

Tesis Doctoral

Valores y actitudes profesionales
Estudio de la práctica profesional enfermera
en Catalunya

Anna Ramió Jofre
2005

Valores y actitudes profesionales
Estudio de la práctica profesional enfermera
en Catalunya

Anna Ramió Jofre

Dirigida por: Dra. Carmen Domínguez Alcón

Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Universidad de Barcelona

Mayo 2005

**Valores y actitudes profesionales.
Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya.**

Índice	1
Agradecimientos	4
Presentación	5
1- Introducción	6
Delimitación del problema de investigación	
Objetivos. Hipótesis	
2- Referentes Teóricos	18
Enfermeras y enfermeros	
Naturaleza del cuidar	
Personas receptoras de cuidados	
Identidad profesional	
Elementos clave en la práctica profesional: Perfil profesional y género. Formación e investigación. Invisibilidad de los cuidados.	
Profesiones	
Génesis de las profesiones	
Profesiones en el siglo XX	
Profesiones Sanitarias	
Valores sociales y profesionales	
Concepto y naturaleza de los valores, tipologías. Componentes y funciones.	
Los valores en la sociedad actual y formación en valores.	
Valores profesionales y en las organizaciones.	
Estudio empírico de los valores	
3- Metodología	60
Tipo y ámbito de estudio, población y muestra. Criterios de selección de la muestra.	
Definición de variables. Medida. Fuentes de datos. Fiabilidad y validez.	
Procedimiento, organización y seguimiento: Metodología de recogida de datos. Diseño entrevista en profundidad. Instrumento de recogida de datos. Consideraciones éticas	
Estrategias de análisis. Atlas TI 2.3. Prueba piloto.	
Resultados de la investigación	
4. Trayectorias de valores y actitudes durante la formación	72
Independencia, crisis y percepciones iniciales de la profesión:	
Motivación a la formación. Dudas respecto a la elección de otras carreras. Experiencias previas a los estudios enfermeros.	
Valores y actitudes iniciales	
De la visión ideal a los modelos profesionales: Socialización profesional.	
Experiencias y vivencias de la formación práctica.	
Valores y actitudes en desarrollo	

5. Trabajar de enfermera/Ser enfermera	128
<p>Práctica enfermera: perspectiva laboral: Condiciones de trabajo entre 1970 y 2004. Influencia de las organizaciones en la profesión. Práctica enfermera: perspectiva asistencial: Organizaciones y estrategias. Presión asistencial: estructural, de situaciones límite e inseguridades. Intrusismo profesional. Práctica en situaciones específicas: cárceles. Deseo de empezar de nuevo. Descubrir los beneficios al otro de la práctica profesional. Consolidación de valores y actitudes.</p>	
6. Excelencia y nuevas relaciones intra e interprofesionales	175
<p>Experiencia y madurez profesional. Rasgos esenciales: Elementos clave; rasgos que identifican y caracterizan a las/os profesionales. Estrategias para el avance profesional Prácticas emergentes: cuidados paliativos, enlace hospital/atención primaria, empresa, higienista. Gestión enfermera en las organizaciones sanitarias Asistencia Primaria y autonomía profesional Valores y actitudes emergentes</p>	
7. Imágenes, estereotipos y paradojas	240
<p>Imágenes de las enfermeras/os: Estar, ayudar, acompañar. Llegar, ver y marchar: imágenes y percepciones de la práctica médica, en la construcción de la imagen enfermera.</p>	
8. Cambio de paradigmas profesionales	266
<p>Valores, papel profesional y cambio social Cambio en los Sistemas de salud y redefinición de espacios profesionales. Necesidades sociales y valores profesionales. Ejercicio profesional en entornos cambiantes. Noción de cuidar: actitudes y valores.</p>	
9- Conclusiones	285
10- Bibliografía	310
11. Anexos	329
<p>Anexo I Protocolo entrevista en profundidad AnexoII Glosario de términos sobre actitudes y valores. Anexo III Glosario de términos que incluyen las entrevistas en profundidad. Anexo IV Relación de tablas y gráficos Anexo V Lista de abreviaciones.</p>	

El coneixement és verament fascinant perquè sempre queda terra nova per descobrir. Tota activitat humana en tant que humana comença amb el coneixement, i sense ell l'home i la dona no faria res del que fa.

Jordi Llimona, 1996

Agradecimientos

La realización de esta Tesis ha estado posible gracias a numerosas personas. Carmen Domínguez Alcon, es y ha sido una verdadera maestra durante todo el proceso. Me ha acompañado, ayudado, animado, sugerido, con calidez, y dedicación personal intensa. Mi gratitud, y reconocimiento hacia ella, personal y académico, es fuerte. Su aportación a la profesión enfermera, es relevante y se mantiene, y es un claro referente para las enfermeras y enfermeros.

Expresar mi profundo agradecimiento a las enfermeras y enfermeros, que aportaron su experiencia profesional, sus percepciones, y reflexiones, que han constituido la base del análisis. En todas y cada una de las entrevistas que realice, constituyen los momentos más enriquecedores de la presente investigación. La generosidad, el esfuerzo personal, y la confianza demostrada, son de un valor incalculable.

Mi gratitud especial a Dolores Royo, por el soporte y ánimo en todo el proceso. También a Carme Vega, Elsa Castella, Anna Cano, Jose Manuel Lafuente, M^a Jose Morera, Juan Roldan, Fina Vernet, Anna Espi, Nuria Roca, Montse Miquel, Xavier Beltran, Carme Codina, Montse Guillaumet, Merçe Serra, y Laly Perez. Ellos ha constituido una aportación esencial al facilitar enlace con los testimonios de la presente investigación.

Mi reconocimiento y gratitud a Evelyn Robledo que ha transcrito las entrevistas con toda fidelidad a los testimonios.

El conjunto de mis compañeras de la Escuela de Enfermería Sant Joan de Deu, merecen mi especial reconocimiento ya que me han acompañado, y ayudado de forma premanente. Mi gratitud también al soporte incondicional de las secretarias de la Escuela, especialmente a Judit Boluña, por su ayuda con la documentación, y a Alicia Martín, bibliotecaria de la Escuela por su colaboración en la búsqueda de documentación. También mi gratitud especial a María Gasull, y Montserrat Busquets, al igual que mis amistades, familiares, y enfermeras/os, que en el proceso de investigación, me han ofrecido animo, y soporte.

La Dirección de la Escuela de Enfermería Sant Joan de Deu, Rosa Mata, me ha facilitado los recursos necesarios para realizar la presente investigación, junto con Paqui Perez.

Finalmente gracias especiales a mi hija Julia, ha sido esencial en la confección de gráficos, y a mis dos hijos Pau y Marc, con su apoyo incondicional. Gracias a los tres por su paciencia y cariño.

Presentación

La presente investigación sociológica se centra en los valores y actitudes de la práctica enfermera actual. Del día a día de mujeres y hombres que tomaron la decisión de iniciar la trayectoria profesional enfermera. Enfermería es un colectivo profesional, constituido mayoritariamente por mujeres, que contribuyen con su aportación única, y esencial a la recuperación y bienestar de las personas. Son personas que a través de su práctica, construyen la profesión enfermera.

El objetivo esencial de la presente investigación es la comprensión de la práctica enfermera actual, a través del estudio de los valores y actitudes profesionales. Las actitudes y valores profesionales, se articulan de forma que confieren identidad al colectivo enfermero. Su estudio permite analizar, desde la Sociología, los valores y actitudes de ese grupo profesional, así como el grado de adhesión y jerarquización, para comprender la realidad social de una profesión de salud, inserta en el ámbito sanitario cuyas aportaciones a la sociedad son fundamentales porque revierten en la salud y bienestar de las personas.

Conocer la práctica enfermera actual permite identificar los factores internos, del propio colectivo, y externos, es decir de la articulación del trabajo enfermero con las demás profesiones sanitarias y organizaciones, que favorecen y ayudan o limitan, poder ejercer la profesión prestando un servicio profesional que busca la excelencia. Profundizar desde los valores y actitudes, para comprender la práctica profesional, puede contribuir a sugerir, si es posible, propuestas de intervención, y nuevas líneas de investigación futuras. El objetivo final es sumar esfuerzos en el proceso de profesionalización. Ya que es lo que permite avanzar hacia la excelencia. En el caso presente en la excelencia de los cuidados enfermeros a las personas.

La base teórica que da soporte a la investigación la constituye la Sociología de las profesiones; los estudios sobre valores sociales y profesionales; y la revisión crítica de diversos aspectos relevantes de la práctica profesional. Para ello se realiza una aproximación cualitativa, que permite identificar actitudes y valores a través de experiencias, situaciones, y reflexiones de las trayectorias profesionales de varias enfermeras y enfermeros, como protagonistas de la investigación. Las hipótesis explicativas y conclusiones trazan algunas líneas para nuevas estrategias y futuras investigaciones.

Hago más las palabras de Anne Perraut, sobre las destinatarias/os de esta investigación. Son las personas con problemas de salud reales o potenciales, que no son los sujetos, aunque son evocados en las palabras de las enfermeras/os (Perraut, 2001).

1

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

El tema objeto de la presente investigación, es el estudio de los valores, y las actitudes que se desarrollan en la práctica profesional enfermera. Un punto de partida, es la pertenencia a ese colectivo profesional, y la necesidad de contribuir, como investigadora, a la comprensión de la realidad socio-cultural de la profesión enfermera. Esa primera consideración implica tomar conciencia de la limitación de formar parte del proceso, para establecer medidas de control, y al mismo tiempo incorporar los elementos experienciales de la investigadora, que favorecen la comprensión de los diferentes fenómenos de estudio.

La docencia en enfermería, actividad que desarrolla la investigadora en los últimos veinte años, que transcurre entre la lectura y práctica, experiencia y reflexión, orienta sus intereses profesionales, a concentrar sus esfuerzos a investigar, ya que considera que es una parte esencial, e intrínseca de su actividad profesional, como el hecho de investigar en el área disciplinar de su trayectoria profesional. Centra el interés en el estudio de la identidad profesional, punto clave en la formación, y en toda trayectoria profesional. En el trabajo de búsqueda, y análisis documental sobre ese tema, se muestra la importancia, el peso específico, y fundamental que tienen los valores en la construcción de la identidad profesional. El sentido de pertenencia, de integración a un colectivo profesional, se desarrolla a través de las actitudes y valores específicos del grupo profesional. El nivel de asunción de valores profesionales, construye la identidad de una profesión. Esa identidad suficientemente desarrollada genera el avance profesional hacia la excelencia.

Sobre el estudio de la identidad enfermera, y concretamente sobre las actitudes y valores profesionales, existen escasos estudios internacionales, y ninguno específico en España. Los estudios más relevantes a nivel internacional, están desarrollados a través de asociaciones enfermeras. El *Consejo Internacional de Enfermería*, en el año 1953 identifica los valores esenciales de la profesión enfermera. En el año 1994 un organismo nacional de Canadá, *L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, elabora un documento sobre valores profesionales enfermeros; y en el año 1989, la *American Association of Colleges of Nursing*, identifica y desarrolla un documento sobre valores, actitudes, y conductas profesionales enfermeras. Ese último estudio sobre valores profesionales, es el marco de referencia en la presente investigación, dado que desarrolla, y profundiza en cada valor profesional. Cabe resaltar otros estudios que profundizan sobre la identidad profesional, y diversos aspectos de la práctica enfermera (Poletti, 1983; Cohen, 1988; Benner, 1987; Perraut, 2001), sus aportaciones son esenciales, y revelan la complejidad del tema de estudio, y su importancia. Desde la Sociología, diferentes estudios globales sobre la profesión enfermera, son esenciales, profundizan sobre la evolución profesional del colectivo (Domínguez Alcón, 1986, 1990; De Miguel, 1983; Siles, 1999; entre otros). En los estudios sociológicos sobre profesiones se pone de manifiesto la importancia de profundizar en los valores profesionales, para comprender el proceso de profesionalización (De Miguel, 1983; Domínguez Alcón, 1986; Rodríguez, 1997; Guillen, 1992).

Después de un primer acercamiento al tema de estudio, y de la reciente historia de la profesión, específicamente en Catalunya y España, se focaliza la atención en la evolución de los valores profesionales enfermeros, en gran parte responsables de la identidad del colectivo profesional. Se empieza a considerar que esa evolución se relaciona con factores como valores sociales, género, poder, y las relaciones profesionales con otros colectivos. La investigación parte de una pregunta esencial, intensa, y clave, específicamente al inicio del siglo XXI, ¿Por qué no consiguen las enfermeras/os el reconocimiento social de su aportación

única, y específica a la población, a pesar del avance en el proceso de profesionalización? Es una difícil carga, que ha las enfermeras/os les cuesta asumir, y repercute en la identidad profesional del colectivo.

Se trata de dar respuesta a esa pregunta inicial, desde diferentes perspectivas, e identifican factores que se relacionan, repercuten, o no facilitan el reconocimiento social de las enfermeras/os. Los estudios se sintetizan en los siguientes temas: (a) la invisibilidad de los cuidados y el género; (b) la socialización profesional actual; (c) la precariedad laboral; (d) el estrés laboral; (e) las críticas internas en el seno del propio colectivo profesional; (f) el papel en la práctica enfermera del equilibrio personal; (g) la conciliación de la vida laboral y familiar; y (h) la imagen enfermera. En tales estudios se recoge un amplio abanico de factores que hacen patente la preocupación, complejidad, e inquietud en el seno del colectivo profesional.

Los estudios que profundizan sobre invisibilidad de los cuidados, y la influencia del género en la profesión, subrayan diversos factores que se relacionan con factores como la subordinación de las enfermeras/os a la medicina, caracterizada por jerarquía y desigualdad; el valor social del cuidado, y el papel de las mujeres; la escasa utilización del método científico en la práctica enfermera, estrés laboral. Ante esos hechos emplazan a las enfermeras/os a defender socialmente lo que hacen (Buresh, 2001; Garcia Bañon, 2004; Cano, 2004; German Bes, 2004; Fajardo, 2004). Otros estudios analizan la socialización profesional, y desarrollan dos ideas básicas: en primer lugar afirman que la transmisión del conocimiento se articula exclusivamente a través del modelo biomédico, y en consecuencia los cuidados propios ocupan un segundo lugar; y en segundo lugar las estrategias de aprendizaje, que implementan las Escuelas de Enfermería, no favorecen la práctica enfermera reflexiva (Cohen, 1988; Domínguez Alcón, 1990; Medina, 1999). Un tema fundamental en la evolución de la profesión, en un futuro inmediato, es la precariedad laboral, especialmente intenso en las enfermeras/os noveles. Esta situación provoca el incremento de la emigración enfermera a países comunitarios (Domínguez Alcón, 2001; SATSE, 2004; Güell, 2004; Montroi, 2004; Grinspun, 2002).

Los estudios que profundizan en los factores desencadenantes del estrés laboral, son diversos, y producen un impacto negativo en la práctica enfermera. Señalan el escaso reconocimiento social de las enfermeras/os, y la presión asistencial, como elementos directamente relacionados con el estrés, entre otros factores (Ferrer, 2001; Fernandez, 2002; Tomas, 2002; Carmona, 2002; Cabanas, 2002). En el estudio de factores que repercuten en el escaso reconocimiento social de la práctica enfermera, diversos autores analizan las críticas internas en el seno del propio colectivo profesional. Ponen el acento en mostrar que la falta de liderazgo, y reconocimiento interno de las aportaciones de diversas enfermeras/os repercute negativamente en el colectivo profesional (Alberdi, 1997; Duran, 2002, Teixidor, 2002). Los estudios que muestran la importancia de mantener el equilibrio personal en el transcurso de las trayectorias profesionales, son relevantes, y especialmente claves en las profesiones sanitarias (Domínguez Alcón, 1986; Perraut, 2001; Gracia Guillen, 2004). El estudio sobre la conciliación de la vida familiar y laboral, en una profesión con horarios complejos, diversos, y algunas veces paradójicos, es esencial en la profesión enfermera y su proyección social (Domínguez Alcón, 2001). Las aportaciones de los estudios sobre imagen enfermera, resaltan tres ideas básicas: la pasividad de acción de las enfermeras/os, para hacer visible su aportación; las escasas investigaciones que muestren los beneficios de su práctica profesional; y como los rasgos que caracterizan la relación profesional entre médicos y enfermeras/os, configuran una imagen desvalorizada de las enfermeras/os (Domínguez Alcón, 1984;

Garrido, 1996; Ojeda, 1996; Rodero, 1996; Marchal, 1996; Vacas, 1996; Esteban, 1996; Gonzalez, 1996; Anguiano, 1996; Mendoza, 1996; Elorza, 1996).

