de la meua permanència dependrà de les dades que es vagin recollint, encara que la previsió és finalitzar el període de pràctiques. Tota la informació que s'obtingui, inclosos els noms que puguin sortir, serà tractada amb total confidencialitat.

Gràcies per la teva col·laboració.

Antonia Arreciado Marañón

²² Solicitud de consentimiento para la observación participante en el ámbito hospitalario. Se generó el equivalente para el ámbito de la atención primaria.

Jo,.....

- He llegit el full d' informació que se m'ha lliurat.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
- He rebut suficient informació sobre l'estudi.
- Entenc que la meva participació és voluntària.
- Entenc que puc retirar-me de l'estudi quan vulgui, sense haver de donar explicacions i sense que això tingui repercussions de cap tipus.

Dono lliurament la meva conformitat per a participar en aquest estudi.

Signatura del participant

Signatura de la investigadora

Barcelona, 23 de desembre de 2010

ANEXO V. Solicitud de consentimiento del/la Estudiante²³

Benvolguda,

Sóc Antonia Arreciado Marañón, infermera i professora del Departament d'Infermeria de la Universitat Autònoma de Barcelona (fins el setembre d'enguany de l'Escola d'Infermeria Vall d'Hebron). Amb motiu de la realització de la meva tesi doctoral per a l'obtenció del títol de Doctor en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, estic realitzant una recerca l'objectiu de la qual és conèixer com es produeix el procés de construcció i desenvolupament de la identitat professional infermera en els estudiants durant la seva formació universitària.

Per portar a terme aquesta recerca s'ha seleccionat l'etnografia com a estratègia metodològica qualitativa amb tècniques de recollida d'informació com l'observació participant o els grups de discussió. En quant a l'observació, aspecte vinculat amb la sol·licitud de consentiment que et demano, es pretén, a través de la immersió en el camp assistencial, accedir a una realitat, la cultura infermera, on els protagonistes d'aquesta recerca, els estudiants, estan immersos durant les seves pràctiques clíniques i on viuen de manera directa la posada en joc de coneixements, valors, creences o actituds de la professió que podran fer seves.

És per aquest motiu, i com a estudiant de tercer curs d'infermeria que realitza les pràctiques clíniques en aquest centre, que et demano el consentiment per a poder estar amb tu i amb la infermera responsable del teu aprenentatge durant el període de pràctiques. La durada de la meva permanència dependrà de les dades que es vagin recollint, encara que la previsió és finalitzar el període de pràctiques. Tota la informació que s'obtingui, inclosos els noms que puguin sortir, serà tractada amb total confidencialitat.

Gràcies per la teva col·laboració.

Antonia Arreciado Marañón

²³ Solicitud de consentimiento para la observación participante en el ámbito de la atención primaria. Se generó el equivalente para el ámbito hospitalario.

Jo,.....

- He llegit el full d' informació que se m'ha lliurat.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
- He rebut suficient informació sobre l'estudi.
- Entenc que la meva participació és voluntària.
- Entenc que puc retirar-me de l'estudi quan vulgui, sense haver de donar explicacions i sense que això tingui repercussions de cap tipus.

Dono lliurament la meva conformitat per a participar en aquest estudi.

Signatura del participant

Signatura de la investigadora

Barcelona, 10 de febrer de 2011

ANEXO VI. Solicitud de consentimiento del/la Estudiante²⁴

Benvolgut/da,

Sóc Antonia Arreciado Marañón, infermera i professora del Departament d'Infermeria de la Universitat Autònoma de Barcelona (fins el curs passat de l' Escola d'Infermeria Vall d'Hebron). Amb motiu de la realització de la meva tesi doctoral per a l'obtenció del títol de Doctor en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, estic realitzant una recerca l'objectiu de la qual és conèixer com es produeix el procés de construcció i desenvolupament de la identitat professional infermera en els estudiants durant la seva formació universitària.

Per portar a terme aquesta recerca s'ha seleccionat l'etnografia com a estratègia metodològica qualitativa amb tècniques de recollida d'informació com l'observació participant o els grups de discussió. És per aquest motiu que m'agradaria comptar amb la teva col·laboració y participació en un grup conformat per estudiants d'infermeria de tercer curs on s'aportaran les opinions, punts de vista o percepcions d'aquests respecte al tema plantejat. Tota la informació que s'obtingui, inclosos els noms dels participants o d'altres persones, serà tractada amb total anonimat i confidencialitat.

Gràcies per la teva col·laboració.

Antonia Arreciado Marañón

²⁴ Solicitud de consentimiento para la participación de los estudiantes en los grupos de discusión. Se generó el equivalente para la participación de enfermeras.

Jo,.....

- He llegit el full d' informació que se m'ha lliurat.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
- He rebut suficient informació sobre l'estudi.
- Entenc que la meva participació és voluntària.
- Entenc que puc retirar-me de l'estudi quan vulgui, sense haver de donar explicacions i sense que això tingui repercussions de cap tipus.

Dono lliurament la meva conformitat per a participar en aquest estudi.

Signatura del participant

Signatura de la investigadora

Barcelona, maig de 2011