La presente investigación aporta elementos para el conocimiento, y realiza un análisis en profundidad para responder a la pregunta inicialmente planteada, sobre las causas que determinan el escaso reconocimiento social que tienen las enfermeras/os, a pesar del avance profesional. Los estudios sobre aspectos concretos de la disciplina enfermera, muestran la preocupación del colectivo profesional, y revelan la importancia del análisis global de la práctica enfermera al inicio del siglo XXI, de su identidad a través de la evolución de las actitudes, y los valores profesionales que desarrollan en las diferentes trayectorias profesionales. La construcción social de la profesión enfermera en las últimas décadas es intensa. Las enfermeras y enfermeros constituyen una fuerza humana, y profesional de primer orden. En la actualidad, en Catalunya y España, las competencias enfermeras están diversificadas, y las/os profesionales forman parte de las múltiples esferas, y actividades relacionadas con la salud.

En el proceso de profesionalización, influyen algunos factores socio-políticos y culturales. El desarrollo profesional enfermero empieza en España a principios del siglo XX, bajo la “tutela” del colectivo médico, que requiere técnicos para administrar tratamientos complejos. En la década de los años setenta, otro factor determina la organización, y desarrollo profesional, es el cambio producido en el Sistema Sanitario debido a la intervención directa del Estado¹. Un hecho relevante, en este proceso, es la incorporación a la universidad de los estudios enfermeros, en el primer ciclo universitario, en el año 1977. Implica un cambio en la concepción enfermera, y la incorporación creciente del conocimiento abstracto² generado por el propio colectivo. El deseo del colectivo es tomar las riendas de su propia disciplina, ejercer la profesión con pleno derecho, conseguir autonomía, clarificar el rol profesional, y hacer patente la aportación de las enfermeras y enfermeros al cuidado de la salud. Este cambio en la práctica profesional es progresivo. Los años transcurridos bajo el paradigma biologista, son suficientes para crear una cultura dominante alrededor de ella, donde los tratamientos médicos sustituyen masivamente a los cuidados (Colliere, 1996:9). Las enfermeras y enfermeros deben restablecer la naturaleza de los cuidados, creer en su importancia, y en su valor terapéutico, para hacer frente al modelo sanitario imperante acorde con la cultura biologista. Esa es una de las mayores dificultades, en el complejo mundo de la salud, para que los cuidados enfermeros vuelvan a encontrar el espacio que les corresponde, en beneficio de las personas que los aplican y de las personas que los reciben.

Actualmente en el ámbito de la salud, el “producto sanitario” ya no es un producto solo médico, ni de enfermería, es más complejo, porque la demanda social así lo establece. Las profesiones sanitarias adaptan sus servicios, definiendo y controlando sus jurisdicciones (Abbot, 1988:33). El concepto de profesionalización³, como proceso o camino que siguen en el siglo XX y principios del XXI, determinadas ocupaciones, para conseguir el estatus profesional (Freidson, 1994:29), define de forma clara y precisa el desarrollo del colectivo enfermero. En la década de los años sesenta, algunos sociólogos (Etzioni, 1969; Freidson,

¹ En el sector público a partir de 1976, se empieza a contratar enfermeras, y a final de la década de los años setenta en España, había más enfermeras que médicos (De Miguel, 1998: 389).

² El libro de Ann Marriner, *Modelos y Teorías de Enfermería*, publicado por Rol en 1989, es una recopilación y síntesis de trabajos de enfermeras, basicamente americanas, que en aquellos años se habían producido.

³ La denominada Escuela Evolutiva después de la segunda guerra mundial, introduce el concepto de profesionalización, en su aproximación funcionalista al análisis de profesiones.

1978:63), utilizan el término de *semiprofesión* o *ocupación paramédica* para referirse a las enfermeras/os. Tales conceptos en la actualidad rara vez son empleados por autores del propio colectivo, ya que gana posición la idea de avance profesional, saber propio con base científica, y se defiende un área de autonomía (Hernandez Martín, 1997).

La presente investigación se centra en el análisis de actitudes y valores, en las diferentes trayectorias profesionales de enfermeras y enfermeros. La trayectoria profesional se inicia en el contexto social, y personal que influye en la toma de decisión de iniciar la formación enfermera. El proceso de socialización enfermera que transcurre entre la Escuela y los centros asistenciales es la segunda etapa de la trayectoria enfermera. La tercera etapa profesional se centra en los primeros de actividad laboral, las enfermeras/os noveles asumen la responsabilidad de los servicios de Enfermería. Finalmente la cuarta etapa de la trayectoria profesional, corresponde a la expertise enfermera, es decir a las enfermeras que llegan a la madurez profesional. El periodo estudiado comprende las décadas de la década de los años sesenta, hasta el 2004. Se parte de la idea que a través de las conductas profesionales, se identifican actitudes, que a su vez son símbolos de unos determinados valores. En base a los referentes teóricos de la presente investigación, se pretende identificar las actitudes que el colectivo profesional desarrolla con más intensidad. A las enfermeras/os se les plantean retos relevantes en el siglo XXI, unidos al avance profesional. Consolidar la identidad profesional enfermera, requiere la asunción, e integración de valores profesionales en la práctica cotidiana enfermera, que favorece a una práctica capaz de asumir la responsabilidad en la planificación, y aplicación de los cuidados enfermeros a las personas. La comprensión de esa práctica profesional, del proceso de construcción de su identidad, requiere profundizar en las diferentes trayectorias profesionales. Solo así podrán manifestarse todos los elementos que facilitan, o dificultan el proceso de avance de la profesión.

El papel que desempeña la socialización profesional en las enfermeras/os, constituye un tema esencialmente relevante. En primer lugar se trata de analizar los elementos que se articulan, e influyen en la toma de decisión de estudiar enfermería. Comprender los valores personales, que se articulan, y motivan a las personas a seguir determinadas trayectorias profesionales, es un tema clave en las ciencias sociales. Son decisiones fundamentales, que influyen total o parcialmente en el proceso personal, social, laboral, y familiar de las personas. La presente investigación profundiza en los motivos de esa toma de decisión, y en los valores sociales y personales, que los sustentan.

El *valor altruista* se muestra central en todas las ocupaciones denominadas profesiones. En las personas que quieren iniciar la socialización profesional enfermera, es importante determinar en que medida ese valor forma parte de los rasgos individuales, de las personas que inician la formación. Investigar en ello, puede aportar datos esenciales en un tema escasamente estudiado. Las experiencias personales, familiares, o laborales relacionadas con el ámbito de la salud, parece tener significado en las personas que deciden iniciar los estudios enfermeros. Analizar las percepciones de esas experiencias, la influencia que ejerce en la vida de las personas, las imágenes que crean de los diferentes colectivos profesionales, su conocimiento puede aportar datos esenciales e inherentes a las ciencias sociales. Conocer el grado en que esas experiencias que surgen en el transcurso de los años, son imprescindibles, y al mismo tiempo profundizar en los valores que generan esas situaciones. Abordar en profundidad estos temas puede ser relevante en la construcción de la futura formación, que trata de integrar los valores profesionales en el concepto que tienen de sí mismas las/los estudiantes (Cohen, 1988: 4).

Todo ello contribuye a la comprensión del inicio del proceso formativo, específicamente determina el papel de los valores personales, en la decisión de estudiar Enfermería. Los valores sociales en España evolucionan en los últimos años. Los valores de carácter materialista se mantienen, sin embargo crece progresivamente los valores de carácter posmaterialistas. Comparar ese proceso general, con el proceso específico, e individual de valores personales que se articulan, y acompañan a la decisión de ser enfermera/o, es un tema relevante a investigar. Los valores personales se acompañan de actitudes, y formas de ser, que a través del proceso formativo se desarrollan, y también se adquieren de nuevos.

Ante la pluralidad de oferta, en estudios del ámbito de la salud, y los componentes comunes de las diferentes disciplinas, se pretende profundizar en los criterios de elección de una determinada disciplina académica. En Catalunya, en 2004 la oferta de Escuelas de Enfermería es plural, y diversa, actualmente son dieciseis centros entre públicos y privados, los que se ofertan sus enseñanzas. Profundizar en los factores que influyen en la elección del centro educativo, es un tema relevante que la presente investigación aborda. Se trata de identificar los rasgos, y percepciones que las futuras estudiantes, tienen sobre las Escuelas, y que grado de influencia aportan estos en la elección del centro educativo. Estos criterios pueden estar basados exclusivamente en aspectos económicos, o por el contrario, pueden tener en cuenta otras cuestiones, como por ejemplo el trato personalizado, características de los centros de prácticas asistenciales, o la situación geográfica de la Escuela Universitaria, entre otros.

En el análisis del periodo formativo, se profundiza en el análisis de los diferentes planes de estudios, en las últimas décadas. El objetivo es aportar datos que clarifiquen el proceso de profesionalización de ese colectivo. Se trata de comprender la estructura curricular actual, analizando el proceso formativo en las últimas décadas. Se definen los periodos comprendidos entre los años 1953 y 1977, y 1977 hasta el año 2005. Entre esos dos periodos, se produce un cambio significativo en la formación. De un nivel formativo medio, al primer ciclo de estudios universitarios (Domínguez Alcón, 1986; Durán, 2002; Amezcua, 2003). Estudiar ese proceso de cambio, las percepciones, influencias, y repercusiones en el colectivo profesional, y en las alumnas/os es fundamental (Mampara, 2004). Se trata de profundizar en la evolución de los valores profesionales, en este intervalo de tiempo. El modelo biomédico, dominante en el Sistema Sanitario español, influye en el proceso (Domínguez Alcón, 1986; Medina, 1999). A tenor de estos datos, analizar los elementos que adquieren significado, en la construcción de la identidad enfermera a través de la formación profesional es esencial.

En el proceso formativo diferentes aspectos son susceptibles de análisis en profundidad. En primer lugar es fundamental determinar los valores que transmiten las/os docentes a través de los conocimientos. En segundo término se pretende analizar la cohesión, y coherencia entre las enfermeras/os docentes y las enfermeras/os asistenciales, en la transmisión de valores a las alumnas/os. Se trata de comparar los resultados desde dos perspectivas diferentes: alumnas/os y profesoras/os. Los resultados pueden ser relevantes en un contexto formativo cambiante, como es el actual (German Bes, 2004). La futura educación enfermera debe potenciar y desarrollar los valores profesionales, en la formación, que generen sentido de pertenencia e identidad en las estudiantes. El tercer centro de interés en el estudio de ese proceso formativo, es el análisis de las percepciones, experiencias, y reflexiones que las alumnas/os expresan en su formación práctica, especialmente ante situaciones límite de personas enfermas, situaciones de sufrimiento, personas en proceso de muerte, y situaciones, en general con trascendencia ética (Tizón, 1988; Vielva, 2002). Profundizar en los elementos que interfieren, o favorecen la resolución del papel profesional que las enfermeras/os, y las estudiantes tienen ante esas situaciones es intenso, y esencial. En las prácticas asistenciales un

tema fundamental es comprender la forma en que acompañan las enfermeras expertas a las alumnas/os. Profundizar en el trabajo actitudinal que desarrolla la alumna/o en prácticas, es importante, dado que en ese periodo se integran progresivamente determinadas conductas profesionales. En cuarto lugar, se pretende analizar los factores, y la responsabilidad que asumen las organizaciones sanitarias en el proceso formativo, desde las percepciones y experiencias de las alumnas/os. Las organizaciones sanitarias transmiten determinados valores, que influyen directamente en la práctica de las diferentes profesiones y estudiantes. En el contexto sanitario español y catalán, existen dos tipos de organizaciones sanitarias: públicas y privadas. En ese contexto tratar de identificar, y comparar los valores de las diferentes organizaciones, que intervienen en el proceso educativo es fundamental, y un elemento esencial en la comprensión de la socialización profesional.

El análisis de la incorporación profesional al mundo laboral, se muestra relevante e intenso, especialmente en las últimas décadas por el alto grado de precariedad que se mantiene en las décadas estudiadas (Domínguez Alcón, 2001; Güell, 2004; Montroi, 2004; Ferrer, 2001; Fernandez, 2002). La experiencia en los primeros años laborales, de las enfermeras/os noveles, en sí misma es difícil (Benner, 1987). Ponen en práctica los conocimientos, habilidades y actitudes aprendidos en el proceso formativo. Son profesionales que tienen una fuerte motivación profesional. Profundizar en las percepciones, y experiencias personales de estas situaciones complejas de precariedad, es fundamental porque marcan intensamente sus trayectorias. La repercusión en sus vidas personales, familiares, y profesionales son temas inherentes a las ciencias sociales en la búsqueda de alternativas posibles. Se trata de personas que en su práctica profesional cuidan a personas, y se encuentran ante un mercado laboral complejo. Es, por tanto, esencial estudiar la articulación de las enfermeras/os noveles, en las organizaciones sanitarias. Determinar los elementos contractuales, y los factores que facilitan la gradual toma de responsabilidad de las enfermeras/os noveles, a medida que adquieren experiencia. El papel de las enfermeras/os gestoras en ese proceso, es fundamental. En esencia se trata de determinar como cuidan, y que valores transmiten las organizaciones a las enfermeras/os noveles, para que puedan asumir, y desarrollar los valores integrados en el proceso formativo.

Las enfermeras/os noveles, son profesionales que reemplazaran paulatinamente a las enfermeras/os expertas en el transcurso de los años; es significativo analizar este proceso de adquisición de experiencia. Las enfermeras/os expertas, tienen un papel primordial e influyen en el proceso hacia la experteza profesional, que emprenden las enfermeras/os noveles. Identificar los valores que las enfermeras/os expertos transmiten, y las percepciones de las enfermeras/os noveles es central y esencial en la comprensión de la trayectoria profesional. Se profundiza en la naturaleza de los cuidados, es decir, las actitudes y valores, que transmiten a través de los cuidados a las personas, y sus familiares. Se trata de identificar los rasgos que facilitan, o no ayudan a la práctica profesional, y el avance del colectivo. Ante la evidencia que en el ámbito sanitario, la presión asistencial crece (Tomas, 2002; Carmona, 2002; Cabanas, 2002), se intenta profundizar en los factores que específicamente afectan a las enfermeras/os noveles. Conocer los elementos que intervienen en la decisión de cambiar de trabajo en la primera etapa profesional. Situaciones como el intrusismo, la presión asistencial, la falta de recursos sanitarios, la mejora económica, entre otros, podrían estar relacionados en ese proceso. Finalmente al inicio de la trayectoria laboral y profesional, se intenta analizar los valores y actitudes, de la práctica enfermera. Comprender los valores que se desarrollan con más intensidad a través de las actitudes, y los valores que se inician o emergen es el objetivo central de la presente investigación. El avance de la profesión enfermera, está unido

intrínsecamente con la asunción de los valores profesionales, que repercute de forma directa en su identidad profesional, y en la calidad del servicio a la población.

En el transcurso de las trayectorias profesionales enfermeras, y ante el acopio de experiencia, llegan a la experteza y madurez. Enfermeras y enfermeros que alcanzan un nivel profesional que les permite, alcanzar los objetivos cotidianos de cuidado a las personas, familias y comunidad, desde un profundo conocimiento de la situación global (Benner, 1987). Poseen los elementos para analizar desde una amplia perspectiva el ámbito de la salud, y el ámbito profesional. A través de los años y de las diferentes prácticas, las enfermeras/os expertas, incorporan saber, más allá de normas y protocolos (Domínguez Alcón, 1986; Perraut, 2001). Un rasgo intrínseco y esencial en la práctica profesional enfermera es el equilibrio personal (Perreat, 2001). A través del análisis de experiencias y reflexiones de enfermeras/os expertas, se pretende profundizar en el significado que ese rasgo tiene en la práctica enfermera, y las estrategias que las organizaciones sanitarias, a través de las gestoras enfermeras/os facilitan. También es relevante investigar el proceso de desarrollo de actitudes y valores profesionales, de forma individual y colectiva, que se realiza en la práctica profesional. Se trata de identificar los elementos internos o externos, que favorecen o no el proceso de profesionalización. Rasgos que influyen en el escaso reconocimiento social del trabajo enfermero, e invisibilidad de los cuidados; el estrés profesional; las críticas internas; la conciliación de la vida familiar y profesional; son temas esenciales analizados por diferentes autores, y que en la presente investigación se pretende profundizar (Domínguez Alcón, 2001; Cano, 2004; German Bes, 2004; García Bañón, 2004; Perraut, 2001; Fajardo, 2004). Se trata especialmente de también identificar los elementos que favorecen el avance profesional, o aquellos que la limitan descritos por las propias enfermeras/os expertas, y determinar las estrategias activas que de forma individual o colectiva se implementan. El objetivo final es identificar los factores que favorecen la consolidación de valores profesionales, el sentido de pertenencia al colectivo, y la asunción de una identidad fuerte.

Comprender la práctica enfermera, y los valores que la sustentan, en espacios profesionales específicos que emergen o que se mantienen en el transcurso de las décadas, representativos de una parte del colectivo, es una parte esencial en el estudio de la identidad profesional. Esos espacios son: enfermera/o en *Cuidados Paliativos*, enfermera de *Enlace Hospital y Asistencia Primaria*, en las *Empresas*, y enfermera/o *Higienista*. Se trata de identificar los elementos comunes, y diferentes de esas prácticas, y determinar los valores que desarrollan con más intensidad. La comprensión de esos ámbitos a través de las experiencias de enfermeras/os, imprime el análisis de una riqueza significativa. Se profundiza en la gestión enfermera que se desarrolla en las organizaciones sanitarias. Son enfermeras/os que acceden a un nivel profesional, con capacidad de tomar decisiones significativas, y fundamentales en el desarrollo de la práctica profesional (De Pedro, 2004). Se trata de comprender esa práctica específica: la gestión enfermera, de los elementos que le favorecen, y las dificultades que se perciben. Se profundiza en ese papel significativo, y central que tienen las gestoras enfermeras/os en la asunción de una identidad enfermera fuerte, a través de los valores que transmiten. También la presente investigación trata de analizar, en tercer lugar, el proceso de cambio del papel enfermero en Asistencia Primaria (Fernández Ferrín, 1995; Uribe, 1996). En ese ámbito las profesionales enfermeras/os, asumen progresivamente autonomía en el ejercicio profesional. Comprender ese proceso que realizan las enfermeras/os de asunción de autonomía, y las aportaciones específicas y únicas que desarrollan. Se pretende diferenciar los factores que ese cambio produce en las prácticas de los diferentes profesionales, y profundizar en la evolución de los valores profesionales.

La representación de formas, percepciones y sentimientos de un colectivo profesional, identificado por la palabra imagen (Domínguez Alcón, 1984; Duran, 1986), es un tema que se analiza en la presente investigación. Imágenes y estereotipos descritos por las propias enfermeras/os, en el transcurso de las últimas décadas, es un elemento que ayuda a determinar en el proceso de profesionalización, los valores que desarrollan con mas intensidad, y los valores que emergen. Se trata de analizar también los rasgos de la práctica médica que influyen en la construcción de la práctica enfermera. Determinar en que medida esos factores, promueven, afectan y/o desvalorizan la práctica profesional enfermera. Profundizar en los valores y actitudes que sustentan la relación profesional de ambos colectivos. Las trayectorias médicas transcurren paralelamente a las trayectorias enfermeras/os, sus aportaciones son diferentes. En un contexto sanitario que necesita de la aportación y colaboración de ambos colectivos, el análisis de las actitudes profesionales que desarrolla la práctica médica, y como influye en la construcción de la imagen enfermera, es un tema de interes.

Finalmente se trata de analizar de forma global el papel profesional. Enfermería es una profesión inserta en un contexto social, complejo y cambiante; sociedad constituida por personas, con valores sociales, y elementos decisivos en la vida de los grupos humanos (Díez Nicolas, 1994). Analizar la evolución de esos valores, y la influencia en el proceso profesional enfermero, es progresar en la comprensión del objeto de investigación. Un aspecto destacado es el análisis de la redefinición de los espacios profesionales en las últimas décadas. A través de su evolución, de los espacios emergen, los que se mantienen, o los que desaparecen, conocer el significado, el papel social y la influencia de todo ello sobre la identidad del colectivo, es sustancial. Ante las necesidades de la población, el análisis de los valores sociales, que el colectivo profesional desarrolla es inherente a la propia investigación que se presenta. Puesto que al inicio del siglo XXI, el ejercicio profesional debe de desenvolverse en entornos cambiantes, y complejos (Dominguez Alcón, 2001; Grispun, 2001).

Delimitación del problema de investigación

Los cambios que se producen en el desarrollo disciplinar enfermero, en las últimas décadas, llevan a plantear la presente tesis/investigación, que se centra en los valores y actitudes como parte del análisis de la identidad profesional de las enfermeras y enfermeros, en base al conocimiento sociológico⁴, sobre el papel de las profesiones en el mundo post-industrial, y las teorías sobre valores sociales y profesionales.

La disciplina enfermera se enmarca a través de cuatro fenómenos abstractos y generales: la persona, la salud, el entorno, y el cuidado, que proporcionan una perspectiva universal de la profesión (Fawcett, 1984⁵). Estos fenómenos son la base para el desarrollo de modelos conceptuales y teorías. Tienen en común que se apoyan en valores de carácter posmaterialista, y sustentan la práctica profesional.

El punto de partida de la presente investigación es la dificultad de comprensión, en profundidad, de la evolución del colectivo en las últimas décadas. Ese avance ha sido intenso. No obstante, al inicio del siglo XXI, es escaso el reconocimiento social, en relación al servicio básico, esencial y continuado, en diferentes ámbitos de la salud, que ofrece el colectivo enfermero.

El análisis de la profesión enfermera se realiza a través de su identidad profesional. La identidad profesional se caracteriza por la asunción de valores y actitudes profesionales, además de conocimientos y habilidades específicas. Específicamente es el proceso y sentimiento de “ser enfermera”, en contraposición a “trabajar de enfermera” (Domínguez Alcón, 1986; Öhlen, 1998; Solveig, 1997; Cohen, 1987). Diversos estudios, sobre la profesión enfermera, se desarrollan, desde una perspectiva sociológica. Concretamente en Europa, diversas investigaciones empiezan en la década de los años setenta, profundizan en temas relacionados con la profesión enfermera⁶. También en España se estudia de forma intensa la profesión (De Miguel, 1976, 1978, 1983; Domínguez Alcón, 1979, 1981, 1983, 1986, 2001). En general, se otorga un papel esencial a los valores y actitudes profesionales. Los valores se definen como una manera de ser, o de obrar que una persona o colectividad juzgan ideal (Rocher, 1973). Los valores profesionales confieren identidad y cultura de excelencia, compromiso y servicio, al colectivo. Los valores profesionales están orientados a la práctica, se adquieren y consolidan actuando (Prósper, 2004).

En la década de los años noventa el 60% de profesionales sanitarios trabajan en 50 ciudades españolas (Foesa, 1994). A tenor de estos datos, se realiza la investigación sobre las enfermeras/os en Barcelona, importante ciudad en población y recursos sanitarios. En el año 2003 el total de colegiados en Barcelona es de 31.037⁷. El número total de enfermeras es de 27.238, y de enfermeros 3.799. Del total de enfermeras/os colegiadas están en activo 28.190.

⁴ En los referentes teóricos de la investigación, se desarrollan las aportaciones teóricas de algunos autores en la Sociología de las profesiones, en las últimas décadas.

⁵ Estudio realizado por Fawcett en el año 1989. Citado por Kerouac (1996).

⁶ Fuente: En el prologo de la edición castellana de la Dra.Carmen Domínguez Alcón, en el libro *La enfermera y su identidad profesional* (1987) de Helen A. Cohen. Realiza una revisión de los estudios sobre la profesión enfermera, desde una perspectiva sociológica se han realizado. Entre otros se cita los autores: Smith, 1976; Dingwall, 1978; Cox, 1981; Colliere, 1982; Bond y Bond, 1986.

⁷Fuente: Colegio oficial de Enfermería de Barcelona.

La presente investigación se realiza en Barcelona. Los datos esenciales sobre el colectivo de enfermeras y enfermeros, se recogen en el Colegio de esa capital. En España, desde el año 1945, y de forma continuada se exige a las enfermeras/os colegiarse para ejercer la profesión. Ese requisito obliga a las enfermeras/os acreditar los estudios realizados (Domínguez Alcón, 1986; Fernández Ferrín, 1995). Los colegios profesionales, recogen diversos datos sobre el colectivo profesional, concretamente sobre las actividades laborales.

En el año 2005 convergen una serie de elementos externos al colectivo, como son: la Ley de Ordenación de las profesiones Sanitarias (LOPS), la instauración progresiva de la carrera profesional en las organizaciones sanitarias, la aprobación de la Ley de especialidades, la ampliación de los estudios enfermeros a nivel de licenciatura, master y doctorado. Estos elementos posibilitan un marco único para consolidar los valores profesionales, y en consecuencia consolidan la identidad profesional del colectivo.

Objetivos

Comprender la realidad socio-cultural de la práctica enfermera actual, a través del análisis de los valores y las actitudes, que integran la identidad profesional.

Objetivos específicos:

1. Identificar las tendencias de redefinición de los espacios profesionales propios, en el transcurso de las últimas tres décadas. Dado que son espacios que se modifican y cambian, unos espacios emergen, se crean, otros se mantienen, o desaparecen.
2. Determinar la estructura en género, edad y estatus social de las enfermeras/os en las distintas trayectorias profesionales, muestra la situación global del colectivo profesional.
3. Profundizar en los factores de mayor impacto en la profesionalización, que es esencial determinar los elementos que favorecen, o no facilitan el avance profesional.
4. Analizar los valores y las actitudes del colectivo, y su impacto en los diferentes ámbitos de la práctica profesional. La identificación y el desarrollo de los valores en la práctica profesional, es el objetivo central de la presente investigación. Los sistemas de valores son los elementos fundamentales que contribuyen a la comprensión de la profesión enfermera, y su papel social. Los valores y las actitudes definen la identidad profesional del colectivo enfermero, y es a través del análisis de esta identidad, que se trata de comprender la realidad socio-cultural de la profesión enfermera.
5. Analizar el valor social de los cuidados, y la imagen social de las/os enfermeras/os. La evolución de la autoimagen profesional enfermera en las cuatro últimas décadas es relevante, e intensa, y se muestra el proceso de profesionalización del propio colectivo.
6. Analizar el papel del Estado en el desarrollo profesional, a través de leyes y documentos, es una parte fundamental para comprender la evolución del colectivo.
7. Identificar las características que definen la relación con otros profesionales. Son elementos que contribuyen a la construcción de la imagen profesional enfermera.

Hipótesis

La hipótesis de partida en la presente investigación es la convicción de que el elemento fundamental para el desarrollo de una profesión es una identidad profesional fuerte, que se caracteriza por la adopción de valores y actitudes profesionales, además del conocimiento experto, y habilidades propias.

En la práctica enfermera existen diferentes factores que no favorecen la adopción de una identidad profesional fuerte: la desvalorización social de los cuidados; escaso desarrollo de la carrera profesional; condiciones de trabajo precarias; posición ambivalente del Estado sobre el colectivo, que parece apoyar el desarrollo profesional. Sin embargo, el propio Estado tarda más de cuatro décadas⁸, en legalizar las competencias profesionales⁹, y aportaciones del colectivo enfermero al ámbito de la salud y el desarrollo curricular de la disciplina, en los diferentes niveles de formación universitaria y de especialidad.

Estos elementos explican el mantenimiento de una identidad enfermera débil que se relaciona además con la diferencia de género en la profesión, considerada tradicionalmente como una “profesión femenina”, y la realidad constata la presencia mayoritaria de mujeres en la misma.

⁸ La Ley de regulación de las competencias profesionales de las enfermeras y enfermeros, anterior al 2003, es del año 1960, (2319/1960). Esta Ley regula la competencia profesional de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, practicantes, comadronas y enfermeras, establece la dependencia jerárquica con el estamento médico.

⁹ El 19 de noviembre del año 2003 se publica la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Esta Ley tiene como finalidad dotar al Sistema Sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, tanto en la vertiente pública como en la privada, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud. En esta Ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.

2

REFERENTES TEÓRICOS

2. Referentes Teóricos

Los referentes teóricos de la presente investigación se sustentan en tres ámbitos que le fundamentan y proporcionan soporte: (1) enfermeras y enfermeros; (2) profesiones; y (3) valores sociales y profesionales. Profundizar sobre la profesión *enfermera* permite plantear diferentes aspectos de la práctica profesional. Se analiza: (a) la naturaleza del cuidar; (b) las personas receptoras de cuidados; (c) la identidad profesional; y (d) los elementos clave en la práctica profesional. Sobre el concepto *profesión* desarrollado desde la Sociología se profundiza en los siguientes aspectos: (f) la génesis del modelo profesional; (g) los estudios más relevantes sobre profesiones a lo largo del siglo XX; (h) y los rasgos de las profesiones sanitarias. El último referente teórico que analiza la presente investigación se centra en los *valores sociales y profesionales*. Se parte de un análisis general sobre (i) la conceptualización y naturaleza del término valor, sus componentes y funciones; (j) el análisis de los valores en la sociedad actual y la formación en valores; (k) se profundiza sobre los valores profesionales y en las organizaciones; y (l) por último los elementos sobre el estudio empírico de los valores.

Enfermeras y enfermeros

En la presente investigación se profundiza sobre los valores y actitudes de las enfermeras y enfermeros, como base de la identidad del colectivo profesional. Existen diferentes aspectos que configuran la realidad socio-cultural de la práctica enfermera. Los temas a los que se concede prioridad en la presente investigación son: (1) la naturaleza del cuidar; (2) las personas receptoras de cuidados, (3) la identidad profesional; y (4) los elementos clave en la práctica profesional.

Naturaleza del Cuidar

Profundizar en la disciplina enfermera, requiere reflexionar sobre la esencia de la profesión, y la naturaleza del cuidar. Sin embargo, en la actualidad, no solo las enfermeras/os cuidan, pero es el cuidar que sintetiza y da sentido a la palabra enfermera. Cuidar es una noción familiar, sin embargo, resulta difícil definirla, con palabras comprensibles y medibles, tiene además diversos usos lingüísticos (Domínguez Alcón, 1989:25). Epistemológicamente el término cuidado implica: pensar, reflexionar respecto a una preocupación por un problema pasado, presente o futuro (Siles, 1997:38). Significado acorde con los métodos requeridos para ofrecer unos cuidados altamente cualificados, pero lejos del significado que durante años prevalece, más cerca del “saber hacer”, que del “saber”. El objeto de conocimiento enfermero, esta delimitado por los cuidados y el sistema de necesidades de las personas es su fuente de conocimientos. Los conceptos de: persona, salud, entorno y cuidados, forman parte de la estructura básica sobre la cual progresa el conocimiento enfermero (Kérouac, 1996: 2).

La naturaleza del cuidar está íntimamente ligada a la naturaleza humana, es el primer acto de vida. Cuidar es el proceso social que forma parte de la propia experiencia, ayuda a la supervivencia y hace posible la existencia, los cuidados son transmitidos y prodigados por las manos, por el tacto y el contacto cuerpo a cuerpo (Domínguez Alcón, 1989:25; Colliere, 1996:9,14). En la cultura Mediterránea, a través de un mito sobre la creación, se manifiesta

como el cuidado está en la génesis del ser humano¹⁰. Los griegos utilizan un expresión intraducible que designa la actitud de cuidar: “Epimelea” originaria actitud de consideración y de acción, de conocimiento y amor (Torralba, 1998, 2002).

El término cuidado, incluye los aspectos psicosociales y los aspectos profesionales y técnicos (Lea, 1998: 625). Entre los elementos que configuran la relación social del cuidar se encuentran: la reciprocidad, obligación, responsabilidad, decisión sobre la salud y el bienestar de las personas. Como trabajo el cuidado es complejo y diversificado, muchas veces “invisible” por la dificultad de especificar la complejidad emocional y material que incluye (Fajardo, 2004; Garcia Bañon, 2004; German Bes, 2004; Cano-Caballero, 2004; Valls, 2004). En la base del discurso ético, está el descubrimiento del cuidar como valor, puesto que ni en la bioética o ética de la vida, el valor del cuidado se contempla como parte fundamental. De los tres valores de la Revolución Francesa dos: la Igualdad y la Libertad, son centrales en la concepción de la Justicia y de los Derechos Humanos. En cambio la Solidaridad/ fraternidad¹¹ queda como una actitud desarrollada en privado, y por tanto solo de las mujeres. Actualmente la proliferación de ONG, y personas voluntarias que desarrollan la fraternidad/solidaridad, la bondad, el cuidado, muestran la alta valoración de estos aspectos en las sociedades (Camps, 1998:69-81).

En la naturaleza del cuidar podemos subrayar las siguientes ideas centrales: la responsabilidad y la interacción. La responsabilidad implica: estar presente, estar cerca, el respeto, el sentir con y desde la persona cuidada, en su singularidad y especificidad (Domínguez Alcón, 2001: 256)¹². La interacción es una relación personal de carácter asimétrico, al considerarlas personas distintas, pero al mismo tiempo esta interacción es simétrica en el orden ético, la relación interpersonal lleva consigo el tener tacto, aportar una ayuda discreta, humanizar la tecnología, ser firme, enseñar y ayudar a superar el sufrimiento (Torralba, 1998:306, 2002; Forrest,1989:820).

De la génesis del cuidar, parten dos grandes ejes: el asegurar la continuidad de la vida y el hacer retroceder la muerte, luchar contra lo que provoca la muerte (Colliere, 1996:9). En la cultura occidental tiene mayor valor social el segundo eje, su objetivo es curar, a través de los tratamientos, estos sustituyen a los cuidados que son considerados accesorios, dejando de tener las propiedades terapéuticas que aportan. Uno de los factores que incide en la opacidad de una parte de la práctica enfermera tiene su origen en la naturaleza misma de los cuidados, son actividades no visibles, no se les presta atención por su carácter cotidiano (Teixidor, 1997,

¹⁰ La narración mitológica sobre la creación dice así: “Un día, mientras Cuidado atravesaba un río, se detuvo y después de reflexionar, cogió un poco de lodo y empezó a formar la figura del ser humano. Mientras meditaba sobre lo que había realizado, llegó Júpiter, y enseguida Cuidado le rogó que impartiese un soplo de vida al ser que había formado. Entonces Cuidado manifestó su deseo de poner su propio nombre al ser humano, pero Júpiter insistió en ponerle el suyo. Mientras Cuidado y Júpiter discutían sobre esta cuestión, apareció Tierra y declaró que su nombre era el que debía llevar el ser humano, ya que era ella la que había dado su cuerpo para moldear la figura. Después de un tiempo, los tres participantes en la disputa acordaron someterse al juicio de Saturno. Y este fue el fallo de Saturno: Júpiter, que había insuflado el espíritu o alma al ser humano, recuperaría dicha alma después de la muerte, y eso le bastaría a Júpiter. Puesto que tierra le había dado su propio cuerpo, a ella le sería devuelto después tras la muerte; y de nuevo Saturno manifestó que eso sería suficiente para ella. Finalmente, añadió Saturno que puesto que Cuidado fue el primero en formar al ser humano, fuera el que lo poseyera y soportara durante toda la vida” (Torralba, 2001: 310).

¹¹ Victoria Camps utiliza la palabra solidaridad, en lugar de fraternidad. Fraternidad explica que es un término en desuso, especialmente en los discursos feministas.

¹² Es la idea que desarrolla la Dra. Carmen Domínguez Alcón en *Construyendo el equilibrio: mujeres, trabajo y calidad de vida*(2001), a propósito de los padres que cuidan.

2002). Estos dos conceptos cuidar y curar, han de ser considerados procesos complementarios, valorados socialmente, puesto que las personas podemos vivir sin tratamientos, pero no sin cuidados (Colliere, 1996:12). Cuidar es un fenómeno universal expresado en acciones, y esas acciones son diferentes, según las diferentes culturas, por parte de quienes dan los cuidados y de quienes los reciben, según las percepciones, experiencias y significados (Domínguez Alcón, 1989:25).

Una de las variables que repercute en la calidad de los cuidados, que ofrecen las enfermeras/os a la sociedad, es el contexto cuidador, categoría fundamental en el acto de cuidar, los dos elementos que lo integran son: el espacio y el tiempo. En un espacio anónimo, como la mayoría de centros asistenciales, la persona, que se encuentra en situación de vulnerabilidad, se halla completamente desamparada. Los no espacios son definidos como lugares sin personalidad ni historia, en ellos el ser humano tiene la sensación de enorme frialdad, si se añade a esta situación, la aceleración temporal de la vida sanitaria, se erosiona gravemente el arte de cuidar (Torralba, 1998: 25).

Personas receptoras de cuidados

En la reflexión sobre el cuidar y las personas que cuidan, enfermeras/os, (entre otros profesionales) no puede faltar la expresión, opinión de las personas receptoras de cuidados. Las personas no solo padecen una enfermedad, sino que también cuenta como se sienten, sus tristezas e incertidumbres y los cambios que experimentan en sus cuerpos a causa de la enfermedad (Jaramillo, 2004: 29). Las percepciones que tienen las personas de los cuidados, y de las enfermeras/os son expresadas como sensación /emoción, deseo que pongan en práctica los conocimientos para resolver la situación en que se encuentran. Se les tenga en cuenta como personas. Y finalmente manifestada como deseo de que identifiquen sus necesidades y les ayuden a satisfacerlas (Domínguez Alcón, 1989:27). Estas opiniones, percepciones convergen con las ideas surgidas de la misma naturaleza del cuidar.

En la década de los años noventa, una parte de la población aun continua denominando Ayudante Técnico Sanitario¹³ a las enfermeras/os. Consideran que las tareas propias del colectivo son técnicas y administrativas. Se desconoce en gran medida la autonomía profesional, se percibe que aumenta el nivel de los conocimientos que poseen. Se reconoce la confianza que ofrecen y la importancia de su labor (Vazquez,1997:21). En el año 2003, un estudio sobre la imagen de las enfermeras/os en Asistencia Primaria, que manifiestan las personas receptoras de cuidados, es positiva. Alto grado de competencia profesional, actividades técnicas y de apoyo adecuadas. La aceptación se basa en la relación humana: calida y empática (Nieto, 2003: 17). Aunque las enfermeras/os están bien valoradas, otro estudio sobre los motivos que llevan a las personas usuarias a acudir a la consulta de enfermería, muestran que la población desconoce, en gran medida, cual es el servicio específico y esencial que prestan las enfermeras/os en Asistencia Primaria (Agudo, 2002:107). La percepción del cuidar, y la imagen profesional enfermera desde las personas receptoras de cuidados, en general, se relaciona con aspectos técnicos y tareas administrativas. Por tanto cabe preguntarse si las enfermera/os saben o llegan a transmitir el valor de los cuidados en los que son las expertas/os?

¹³ Exactamente de 455 noticias aparecidas en prensa en el periodo 90-92, se denomina ATS en un 24,74% del total (García Padilla, 1997:69).

Identidad profesional

La identidad profesional de los enfermeras/os es percibida, por ellas mismas, como parte integral de la identidad personal, y la existencia de esta identidad personal, es un prerrequisito para el desarrollo de la identidad profesional (Öhlén, 1998:720). La identidad profesional es la percepción individual de las enfermeras/os en el contexto de la práctica enfermera. Descrito como la experiencia y sentimiento de “ser enfermera” en contraposición es “trabajar como enfermera”. El desarrollo de la identidad profesional es un proceso de equilibrio entre los atributos de profesionalidad externos e internos. En este proceso la fuerza central de motivación personal consiste en voluntad, agudeza, ingenio y habilidad. El desarrollo profesional es clave para incrementar la autoestima. Esta autoestima también se incrementa cuando enfermeras y enfermeros, desarrollan una profunda valoración de su trabajo y compromiso personal. La responsabilidad asumida es el resultado de la identidad profesional bien desarrollada. Entre los valores centrales y básicos que configuran la identidad profesional se encuentran: el altruismo; la ética del cuidar; y el respeto a la persona (Solveig, 1997:435).

La identidad profesional se adquiere, cuando una persona se integra en un colectivo profesional, y adopta no solamente los conocimientos y habilidades de la profesión en cuestión, si no que, además, adopta los valores y las actitudes que la caracterizan (Vila Blasco, 1997:68). La construcción de la identidad profesional resulta de la articulación entre la identidad individual y la identidad colectiva (Boittin, 2002: 71). El proceso de socialización profesional es un proceso de adquisición de identidad, de desarrollo de sentimientos de pertenencia, y es esencial para desarrollar una identidad profesional consolidada. En el proceso de socialización es, donde se integran los conocimientos, normas, valores, y cultura de la profesión. Especialmente los atributos del cuidar, atributos que son adoptados por las enfermeras/os profesionales.

En la socialización profesional del colectivo enfermero, en EEUU, en la década de los años ochenta, se identifican los problemas que obstaculizan el proceso de formación de una identidad profesional fuerte. Entre los más significativos están: el *mantenimiento del estatus de sumisión* de las enfermeras/os, que suman al tradicional rol de sumisión de las mujeres, un nuevo rol de sumisión profesional a la autoridad médica (aunque teóricamente no sea así); Los estudiantes adquirieron durante el proceso educacional, los *valores profesionales que entran en conflicto con los valores del ambiente laboral*, precisamente, es uno de los motivos que detectan para explicar la alta tasa de abandono profesional cuando terminan los estudios. *La falta de autonomía dentro del hospital* en la planificación y ejecución de los cuidados. Finalmente la *escasa base de conocimientos propios*, factibles de ser aplicados en la práctica profesional. También se constata que la mayor parte de los estudiantes no están preparados para las exigencias emocionales y técnicas del rol de enfermera No terminan de establecer su propia identidad, y abrigan la esperanza que la carrera sea una guía que les permita salir del caos de la adolescencia (Cohen, 1988). Aunque son datos obtenidos en otro país, el convencimiento y la experiencia personal, permiten afirmar que no están tan alejados de la realidad española, que como parte de país del mundo “occidental”, permite identificar algunos factores que influyen en la asunción de la identidad enfermera. Los/as estudiantes precisan algo más que la pura formación académica para crear una verdadera socialización profesional.

Elementos claves en la práctica profesional

Desde el año 1955, las enfermeras españolas constituyen el colectivo más numeroso del ámbito sanitario (Domínguez Alcón, 1986:182). En el año 1993¹⁴ en Catalunya, el total de profesionales enfermeros es de 10.159, de ellos 5023 en Asistencia Hospitalaria. En el año 2002, aumenta considerablemente el número de profesionales, son 18.115 enfermeras y enfermeros que trabajan en el ámbito hospitalario, en Catalunya¹⁵. En Barcelona en el año 2003, el número total de colegiadas/os es de 31.037, y de ellos 28.190 permanecen en activo¹⁶. En Catalunya en el año 2003 se contabilizan 5,09 enfermeras/os por 1.000 habitantes. La media de edad de la población enfermera es en un 53% menor de 40 años de edad, un 30% entre 40 a 50 años de edad, y un 17 % de más de 50 años de edad¹⁷.

La definición de la “práctica enfermera”, según el *Consell Assesor d’infermeria* de Catalunya, comporta el desarrollo de las actividades de cuidados que corresponden al rol autónomo de la enfermera/o, y de aquellas actividades de colaboración interrelacionadas con las actividades de otros profesionales, que integran el equipo interdisciplinario de salud. Los dos roles son importantes y configuran el papel esencial de las enfermeras/os en el ejercicio de su práctica profesional¹⁸.

Los elementos clave de la práctica profesional que se desarrollan en este capítulo son: (a) la precariedad laboral; (b) las disposiciones legales y profesionales en las últimas décadas; (c) el desarrollo de la enfermería teórica; (d) el reconocimiento social; (f) el género en la profesión; (g) la investigación; y (h) la formación.

La precariedad laboral es uno de los factores que frena la consolidación del proceso de profesionalización. La situación de precariedad laboral de las enfermeras/os, especialmente de aquellos que inician su trabajo: reducción constante de las plantillas, y dificultad en acceder a un puesto de trabajo fijo, salarios bajos, poco acordes con el trabajo que se realiza, dificultad de los turnos, horarios y sistemas de trabajo (Prieto, 2002:65). En el año 2004 según estudios recientes del sindicato SATSE, el paro entre las enfermeras/os se acerca al 5%, y una de cada cuatro se ve obligada a alternar contratos temporales y meses de inactividad¹⁹.

Las disposiciones legales y profesionales recientes²⁰, favorecen al colectivo. Las enfermeras/os a pesar de su larga trayectoria histórica no gozan todavía de un espacio epistemológico y disciplinar indiscutible. El espacio profesional que defienden las enfermeras/os en sus discursos en los últimos años, culmina al inicio del siglo XXI, con la publicación de diversas disposiciones legales y profesionales. Son indicadores que muestran la oportunidad profesional de avanzar hacia la excelencia del cuidar. La posición del Estado que se mantiene ambivalente respecto al colectivo profesional, especialmente en la segunda

¹⁴ Fuente: Guilera, Amelia (1994).El personal d’infermeria de l’Institut Català de la Salut. Estudi 1993.

¹⁵ Fuente: Información estadística de la asistencia Hospitalaria. Catalunya 2002.

¹⁶ Fuente: Colegio oficial de Infermeria de Barcelona.

¹⁷ Fuente: Llibre blanc de les Professions Sanitaries. Generalitat de Catalunya.2003. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

¹⁸ Fuente: “La professió d’infermeria”Consell Assesor d’infermeria. CatSalut.

¹⁹ Información difundida por “El País”, 30 de mayo del 2004; pp. 42. “Los problemas de la enfermería” de Oriol Güell.

²⁰ 2001 España: Real Decreto de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE 9 noviembre.

2003 España: LOPS Ley de ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE 19de noviembre.

2003 Catalunya: *Llibre blanc de les Professions Sanitaries*.Departament de Sanitat i Seguretat Social.

mitad del siglo XX, parece que tiende a favorecer el proceso de profesionalización y autonomía del colectivo.

La disposición legal vigente hasta el año 2001 sobre las competencias del colectivo enfermero: Ayudantes Técnicos Sanitarios, comadronas, practicantes y enfermeras, es de la década de los años sesenta. En ese Decreto²¹ establece la dependencia jerárquica con el estamento médico, y es el que ha estado vigente durante casi cinco décadas. Aunque en el marco formativo, en la década de los años setenta, y posteriormente los años noventa, se definen las directrices claves de los nuevos planes de estudio, y su incorporación a la universidad²². Los nuevos contenidos de la enseñanza capacitan a las enfermeras/os para desarrollar autonomía en la aplicación de los cuidados enfermeros. Pero estos contenidos formativos no generan a nivel legal su definición (Ramió, 2002: 295).

La *Ley General de Sanidad* del año 1986, recoge el papel de los profesionales sanitarios, aunque en el caso de las enfermeras/os la descripción que incluye respecto a su papel profesional es ambiguo (Noval, 1997:76; Vila Blasco, 1997:65). No obstante esa ley reconoce un posterior desarrollo de las competencias de las profesiones sanitarias. En Catalunya a partir de la *Llei d'Ordenació Sanitaria*, en el año 1990, se da un nuevo impulso al establecimiento competencial de una parte del colectivo profesional: las enfermeras/os en Asistencia Primaria. A finales de la década de los años noventa, el *Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut* (CCECS), aprueba un documento sobre las competencias de la profesión enfermera²³, a propuesta del colectivo enfermero. Este documento identifica, de forma extensa, el papel social y profesional enfermero. Sin embargo, este instrumento no tiene carácter legal, y se circunscribe al ámbito catalán.

Al inicio del siglo XXI, concretamente en el año 2001, un Real²⁴ Decreto sobre la profesión enfermera, define los principios del ejercicio profesional, la calidad y la excelencia de la práctica profesional. Se identifican cuatro funciones propias: (1) asistencial, (2) investigadora, (3) docente y (4) gestora. Se reconoce la autonomía profesional, valor emergente en el seno del colectivo (Ramió, 2002:295). En el año 2003, la *Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias*²⁵ (LOPS) actualiza las competencias de las enfermeras/os, en base a su formación universitaria. En Catalunya, en el mismo año 2003 se publica el *LLibre blanc de les professions Sanitàries*²⁶. En el mismo se analiza la realidad sanitaria y la articulación en el *Sistema de Salut* de las distintas profesiones sanitarias. La construcción social de la profesión enfermera en España y Catalunya, con el impulso legal de los últimos años, avanza hacia la excelencia del cuidar en las próximas décadas.

El desarrollo de la *enfermería teórica* comienza sus pasos a mitad del siglo XIX, liderado por enfermeras de los Estados Unidos y Canadá. Los marcos y conceptos generados por el colectivo y utilizados en la práctica profesional, se clasifican en tres grandes paradigmas o corrientes de pensamiento: (a) categorización, (b) integración, y (c) transformación (Kerouac,

²¹ Fuente: Decreto 2319/1960.

²² Fuente: Decreto 77/453 y Real Decreto 1466/1990.

²³ Fuente: Competencias de la professió enfermera. CCES 1998.

²⁴ Fuente: Real Decreto de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería. Publicado en el BOE el 9 de noviembre del año 2001.

²⁵ Fuente: Ley de ordenación de las Profesiones Sanitarias, publicada en el BOE el 19 de noviembre del año 2003.

²⁶ Fuente: LLibre Blanc de les Professions Sanitàries. Generalitat de Catalunya. 2003. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

1996: 3). La multiplicidad de perspectivas teóricas en la disciplina enfermera se debe, según Afaf Meleis, a que las respuestas humanas son diversas y complejas, y que las enfermeras/os tienen sus propias preferencias seleccionando teorías congruentes con su propia ética y valores, formación, y su historia personal (Meleis, 1992, 4). El progreso teórico, de bases conceptuales, se complementa con el desarrollo de la metodología enfermera y de la taxonomía diagnóstica. La *metodología enfermera*, concretamente el proceso de atención de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas, a los cuidados de enfermería (Fernandez Ferrín, 1995: 198). Los *diagnósticos de enfermería* se definen como el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales y problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de que la enfermera es responsable (NANDA, 2003:271). Aunque existen diferentes clasificaciones diagnósticas, el sistema más utilizado y desarrollado es el del organismo internacional NANDA²⁷ (Fernandez Ferrín, 1995: 237). En España y Catalunya la aportación teórica enfermera en los últimos diez años es importante. Se destaca un proyecto de investigación desarrollado por diferentes grupos de trabajo de las distintas Comunidades Autónomas, es el *Proyecto de Norma de Enfermería (NIPE)*²⁸. El proyecto de normalización de intervenciones para la práctica enfermera tiene el objetivo de estandarizar las intervenciones, actividades y procedimientos y/ o técnicas de actuación en enfermería adaptándolos a las características del contexto, para mejorar la calidad. Esta basado en el *Sistema de Clasificaciones GDR* (Grupo de Diagnósticos médicos Relacionados).

El reconocimiento social de la práctica enfermera es escaso. Las/os profesionales en las últimas décadas tienden a perder su capacidad de autovaloración positiva, de estimación propia. En el año 1992, un 40 % del colectivo, indica que no volvería a elegir ser enfermera/o²⁹. Más una década después, en el año 2003, un 60% de las enfermeras/os de Barcelona³⁰ opinan que falta prestigio social de la profesión. Por tanto se mantiene ese bajo reconocimiento social del colectivo, lo cual es un factor que repercute en la identidad profesional. Otros elementos que no favorecen el desarrollo profesional son: (a) la lenta implementación de la carrera profesional en los centros asistenciales; (b) las escasas posibilidades de promoción; (c) el desarrollo lento de especialidades enfermeras. Un factor identificado, en el seno del colectivo, es la marginación a la que las propias enfermeras/os someten a sus propios colegas. A las enfermeras/os les cuesta reconocer la valía de sus colegas, es un hecho sistemático que dificulta que personas destacadas en la profesión susciten el respeto de todos los demás profesionales (Alberdi, 1997:79) (Mompert, 1996:9). La escasa visibilidad de los cuidados y de las personas cuidadoras, en la sociedad, es también, un hecho que repercute en la identidad, e imagen profesional. En la práctica enfermera los cuidados se componen de distintas acciones. Los *cuidados técnicos* relacionados con los tratamientos médicos tienen reconocimiento social, y profesional, mientras que los *cuidados invisibles* que acompañan al acto médico, que son esenciales e imprescindibles y que desarrollan las enfermeras/os están infravalorados (Fajardo, 2004: 10).

La variable género es uno de los elementos que influye en la profesión. Género significa la manera en que cada sociedad concibe ser mujer, ser hombre y las formas de relación entre ambos (German, 2004: 7). En el curso académico 1997/98, la configuración de las carreras

²⁷ NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

²⁸ Proyecto NIPE: desarrollado por el Instituto de acreditación para el desarrollo de la enfermería y otras ciencias de la salud. Ministerio de Sanidad.

²⁹ Estudios del Consejo General de Enfermería, en el año 1992, sobre la situación del colectivo en España.

³⁰ Enquesta d'opinió juliol 2003. Col.legi oficial d'Infermeria de Barcelona.

universitarias, evidencian que enfermería continua siendo una profesión femenina con un total del 85% de matriculadas³¹. El estereotipo femenino en enfermería funciona y es reforzado por la ideología que rodea la profesión. Es un factor mas, que contribuye en las escasas cuotas de presencia en altos cargos o en puestos de alta responsabilidad conseguidas por el colectivo, dentro del sistema sanitario (Domínguez Alcón, 1990:73). El control y poder médicos se resisten a la participación de las enfermeras/os en las labores de planificación sanitaria. Aunque parece que a pesar de las diferencias de estatus profesional, las médicas comparten más la responsabilidad con las enfermeras/os, y rivalizan menos con ellas (Fajardo, 2004:10-11).

La imagen enfermera como “profesión femenina” esta aún marcada históricamente por dos ideologías dominantes: la concepción religiosa sobre los cuidados, y el discurso sexista sobre el rol social de la mujer (Domínguez Alcón, 1984:71; Garcia Bañon, 2004: 46). Esta situación, a inicios del siglo XXI, se ha de positivizar, son las propias mujeres profesionales las que han de contribuir hacer visible toda la aportación al mundo de la salud. En la profesión enfermera 8 de cada 10 enfermeras son mujeres (Fajardo, 2004:10). Diversos estudios recientes sobre género y enfermería, corroboran que el género influye directamente en la profesión al asociar a los cuidados no técnicos, las acciones consideradas femeninas por “naturaleza”, en consecuencia falta de medición y valoración económica, es un valor de consumo interno o privado. Los estereotipos de género se proyectan en el ámbito de la práctica profesional enfermera (Fajardo, 2004; Chamizo, 2004; Cano-caballero, 2004; German, 2004; Garcia Bañon, 2004).

La investigación enfermera esta en desarrollo. Se parte de la idea que la investigación es imprescindible en toda disciplina. Crecer en conocimientos con fundamentación científica, ayuda a mejorar la práctica profesional, en beneficio de la sociedad a la cual sirve. La investigación también es esencial porque profesionalmente se requieren respuestas, sobre problemas sociales complejos. Y finalmente en el ámbito de la gestión se necesita información contrastada sobre el coste- beneficio de la actividad profesional (Instituto Sanitario Carlos III, 1997:32). La investigación enfermera es joven, es en el ámbito internacional, en el año 1952, cuando empieza a publicarse la primera revista de investigación *Nursing Research*. En España la primera publicación de artículos enfermeros sobre reflexiones e investigaciones, es del año 1978, y actualmente se publican cerca de ochenta (Amezcu, 2003:10). En el ámbito mundial las enfermeras/os que investigan, tienen el grado académico de doctor, y la área fundamental de investigación es la clínica, y en segundo lugar la educativa. La psicología es la primera ciencia que aporta soporte teórico en los estudios, seguido de la fisiología (Cabrer, 1998:10).

Comparativamente la investigación española, está marcada por el número reducido de enfermeras/os con grado académico superior. Aun así los trabajos de investigación aumentan especialmente en los últimos años (Fernandez Lamelas, 2002: 59). Se publican 2.500 artículos, de los cuales 6.000 relatan investigaciones originales (Amezcu, 2003: 10). En las investigaciones realizadas por enfermeras/os la temática es diferente a la producida en el ámbito internacional. Se basan especialmente en temas sobre cuidados médico-quirúrgicos, materno-infantiles, y de Salud Pública, fundamentados en procesos biológicos (Ricoy, 1997:46). Institucionalmente, en el año 1987, el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) incorpora profesionales enfermeros en las Comisiones Técnicas de Evaluación. De los proyectos solicitados para ser financiados por el FIS, entre los años 1990 y 1995, un 2'1%

³¹ Datos publicados en el Periodico, Domingo 31 de mayo de 1999, pp.31.

están dirigidos por enfermeras/os (Fernandez Lamelas, 2002: 59). En el año 1995 el seminario REUNI (Red de Unidades de Investigación) determina las líneas de investigación en enfermería: (1) la evaluación crítica de la práctica enfermera; (2) los métodos para la adquisición y difusión de los conocimientos científicos por parte de los profesionales; y (3) la profesión enfermera, incluyendo temas relacionados con el colectivo profesional, sus ocupaciones y la provisión de servicios (REUNI, 1997:25).

La formación superior enfermera en España es esencial, entre otras razones, para potenciar la investigación, y crear un espacio de crecimiento disciplinar. En el año 2005, existen las bases para un proceso de creación de un *Espacio Europeo de Educación Superior*, en el que enfermería esta integrada (Duran, 2004:21). La formación enfermera según el modelo de Bolonia³², crea un primer ciclo de graduados generalistas adaptados al mercado laboral. A este primer nivel se conoce como los estudios de Grado o Licenciatura. Falta por determinar si constaran de 180 créditos europeos (ECTS), o 240 ECTS, al que puede añadirse, un segundo ciclo de postgrado o master que requiere un nivel de especialización (German Bes, 2004:56). Paralelamente a este proceso, se implementaran las especialidades enfermeras junto con las están en curso, en la actualidad: comadronas y especialistas en Salud Mental.

La formación está íntimamente ligada al avance de una profesión. A modo de ejemplo el proceso que instaura la licenciatura enfermera, en Córdoba (Argentina), desde el año 1968, es, para poder dar respuesta a la demanda de las instituciones que solicitan un personal cualificado en las áreas de docencia, investigación y administración de los servicios de salud, esto da lugar a jerarquizar la profesión según el grado académico alcanzado (Abdala, 1997:34). En España el proceso seguido para lograr la licenciatura y doctorado en enfermería, no es exactamente igual que en Córdoba, aquí la demanda viene articulada por el propio colectivo, para revertirlo en la mejora del servicio prestado.

Las precedentes consideraciones, relativas a los elementos que influyen en la disciplina enfermera, sintetizan las reflexiones sobre la realidad enfermera. Las enfermeras/os no cuestionan si enfermería es una profesión. La mayoría sostiene que se esta en un momento histórico de cambio, de transición, de búsqueda de identidad, de consolidación profesional. Las propuestas para avanzar profesionalmente están en la línea de cambiar la imagen profesional, instaurar, en la práctica, las competencias profesionales legalizadas. Reivindicar los derechos laborales, sensibilizar a los colectivos profesionales próximos. Conseguir enfermeras/os formadas en niveles superiores de formación enfermera, para profundizar y avanzar en la investigación. Demostrar que las intervenciones enfermeras, contribuyen de forma clara, específica y esencial en la salud de las personas (Teixidor, 2002: 9). Conquistar espacios en la práctica profesional, demostrando capacidad y eficacia, integrando la teoría y la práctica. Para ello es necesario trabajar en las tres líneas de construcción teórica de la disciplina: (1) *metodología científica*; (2) *teorías enfermeras*; y (3) *lenguaje profesional* con evidencia científica (Vila, 1997:69; Rousseau, 1997:74) Se defiende la idea de que las enfermeras deben tomar conciencia de sus raíces históricas, como punto de inspiración para poder mejorar la definición de los tipos de servicios que ellas/os pueden mostrar a la sociedad. También se sugiere la incursión de los profesionales en los nuevos canales de información. Todas estas reflexiones de avance se encaminan a lograr que el proceso de profesionalización siga en camino, para conseguir el reconocimiento profesional y social que realmente merecen

³² El espacio Europeo de Educación Superior conlleva el mandato del Consejo de Ministros Europeos (Bolonia 1999) de crear unas titulaciones equivalentes para la transparencia y la libre circulación de los estudiantes y profesionales (Germán Bes, 2004:49).

las enfermeras/os, porque aportan de forma dinámica y vanguardista la experiencia sobre los cuidados del ser humano (López Cid, 1997:1).

Las escasas posibilidades de promoción, levemente satisfechas con la instauración, en algunas organizaciones sanitarias, de la carrera profesional, es otro factor importante que limita al colectivo. La práctica profesional no solo consiste en aplicar tratamientos y protocolos derivados del conocimiento abstracto de otras disciplinas, también se aplican cuidados, fundamentados en paradigmas, que se empiezan a generar en la disciplina, en la segunda mitad del siglo XX. Resituarse *los cuidados* en los centros asistenciales es fundamental, como lo es ayudar a cambiar, o modificar la *imagen* profesional. Los profesionales enfermeros, son agentes no solamente necesarios si no imprescindibles (Teixidó, 1997:46). Las enfermeras y enfermeros son las únicas/os que tienen la clave para que socialmente se reconozca su trabajo, solo es necesario que comiencen a creérselo. Únicamente el que siente satisfacción en la realización de su trabajo, consigue para su profesión el reconocimiento propio y el de los demás.

Profesiones

A través de los estudios realizados desde la Sociología de las profesiones, se exponen y revisan a continuación los trabajos que aportan las ideas claves, para comprender el papel de las profesiones en la actualidad. Tres temas centran este capítulo: (a) la génesis de las profesiones; (b) las profesiones en el siglo XX; y (c) las profesiones sanitarias. Esta parte del análisis ofrece el soporte teórico que complementa, en la presente investigación, el apartado anterior.

Génesis de las profesiones

En la edad Media ya existen las profesiones liberales, como la medicina, el derecho y el sacerdocio, las tres, comparten un rasgo diferencial son profesiones cultas, a diferencia de las profesiones artesanales o gremiales. Las primeras asisten a las élites, las segundas a los pobres, de este modo, se institucionalizan las funciones sociales especializadas. Reproducen la estructura de desigualdad en el reparto de la riqueza y el conocimiento (Guillen, 1990:36). Dos sucesos históricos alteran este orden medieval: la *Revolución francesa* y la *Revolución Industrial*. En el siglo XIX el auge de las clases medias, elimina parcialmente el acceso por nacimiento o patronazgo a las profesiones aprendidas, establecen un sistema meritocrático de reclutamiento. En el año 1977, se atribuye el nacimiento de las profesiones, en sentido moderno, a la Revolución Industrial (Guillen, 1990:40). El desarrollo del capitalismo favoreció el crecimiento de las profesiones comunes, a expensas de los profesionales cultos de la Edad Media.

Las dos características de las profesiones modernas o de mercado aparecen a finales del siglo XIX: (a) monopolio sobre un corpus de conocimientos, susceptible de ser aplicado a la práctica; y (b) monopolio sobre un mercado de servicios profesionales. La gran mayoría de profesiones del siglo XIX, están situadas fuera del corazón industrial de la sociedad. (Rodríguez, 1992:10) De las aproximaciones clásicas sobre el estudio de profesiones destacan: (1) el análisis de Durkheim, que analiza la división social del trabajo en las sociedades avanzadas; (2) la aproximación de Marx, sobre la teoría de clases y la crítica al capitalismo. Además de que intenta establecer el carácter de las clases profesionales; y (3) los estudios de Weber sobre el modelo burocrático y la distribución del poder. Weber cree que, como expertos, las profesiones aportan conocimiento al poder, y son centrales en el proceso de racionalización, ya que facilitan formas de organización y dominación a través del conocimiento.

Profesiones en el siglo XX

Los intentos de estudiar las profesiones, de forma sistemática, tiene lugar en el siglo XX. Es la sociología anglosajona la que estudia, por primera vez, las profesiones: Spencer (1896), Carr-Sunders y Wilson (1933). El pensamiento sociológico de Spencer (1820-1903)³³, enmarcado en las teorías evolucionistas, describe el cambio social como el proceso a una mayor complejidad, mediante una progresiva diferenciación en áreas sociales. Se preocupa, fundamentalmente, de los cambios evolutivos de las estructuras e instituciones sociales. A medida que las partes de la unidad social se hacen diferentes, y los papeles sociales más diversificados, la interdependencia entre los miembros de la unidad aumenta. La creciente

³³ Josep A. Rodríguez, sintetiza las ideas aportadas por Spencer Herbert, en la Presentación del *Origen de las profesiones* (*Reis* 59/92: 313-325).

dependencia mutua de las sociedades más complejas, genera una mayor vulnerabilidad, y esto hace que se acelere la creación de sistemas reguladores para controlar y coordinar las acciones de las partes. Las profesiones proceden de la organización político eclesiástica primitiva. Al dividirse la eclesiástica, engendra el germen del profesionalismo. El requisito fundamental de las ocupaciones profesionales es de que se puedan dedicar, entre otros, al trabajo intelectual. Spencer plantea los temas centrales de análisis sociológico de las profesiones: la formación y el papel social.

Después de Spencer los precursores de lo que se denomina la Escuela Definidora, son: Carr Saunders y Wilson. Su obra: *The Professions*, es el primer intento de estudiar las características centrales de las profesiones. Utilizan para el estudio de las profesiones, la combinación de las dos metodologías características de este análisis: naturalismo y tipologías. Marshall representa la culminación de esta tradición. Piensa que las profesiones son signo de nuevo altruismo, que puede transformar el mundo social y político, del capitalismo industrial. Incluyen entre las características de profesión: un cuerpo de conocimientos al que el público no puede acceder. Autonomía y potencial para influir socialmente (Rodríguez, 1992: 11).

Después de la Segunda Guerra Mundial, la sociología norteamericana se convierte en la vanguardia mundial del estudio de las profesiones, siendo sus autores: Goode (1957), Wilesky (1964). Denominada Escuela Evolutiva, se caracteriza por su aproximación funcionalista al análisis de profesiones. Otros autores, académicos americanos, que pertenecen a ella son: Greenwood, Barber, Parsons (Guillen, 1992:11). Entienden que las profesiones, pasan por una serie de etapas, o procesos denominados de profesionalización. Las profesiones son definidas y medidas en términos de características estructurales y de actitud. Entre las características estructurales están: (a) la creación de una ocupación a tiempo completo; (b) la formación de asociaciones profesionales; (c) la elaboración de códigos de ética; y (d) la conquista de la autonomía necesaria para asegurarse el derecho exclusivo a la práctica profesional y evaluación del trabajo. Las características de actitud se centran en la utilización de la organización profesional como referencia principal, la creencia en el servicio a la comunidad, la asunción de la autorregulación, y la idea de llamada. El concepto de profesionalización representa la unión de las aproximaciones naturalista y tipológica, utilizada ya por sus precursores.

En la década de los años sesenta, Wilensky describe la *profesionalización* en cinco etapas: (1) la primera, se concreta en el periodo en el que el ejercicio de la profesión, se realiza sin un periodo previo de aprendizaje formal; (2) la segunda etapa incluye la organización de programas de enseñanza, que permiten controlar la entrada a la profesión y estandarizar su práctica. (3) Cuando la profesión cuenta con demasiados miembros para el mercado existente, los profesionales establecidos se asocian para proteger sus intereses, presionando para obtener una legislación favorable, de esta forma se establece la tercera etapa. (4) La cuarta etapa, viene determinada por la reglamentación de licencias obligatorias, para poder ejercer y la certificación profesional. (5) La adopción de un código formal de ética profesional, supone la consolidación profesional, correspondiente a la quinta etapa del proceso (Guillén, 1990:37).

En los años sesenta y setenta, surgen teorías que postulan la erosión del paradigma de profesional de mercado: las dos más sobresalientes son: la *desprofesionalización* y la *proletarización* (Guillen, 1990:41). Las décadas de los años sesenta y setenta, representan años de cambio social, en los que un nuevo modelo cultural nace, y en él, el público ya no está dispuesto a aceptar la autoridad, basada en el conocimiento, sino que desea ejercer mayor control sobre las profesiones. La tendencia general en la mejora de los niveles educativos, se

interpreta por los teóricos de la desprofesionalización como un fenómeno de reducción de la diferencia de conocimiento entre el profesional y el cliente. Esta hipótesis no ha encontrado fundamento empírico. La hipótesis de proletarización postula que el proceso de cambio ocupativo, desde el empleo por cuenta propia hacia el empleo asalariado, incide directamente sobre la naturaleza del profesional. Tampoco esta hipótesis raramente ha pasado de la contrastación empírica.

A finales de los años setenta, se sostiene que la expansión del aparato burocrático del Estado, es el factor más importante en la burocratización de las profesiones (Guillen, 1990: 36). La crítica más articulada de las teorías de proletarización es la de Freidson, él defiende que los profesionales, que trabajan en organizaciones, no pueden ser considerados como proletarios. Perciben salarios elevados, y mantienen un alto grado de control, sobre las calificaciones de acceso a la profesión, su formación y vocación, favoreciendo la posición privilegiada de negociación, dentro del sistema de relaciones industriales (Guillen, 1990:46). Perrow, en el año 1986, mantiene que la cuestión no estriba en el hecho de si el profesional es asalariado o no, sino más bien en su poder discrecional. Las organizaciones imponen dos vías para evitar que sus empleados disfruten de demasiada discreción a la hora de realizar su trabajo: desarrollar la lealtad o profesionalizar, ambas hacen que las personas sean más predecibles en sus comportamientos. Los profesionales se ajustan a las burocracias, porque dada su formación vocacional tienen reglas y normas de comportamiento adquiridas. La posesión de un conocimiento técnico y de una asociación o colegio profesional fuerte, son factores que explican el enorme poder de los profesionales asalariados en el seno de las organizaciones que los contratan (Guillen, 1990:50).

Al final de los años sesenta, uno de los primeros autores que utiliza el término de *semiprofesión*, para referirse a profesiones eminentemente femeninas, como enfermería, archivos, bibliotecas y magisterio, es Etzioni. La semiprofesión es definida como una ocupación, que no ha completado todos los pasos del proceso de profesionalización tal como lo define Wilensky (1964). La base de conocimientos es restringida, su autonomía es menor, están sujetos a la supervisión de otros miembros de la semiprofesión o de una profesión superior, y sus destrezas técnicas y rasgos de personalidad son compatibles, con las estructuras administrativas de las organizaciones complejas. En consecuencia, el estatus social y los privilegios son menores que en las profesiones (Guillén1990:42).

Las profesiones liberales son, a principios del siglo XXI, en gran medida, un fenómeno del pasado, en la actualidad, el mundo de las profesiones se encuentra mediatizado por un sistema capitalista, en el que las grandes empresas y el Estado establecen las reglas de juego (Guillen,1992:243).

Profesiones sanitarias

Las profesiones sanitarias constituyen uno de los pilares fundamentales para la prestación de servicios sanitarios y de salud (Guillén, 1990: 59). El Sistema Sanitario y sus profesionales se justifican por el hecho de estar al servicio de las personas y de los grupos de población que demandan que se atiendan sus problemas de salud (LLBPS³⁴, 2003: 1). Se caracteriza por su compromiso y el espíritu de servicio. Entre las profesiones sanitarias destacan: enfermeras/os, médicos/as, farmacéuticas/os, psiquiatras, psicólogos clínicos/as, y otras profesiones sanitarias (De Miguel, 1978:4). Tienen en común la tendencia de feminización creciente. Este aumento se constata a partir de la década de los años ochenta (Dominguez Alcón, 1990: 69). Según esta autora esta situación puede repercutir en algunos aspectos profesionales como autonomía y poder, ya que se ofrecen al colectivo oportunidades de desarrollo profesional a través de las diferentes aproximaciones al conocimiento.

En la segunda mitad de la década de los años setenta, Freidson, analiza la profesión médica. A través de este estudio argumenta que el estatus profesional que obtiene y mantiene una profesión, es gracias a la protección y al patrocinio de algún sector elitista de la sociedad. Este sector está convencido que el trabajo profesional tiene un poder especial. La profesión la ejercen un grupo de personas, que realizan un conjunto de actividades que proveen su principal fuente de recursos para la subsistencia; dichas actividades se las considera útiles y productivas. Reconoce y sostiene que la distinción más estratégica de profesión reside en la legítima autonomía organizada. A partir del estudio de la profesión médica, determina que la ocupación de enfermería es una ocupación *paramédica*, articula una crítica dura contra los componentes de este colectivo, que pretenden profesionalizar la ocupación (Freidson,1978).

En la década de los años ochenta, Freidson, analiza las profesiones a partir del proceso de institucionalización del conocimiento formal. La utilización del conocimiento formal por parte de los profesionales, puede interpretarse como ejercicio de poder. El concepto de profesión, no solo requiere que los miembros de las ocupaciones que las configuran, estén formados y educados en instituciones de educación especializada, la universidad. Además, deben estar organizadas en instituciones especiales destinadas a determinar e influenciar en la conducta y la dedicación de sus miembros, y configurar su identidad profesional. Estas son las condiciones que garantizan el dominio de mercado, de una profesión sobre las demás. Cuanto más independiente es este mercado profesional de otros mercados, y mayor capacidad existe en eliminar a los profesionales no competentes, más favorable es la situación de la profesión. Es importante identificar el papel del Estado y de las instituciones, como garantes del estatus de privilegio de una profesión y de las élites que lo forman. Cuanto más coincidente son la ideología específica de una profesión, con las estructuras ideológicas dominantes, más favorable es la situación de esta. La condición de monopolio viene garantizada por las instituciones de educación superior, los colegios y asociaciones profesionales y las corporaciones (Jovell, 1992:358). La base de esta relación de dominación y poder de las profesiones, se halla en la posesión asimétrica de conocimiento, entre el experto profesional y el cliente. Esta condición se fundamenta tanto en la confianza y reconocimiento de los clientes y consumidores, como en el respeto y la colaboración entre profesiones y miembros de una misma profesión. La denominación de estatus profesional, es solo, para aquellas profesiones que comparten un conjunto de características comunes, entre ellas su origen universitario, y su consolidación en las sociedades europeas preindustriales. Este estadio final solo es alcanzado

³⁴ Fuente: *Llibre blanc de les professions Sanitaries*, 2003. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

por determinadas profesiones. El concepto de estatus profesional, considera que no debe aplicarse a las múltiples ocupaciones profesionales.

En el análisis que Freidson realiza sobre las profesiones, y ya en la década de los años noventa, evalúa la validez y utilidad del desarrollo de una teoría de las profesiones. Cree que las definiciones que existen sobre profesión son muy vagas, y el énfasis sobre el concepto de profesionalismo, no soluciona el problema, sino que lo aumenta por vago e impreciso. El término profesión está intrínsecamente ligado con un periodo particular de la historia, y un número limitado de naciones. Dado el hecho histórico del término, es una etiqueta socialmente valorada, con la posibilidad de recompensas sociales, económicas, políticas, y simbólicas.

Otros autores argumentan que las profesiones están explícitamente orientadas hacia el mercado. Son organizaciones que intentan el dominio intelectual y organizativo de áreas de preocupación social. En las sociedades en que las profesiones dependen del mercado, su nacimiento, tiene como objetivo el control de mercado de servicios profesionales. Se utiliza la ideología del profesionalismo para la acción colectiva, buscando el apoyo del Estado para conseguir un refugio en el mercado y la protección ante la competencia (Rodríguez, 1992:13). Larson, contempla la profesionalización como un proceso evolutivo y cambiante a lo largo del tiempo y la historia. El grado de profesionalización de una actividad varía según el contexto político-social en el que se encuentre el sistema de profesiones. Es la historia la que determina el tiempo, las condiciones y las estructuras de este proceso. El proceso de profesionalización consiste, en la creación de un monopolio de mercado por parte de las profesiones. Las características de dicho monopolio son: (1) estandarización del producto ofrecido; (2) control en la provisión del mismo; (3) exclusividad del conocimiento; y (4) eliminación de posibles competidores del mercado.

Las condiciones y estructuras que determinan la creación y control de un monopolio de mercado en el proceso de profesionalización son: en primer término, la naturaleza del servicio producido, este servicio cuanto más universal, indispensable y de escasa transparencia, mejor favorece a la profesión. Segundo, el tipo de mercado, un mercado poco competitivo e independiente de los mercados de bienes y capitales, favorece la unicidad de la profesión. En tercer lugar, el tipo de consumidor, un cliente universal y poco organizado, facilita esta labor monopolizadora. Cuarto, las bases del conocimiento formal, es decir, cuantos más científicos son sus fundamentos cognitivos, su situación es más favorable. Quinto, en la producción o socialización de profesionales, el control del proceso educativo, maximiza la posición de poder de la profesión en el mercado. En sexto lugar, las relaciones de poder monopolista de una profesión, basado en la capacidad de crear y dominar un mercado y la afinidad con la ideología dominante. Las dos últimas condiciones, la producción de profesionales y las relaciones de poder, son las condiciones más importantes en el proceso de profesionalización (Jovell, 1992:360).

El estudio de las profesiones desde su relación con el mercado es realizado por Steven Brint a inicios de los años noventa. Concretamente este autor centra el estudio en los factores que influyen para que algunos profesionales y algunas profesiones están mejor situadas en el mercado y mejor pagados que otros. La cuestión de las diferencias salariales es importante, puesto que los profesionales y las profesiones modernas están extremadamente separados en cuanto a ganancias. Los trabajadores sociales y otros profesionales peor pagados, pueden encontrarse viviendo al día, perteneciendo a la clase media por educación, pero no por ingresos. El grado de importancia concedida al servicio ofrecido, su cercanía a las clases directivas y el grado de rigor y complejidad requeridos en una ocupación basada en el saber,

ayudan a explicar el grado de estratificación entre profesiones. Las fuentes de poder de mercado, están relacionadas principalmente con las oportunidades de ejercicio privado, el emplazamiento de las ocupaciones en el núcleo industrial-corporativo, su localización en el sector lucrativo, los monopolios en áreas de trabajo, y la composición por sexos (Brint, 1992:161-203).

En España la Sociología de las Profesiones sanitarias se abre camino, a través de un estudio general sobre la sociología de la medicina realizado por Jesús M. De Miguel (1978). Otra obra relevante es realizada por Martín Moreno, y Amando de Miguel (1982). Es fruto de la situación española en la década de los años sesenta, la sociedad rural ha dado paso a la sociedad urbana, con un paulatino aumento de profesionales y empleados no manuales. La tendencia económica de este cambio esta basada cada vez más en los servicios (De Miguel, 1998:51). En el estudio de estos autores, españoles, identifican siete apartados del modelo de profesionalidad: Primero ha de ser una ocupación técnica a plena dedicación, y apoyada en conocimiento abstracto. Segundo se ha de basar en la idea de servicio a la sociedad. Tercero ha de asumir el principio de autonomía. Cuarto, ha de estar organizada colegialmente o de forma corporativa. En quinto lugar, su compromiso ha de ser de carácter vocacional. Sexto, su actividad vendrá dirigida por un Código de ética y catálogo de cultura. Séptimo, la relación se establece entre cliente- profesional. Conceden una importancia especial al tema de las actitudes profesionales: “si la ocupación, sea cual sea, condiciona las actitudes y modos de pensar de los individuos, la diferencia cualitativa en el caso de las profesiones en un sentido más estricto es que este condicionamiento es casi total” (Moreno, 1982:35). En el estudio de la profesión enfermera, la aportación de la autora Carmen Domínguez Alcón, es esencial. En el año 1981 hace una análisis de la enfermería en Catalunya y en el año 1986 analiza *Los cuidados y la profesión enfermera en España*, entre las aportaciones principales en el estudio de las profesiones.

Los conceptos de sistema de profesiones y su estructuración en jurisdicciones, son aportados y analizados por Abbot (1988), analiza también, el poder que las profesiones ejercen. Argumenta que la base de este poder está en el conocimiento abstracto que generan. Las ideas más significativas de su obra están centradas en el sistema de profesiones, que determina los modelos de profesionalización de las ocupaciones. La jurisdicción produce la unión entre la profesión y las características de su trabajo. Un estudio del proceso de profesionalización, requiere el análisis de como se produce esta unión en el trabajo, como se incorpora a través de los elementos formales e informales de la estructura social, y cómo la interfase existente entre, las diferentes uniones jurisdiccionales, determina la historia de cada una de las profesiones. La estructura social de las profesiones, reside en su capacidad de mantener su jurisdicción, en un sistema de profesiones competitivo. La demanda de jurisdicción, y por ende de estatus, de una profesión, es más elevada cuanto mayor es la cohesión interna y la capacidad de movilización de sus miembros. Esta en función de las características de su organización interna, el apoyo académico que posee, y su influencia en los más media. El desarrollo de una estrategia monopolista de jurisdicción, lleva asociado la creación de organizaciones profesionales con repercusión nacional. El control del número de profesionales, y de las compensaciones económicas de las actividades que ejercen, la capacidad de determinar y garantizar un mínimo de estándares profesionales, y la creación y control del sistema educativo, supone la existencia de barreras de entrada en la educación, formación y en el ejercicio profesional.

El objetivo final de las profesiones es el control del conjunto de tareas y actividades educativas y laborales, que determinan la existencia de una jurisdicción propia. El poder

profesional se basa en la condición de expertos, que poseen los miembros de una profesión, en la garantía de control profesional de las asociaciones y organizaciones correspondientes, y en la relación de confianza existente entre el profesional y el consumidor. Contempla la profesionalización como un proceso de creación de lo que denomina jurisdicciones. Las diversas profesiones se reparten los diferentes ámbitos del conocimiento formal a través de este sistema de jurisdicciones, que denomina sistema de profesiones. Dentro de las mismas, la actividad profesional tendrá una triple función diferenciadora: la de clasificar un problema, o de diagnóstico, la de razonar en torno al mismo, o de inferencia, y la de solucionarlo, o de tratamiento.

El proceso de profesionalización presenta dos características básicas: la búsqueda del estatus de profesional, y el desarrollo de una actividad monopolista. La búsqueda del estatus profesional, se centra en el reconocimiento social de la exclusividad en una determinada área de conocimiento. Este reconocimiento viene determinado por la posesión de un conocimiento especializado, y faculta a los trabajadores para controlar el contenido y la organización de su trabajo. Este conocimiento se convierte en una fuente de poder. La profesionalización se convierte en un proceso de reafirmación ideológica, que determina una serie de actividades destinadas a elevar el estatus de los miembros de la jurisdicción dentro de la estructura social. La agrupación de los profesionales en el seno de organizaciones específicas, es una estrategia destinada a aumentar y mantener el estatus del colectivo, y protegerse frente a posibles competidores, garantizando la continuada racionalización y especialización del trabajo. El control ejercido por las profesiones es del conocimiento abstracto, y sobre las técnicas que genera dicho conocimiento que permiten su aplicación. El nivel de abstracción es lo que permite la supervivencia de una determinada profesión dentro del sistema competitivo de profesiones (Abbot, 1988).

En Catalunya en el año 2003, la Generalitat presenta *el Llibre Blanc de les professions sanitàries*, en el se analiza el Sistema Sanitario y las distintas profesiones, entre ellas enfermería. Es un estudio participativo en el que se pretende dar respuesta a los retos de futuro desde una perspectiva de medio y largo plazo. En el mismo año 2003, a nivel del Estado español se elabora la Ley de Ordenación de las profesiones Sanitarias. Determina el concepto de profesional a partir de los estudios sociológicos. La disciplina enfermera se reconoce como profesión. La Ley establece las competencias de las distintas profesiones sanitarias.

En síntesis, a finales del siglo XIX se establecen ya las dos características centrales de profesiones modernas o de mercado: (1) el monopolio sobre un corpus de conocimiento, susceptible de ser aplicado a la práctica; y (2) el monopolio sobre un mercado de servicios. Spencer justifica el desarrollo de las profesiones por la creciente dependencia mutua en las sociedades complejas. En el estudio sobre las profesiones, resalta dos puntos importantes: sobre su formación y papel social. Antes de la segunda guerra mundial, Marshall empieza a sugerir, la importancia del concepto de autonomía, cuando define al profesional, con el término que desarrolla posteriormente la sociología de las profesiones. En la segunda mitad de siglo XX, las investigaciones sobre el concepto de profesionalización muestran el proceso que siguen las ocupaciones para alcanzar el estatus profesional (Freidson, 1978), y el control sobre sus jurisdicciones (Abbot, 1986).

En las décadas de los años sesenta y setenta surgen las teorías de deprofesionalización y proletarianización que postulan la erosión del paradigma de profesión de mercado. Nacen a raíz de un nuevo modelo cultural, en el que aumenta el nivel educacional de las personas. Este factor influye en determinar un mayor control de las profesiones, por parte de la población. La

inclusión de los/as profesionales en grandes organizaciones como asalariado, es otro factor relevante. Los dos modelos rara vez pasan de la contrastación empírica, autores como Perrow y Freidson desarrollan las críticas más articuladas.

La distinción estratégica de una profesión, según Freidson (1978), reside en la legítima autonomía organizada. Magali Larson en el año 1979 determina la importancia de la historia en el proceso de profesionalización. Este elemento mide el tiempo, las condiciones y las estructuras del proceso. En el año 1994, Freidson también sostiene la importancia de la historia, pero no en relación al proceso de profesionalización, sino, en cuanto a que le confiere valor a la etiqueta de profesión. Otra de los temas centrales de las profesiones es su relación con el poder. Weber indica que la aportación de las profesiones, es conocimiento al poder. Los estudios más recientes se centran, en gran medida, en el poder que ostentan las profesiones en las sociedades del mundo occidental. Destacar la aportación de Abbot en el estudio de profesiones, que introduce el concepto de jurisdicción como áreas de competencias profesionales, y la lucha de las profesiones para obtener o mantener sus jurisdicciones en la sociedad post- industrial. Señalar las causas de estratificación profesional, Steven Brint identifica tres: (1) el grado de importancia concedida al servicio ofrecido; (2) su cercanía a las clases directivas; y (3) el grado de rigor y complejidad requeridos en una ocupación basada en el saber.

Al inicio del siglo XXI, la característica más relevante de la sociedad post-industrial, es las profesiones. Una sociedad con infinitas necesidades, que intentan resolver los profesionales produciendo servicios, espacio fundamental de las profesiones, y en particular de las profesiones sanitarias. En esencia las profesiones son grupos ocupativos que se distinguen por: (1) monopolio de conocimiento propio; (2) monopolio de mercado; y (3) autonomía. El poder esta implícito, para conseguir mantener y aumentar las jurisdicciones. A principios del siglo XXI, hay profesiones consolidadas, y otras en vías de consolidación.

Valores Sociales y Profesionales

La identidad profesional se configura a través de los valores y actitudes adoptadas por un colectivo, que junto al conocimiento abstracto y habilidades, realiza y especifica su aportación profesional a la sociedad. Para analizar la identidad profesional enfermera, es imprescindible profundizar sobre los valores, a través de los diferentes estudios realizados sobre el concepto y significado de los mismos. La primera dificultad en la presente investigación es encontrar bibliografía específica, porque son relativamente pocos los autores que estudian este tema. En la presente investigación se analiza el término “valor” desde lo general a lo concreto, situándolo en el campo específico enfermero. El análisis del tema objeto de estudio se centra en los siguientes aspectos: (1) concepto y naturaleza de los valores; tipologías; componentes y funciones; (2) los valores en la sociedad actual, y la formación en valores; (3) valores profesionales, y en las organizaciones; y (4) estudio empírico de los valores.

Concepto y naturaleza de los valores. Tipologías. Componentes y funciones

En el presente apartado se profundiza en los siguientes temas: (a) el concepto y la naturaleza de los valores; (b) los componentes y funciones de los valores; y (c) el sistema y tipologías de valores.

Sobre *el concepto valor y su naturaleza* existen diversas aproximaciones. Los filósofos antiguos utilizan la palabra “bueno” para determinar lo que en la actualidad llamamos “valor”, con este término se refieren a lo que perfecciona, es decir, a lo que implica la realización de un deseo y de una tendencia de la persona (Luypen, 1967:251). En latín la palabra valor significa vigor, fuerza, hoy también se denomina valor a la medida de todas las cosas. El valor como concepto explícito tiene, en los últimos dos siglos, diversos significados técnicos muy estrictos en el campo de la economía. Solo en las últimas décadas el concepto valor alcanza un uso general en las otras ciencias sociales. (Sills, 1977:608) Antes de utilizarse este término, se habla de virtud. Palabra en desuso; etimológicamente virtud viene de “arete”, es aquello que una cosa debe tener para funcionar bien y para cumplir satisfactoriamente el fin a que está destinada. Para Homero la virtud es una cualidad por la cual la persona desempeña bien su papel social. Tomás de Aquino habla de ella como la cualidad que permite a la persona progresar hacia el logro del fin específico humano. En la actualidad, se define como una cualidad, o una serie de ellas, favorable al ejercicio y al perfeccionamiento de la democracia representativa (Camps, 1993:29).

Los valores son el conjunto de reglas de conducta, de leyes juzgadas conforme a un ideal, para una persona o colectividad. Los valores representan una forma de vivir, ellos están relacionados con la identidad de la persona, con el medio y para la reflexión. Un valor es una toma de posición relacionado a cualquier cosa, experimentado a través de comportamientos, sentimientos, conocimientos, y acciones (Poletti, 1983:76). Taylor lo define como una creencia personal que actúa como una norma para guiar la conducta (Taylor, 1989:59). El concepto valor puede definirse como una manera de ser o de obrar que una persona o una colectividad juzgan ideal, y que hace deseables³⁵ o estimables a los seres, o a las conductas a los que se atribuye dicho valor. El concepto valor va unido a una serie de características, el valor está en el orden ideal, los objetos y acontecimientos, sirven de inspiración y referencia a

³⁵ Se ha de distinguir entre *deseable* o *meramente deseo*. Un valor es la concepción de lo deseable y no *meramente deseo*.

un determinado orden moral, estético o intelectual; el valor denota cualidad de ser, a la que se aspira y en la que cabe inspirarse; el valor esta inmerso en la sociedad, formando parte de ella (Rocher, 1973:70). Los valores están al servicio de la vida y no la vida al servicio de los valores (Torralba, 2001:10).

Según la teoría scheleriana los valores son esencias dadas a priori, inmediata e intuitivamente en los sentimientos espirituales, y no en la inteligencia. Son hechos o realidades ofrecidas por si mismas, sin deducción o raciocinio alguno, a la intuición de los sentimientos espirituales. Se trata de realidades autónomas independientes: son ellas y nada más que ellas, sin nada por encima o por debajo de si. (Derisi, 1979: 57)³⁶. La persona es el lugar donde nacen los valores. El hombre y la mujer en cuanto hombre y mujer, es decir, en cuanto ser espiritual o persona, es el lugar y la ocasión del surgir de los valores sentimentalmente perceptibles, de actos y leyes de actos que , sin embargo, son enteramente independientes de la organización particular de la especie y de la existencia de esa especie; aunque dados en la intuición de los sentimientos, son por si mismos independientes de tales sentimientos, y del sujeto y persona que los aprehende y una vez aprehendidos son y valen por si mismos (Derisi, 1979: 62).

Todas las personas tienen unos valores que les guían consciente o inconscientemente, el proyecto de vida individual y colectiva, se diseña a través de estos valores. Los valores están ligados con aspectos culturales y vivencias personales, aunque las diversas trayectorias individuales, sociales o profesionales, la diferencia de informaciones percibidas por cada uno, entre otros aspectos, conducen a no tener la misma percepción del mundo. La persona es un valor inestimable, la humanidad de la persona un valor insaciable. Un valor esencial es que las personas se reconozcan infinitamente humanas, y esto es el resultado de la suma de valores auténticos (Passet, 1983:24). Hablar de valores, hoy, conduce inevitablemente hablar de humanización. Las personas en la sociedad, se encuentran más que nunca frente a ellas mismas, es decir, con más libertad en muchos aspectos, pero sobre todo en el aspecto moral, de los valores, sin que la cobertura de las ideologías anterior, puedan guiarle delante de una oferta muy variada. Las personas intentan encontrar por su cuenta estos puntos de referencia: los valores (Vila Abadal, 1998:145). Es importante subrayar el carácter positivo que tienen los valores, (Camps, 1993:28) porque ayudan a las mujeres y a los hombres a humanizarse. Nos humaniza todo aquello que confiere a nuestro yo una doble dimensión: hacia nuestra interioridad y hacia los demás. Los valores ligados a la mentalidad neoliberal -riqueza, poder, éxito social- son valores poco útiles, lo que realmente nos satisface no es tener, sino ser (Vila-Abadal, 1998: 17, 150).

Los valores no son solo abstracciones, se aplican a la realidad, a veces en situaciones que generan controversia. Los valores no se pueden afirmar en sí mismos. Los valores únicamente se pueden llamar valores cuando son apreciados, cuando son adheridos como realización del “tener que ser” (*Zu sein*) de las personas. “Él tener que ser” se perfecciona, “se realiza” por medio de ciertas actividades referentes a determinados valores (Luypen, 1967:252). Los valores entran en el denominado comportamiento selectivo, puesto que el comportamiento puramente reflejo no manifiesta valores, ni valoración: ni los guiños o tic involuntario, ni ninguno de los procesos bioquímicos del organismo humano, constituyen un comportamiento valorativo. Una de las definiciones más generalmente aceptada, en la bibliografía de las ciencias sociales, es la que considera a los valores como concepciones de lo deseable, que influyen en el comportamiento selectivo. Los valores regulan “la satisfacción de los impulsos

³⁶ La figura de Max Scheler está ligada a la filosofía de los valores, de la que es el principal representante. El autor citado: Mons Derisi, ofrece una visión completa de la ética de los valores scheleriana.

de acuerdo con toda la serie de objetivos jerárquicos y duraderos de la personalidad, con la exigencia de orden por parte tanto de la personalidad, como del sistema sociocultural, y con la necesidad de respetar los intereses de los demás y del grupo en su conjunto en la vida social” (Kluckhohn citado por Sills, 1977:607).

Los valores representan “él porque” las personas viven y tienden a orientar su existencia. Sin referencia a los valores no hay grandes cosas a las que el ser humano se pueda identificar. La naturaleza de los valores, que identifica a las personas, varía en el tiempo y en el espacio. Se trata de valores en una sociedad dada. Los valores son las señales que dan plena dimensión a la realidad y a las situaciones. Enlazan la existencia humana con la naturaleza, con la sociedad, y sus culturas. Ellos constituyen un equilibrio para la persona, son bases organizativas y fundamentales de toda sociedad (Passet, 1983:9-20) El valor no se funda en el concepto abstracto del ser, sino en la realidad concreta del individuo como consciente, inteligente y libre y, por consiguiente, llamado a hacerse como fin de su acción en el mundo (Alfaro, 1988:226). El concepto valor es sinónimo de creencias personales relativas a lo bueno, lo justo y lo hermoso. Creencias que impulsan a la acción, a cierto tipo especial de conducta en la vida. Los valores elegidos complementan al instinto, como motor de las personas. Si no se tienen valores el comportamiento humano no tiene rumbo, es caótico, y autodestructivo. Los valores personales son muy importantes, sin valores no se puede vivir, y mucho menos llevar una existencia satisfactoria. Los valores y la personalidad son cosas distintas y al mismo tiempo interrelacionadas (Lewis, 1998:34). Los valores, en definitiva, regulan el comportamiento de las personas en cualquier momento y situación. Los valores trascienden objetos y situaciones, a diferencia de las actitudes que se centran en objetos o situaciones. Los valores son guías determinantes de actitudes sociales e ideologías. Las actitudes son tendencias a comportarse de una forma consistente y persistente delante de una determinada situación, objeto, hecho o persona. Las actitudes traducen, a nivel comportamental, el mayor o menor respeto o adherencia a unos determinados valores. Las actitudes son funciones de los valores.

Los Componentes y funciones de los valores son estudiados por diversos autores. Todos los valores contienen ciertos elementos cognoscitivos, tienen un carácter selectivo o direccional - conductual, según Rokeach (1973)- y que implican ciertos componentes afectivos. Los valores sirven de criterio para la acción. Cuando son explícitos y conceptualizados, se convierten en criterios de juicio, preferencia y elección. Cuando son implícitos e irreflexivos, los valores funcionan a pesar de todo, como si constituyeran la base de determinado comportamiento. Las personas optan por unas cosas y no por otras; escogen un tipo de acción en lugar de otras y también juzgan la conducta de los demás (Sills, 1977:607). Los valores se organizan en estructuras jerárquicas. Cada vez que la persona se encuentra frente a una situación dada, o ante la toma de una decisión, es un hecho que su escala de valores determina la alternativa a seguir. Los valores cambian en la sociedad, en las profesiones, y en las personas. En las personas este cambio se produce a través de nuevas informaciones recibidas, o bien, ante acontecimientos que no concuerdan con su escala de valores, y, es entonces, cuando las personas clarifican sus valores. Ello ocurre mediante un proceso, primero de elección, segundo dándole peso específico a cada valor; y tercero obrando en base a sus valores. Clarificar el sistema de valores es una experiencia de crecimiento personal (Poletti, 1983:78). Las sociedades y culturas no todas tienen los mismos valores, cada sociedad ostenta unos valores específicos, aunque cambiantes a lo largo de la historia, a medida que los acontecimientos y las circunstancias hacen mella en la vida de las personas. Este factor de cambio transcurre con mayor lentitud, que el cambio de modelos sociales que no tardan tanto en evolucionar (Rocher, 1973:74).

Los valores tienen cargas afectivas importantes, primero en cuanto a la adhesión, que no es un proceso puramente racional, sino que se mezcla parte de intuición espontánea y directa. Segundo, en cuanto al seguimiento, en el que esta carga afectiva que tiene, hace de él, un poderoso elemento de orientación y adopción. Esta carga afectiva también provoca, a veces que puedan coexistir valores contradictorios, que razonadamente no existen (Rocher, 1973:74). Los valores y sus actitudes deben significar algo adquirido hasta tal punto que se convierta en hábito, algo querido por la voluntad y que acaba siendo, asimismo, objeto del deseo (Camps, 1993:23). No todo lo que determina el comportamiento humano se relaciona con los valores. El comportamiento social de las personas, es el resultado de unos estados y capacidades fisiológicas del organismo, del campo de los estímulos frente a los que reacciona, de los esquemas conceptuales en cuyo seno interpreta sus necesidades, creencias, o motivos. Los valores constituyen unos factores que han de tenerse en cuenta si se quiere comprender y predecir el comportamiento de las personas.

El término valor difiere de otros conceptos considerados como componentes de la personalidad, como necesidades y deseos. Las necesidades proceden de una carencia o una interrupción. Los deseos son anhelos de un determinado objeto o estado, estos deseos pueden ser tan intensos que se convierten en necesidades y a su vez los valores pueden ser fuente de necesidades y deseos. Maslow considera los valores y las necesidades de forma equivalente, puede considerarse que en algunos aspectos las propiedades de un valor y una necesidad son similares -una persona quiere hacer y siente que debe hacer-. Los valores no son motivos, bien que muchos motivos particulares puedan reforzar la vinculación a un valor dado. Los valores son motivadores porque son herramientas conceptuales que las personas emplean para mejorar y mantener la autoestima (Rokeach, 1982). Los valores tampoco son normas de conducta. Las normas son reglas para comportarse de un modo determinado, ahora bien, un mismo valor puede ser punto de referencia a un gran número de normas específicas. Una determinada norma puede representar la aplicación simultánea de diversos valores separables. Los valores son patrones de deseabilidad que tienen una mayor independencia de las situaciones específicas. Los valores, en cuanto a criterios para establecer lo que debe ser considerado como deseable, sientan las bases para la aceptación o el rechazo de normas particulares (Sills, 1977:608).

Los valores según Scheler tienen un carácter absoluto y trascendente. Aunque los valores suponen la conciencia y se relacionen con ella, no son fenómenos de la conciencia, sino esencias objetivas hechas presentes en la conciencia por la intuición sentimental. La conciencia es depositaria de valores y no fuente de los mismos. Scheler establece una relación directa entre la ética y el valor. La ética consiste en la formulación intelectual de juicios o normas, fundadas en los valores que se dan intuitivamente en los sentimientos (Derisi, 1979:73-74).

En la vida diaria de una sociedad, existe una relación directa entre modelos y valores. Los modelos marcan, determinan las acciones concretas desarrolladas en la vida social, pero estas mismas acciones dejan de tener sentido, en la mayoría de circunstancias, si no están inspiradas en un valor reconocido. Esta conexión entre modelos y valores, son relaciones complejas, como lo es en gran medida, la relación entre las personas (Rocher, 1973:73). Hay que resaltar también que cuando un grupo de personas o una sociedad, elige un determinado modelo de actuación, implícitamente se adhiere a un determinado valor o valores. En la *Tabla 2.1* se sintetizan los tres componentes de los valores y sus funciones sociales más relevantes.

En cuanto al Sistema y tipologías de valores es fundamental su conocimiento. Un sistema de valores es una organización de valores, en el que cada valor se alinea a lo largo de un continuo según su importancia, denominándose escala de valores, esto es, la jerarquía de valores. Esta característica pasa la contrastación empírica en varios estudios. En ellos se demuestra que los valores están ordenados jerárquicamente y diferentemente, según se trate de una u otra sociedad. En definitiva son los mismos, lo que evidencia que una sociedad puede cambiar jerárquicamente los valores a lo largo de su historia, pero es más difícil que surjan de nuevos. Talcott Parsons, en sus estudios sobre los valores sociales, llega a la conclusión de que aunque la persona de forma individual, en su cotidianidad, opte por uno u otro valor según el contexto, en una sociedad dada, estas opciones son, en general, las mismas en un contexto dado (Rocher, 1973:79). Un sistema de valores opera como un código personal de conducta, (Taylor, 1989:59) varía de una persona a otra persona, y toma raíz en el mismo contexto social y cultural en el que evoluciona.

Los autores que profundizan en el tema de los valores, presentan diferentes tipologías, para comprender, contrastar, diferenciar y comparar mejor las elecciones que realizan las personas o grupos sociales. Los diferentes tipos de valores pueden combinarse e interactuar. Cuando se dice que una persona tiene un valor, se puede pensar en sus creencias, que implican modos deseables de conducta o las metas deseables de la existencia. Estas dos formas o tipos de valores son primero los *instrumentales*, y segundo los *terminales o finales*. Esta distinción entre los medios y los fines es reconocida por filósofos, antropólogos y psicólogos (Rokeach, 1982). La *Tabla 2.2* sintetiza la tipología sobre valores de Milton Rokeach. Los valores tienen un componente motivador fuerte. En los valores instrumentales esta motivación se desencadena porque los modos idealizados de conducta son percibidos como el logro del fin-meta deseado. Los valores terminales o finales motivan porque representan el más allá de la inmediatez. Rokeach, subdivide los valores terminales o finales en personales y sociales. A su vez los valores instrumentales en morales y de competencia. Los valores morales -amor, honestidad, responsabilidad- se refieren principalmente a modos de conducta, y su trasgresión genera sentimientos de culpa. Los valores de competencia -imaginación, lógica- tienen un enfoque personal, sin tener relación al orden moral, su trasgresión genera sentimientos de vergüenza sobre la insuficiencia personal. Max Scheler establece diferentes tipos de valor: (a) objetivos o de cosas; y (b) subjetivos o de personas. Los valores objetivos se presentan en la intuición sentimental, como dados y trascendentes al sujeto. Por ejemplo los valores vitales: -fuerte-; y los valores estéticos: -bello- se manifiestan no solo en su esencia pura como fortaleza o belleza, sino también realizados en las cosas: una persona fuerte o un objeto bello. Las cosas depositarias de valores objetivos, constituyen los bienes. El bien no es un valor sino solo un depositario de valor. Los valores de las personas son los valores morales y estos son subjetivos. Los valores pueden ser negativos denominados “desvalor” o positivos. (Derisi, 1979: 63-64). Los valores son siempre los mismos, es la persona quien se coloca en una perspectiva individual, social e histórica, frente a los valores. Por eso se trata de una relatividad y no de un relativismo de los valores. La persona puede aprehender o no un valor, así como la escala de valores de una u otra manera según las épocas, por tanto no es el valor lo que cambia sino la aprehensión humana la que puede mudar. (Derisi, 1979: 69). Cada persona establece los valores jerárquicamente en inferiores y superiores. Se trata de una jerarquía de valores absoluta. Los valores inferiores como el placer son fugaces, en cambio los valores superiores, del espíritu, son permanentes y gustan cada vez más, además son indivisibles. La escala de valores propuesta por Scheler es la siguiente: (1) los valores del placer que se dan en los sentidos, más su aprehensión o intuición como valores pertenecen al orden espiritual; (2) los valores vitales, que se manifiestan como correlativos a la vida: fuerte, noble. A partir del

Tabla 2.1
Componentes y funciones de los valores

Componentes	Funciones
Elementos selectivos o direccionales Estructuras jerárquicas.	<p>Pertenecen al universo simbólico.</p> <p>Tienen un carácter positivo.</p> <p>Ayudan a la persona a humanizarse.</p>
Elementos afectivos Adhesión y seguimiento.	<p>Forman criterio de juicio, preferencia y elección para la acción.</p> <p>Están ligados al comportamiento selectivo.</p>
Elementos cognoscitivos	<p>Son bases organizativas y fundamentales de toda sociedad, cultura y persona.</p> <p>En cada sociedad, profesión y persona, los valores son diferentes y están sujetos a cambios.</p> <p>Los valores se refuerzan a través de las motivaciones.</p> <p>Son punto de referencia en normas específicas.</p> <p>La conciencia es depositaria de valores.</p> <p>Existe una relación directa entre ética y valores.</p> <p>Existe una relación directa entre modelos y valores.</p> <p>Las acciones de la vida de las personas, profesiones y culturas tienen sentido cuando están inspiradas en un valor reconocido.</p>

Elaboración propia³⁷

³⁷ Dificultad de relacionar componentes y funciones específicas.

Tabla 2.2
Tipología de valores según Milton Rokeach en 1982

Valores Instrumentales

Medios
 Modos deseables de conducta
 son percibidos como el
 logro del fin-meta deseado.

Se dividen en:

- (1) Morales: amor,
 honestidad, responsabilidad.
 Su transgresión genera
 sentimientos de culpa.
- (2) De competencia:
 imaginación, lógica.
 Su transgresión genera
 sentimientos de vergüenza
 sobre la insuficiencia
 personal.

Valores Terminales o Finales

Finalidades
 Metas deseables de la existencia
 que representan el más allá de la
 inmediatez.

Se dividen en:

- (1) Personales
- (2) Sociales.

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de Milton Rokeach (1982) *The Nature of human values and value systems*.

tercer nivel están los valores estrictamente espirituales: (3) valores estéticos: lo bello; (4) valores de la justicia; (5) los valores referentes a la aprehensión de la verdad; (5) el valor de lo santo o religioso. El valor supremo esta constituido por la Divinidad, es decir, por Dios. (Derisi, 1979: 66-67).

Hunter Lewis establece que todos los valores y sistemas de valores pueden incluirse en esta clasificación: *Valores que se fundan en la autoridad*: Las personas en su afán de conocer el mundo, a menudo permiten que una autoridad externa les indique qué deben creer. Se trata de la forma más habitual de ir formando la personalidad, y no solo en la infancia, época en que se toma como verdad absoluta todo lo que dicen los padres y maestros, sino incluso en adultos, puesto que las personas confían en expertos de todo tipo. *Valores que se fundan en la lógica deductiva*: La lógica deductiva constituye una técnica para aclarar el pensamiento y el discurso, técnica que hace uso del método socrático, de la dialéctica, el silogismo, y la catalogación de falacias. La lógica deductiva es mucho más que una técnica, si se considera que la técnica fundamentalmente no tiene valores. *Valores que se fundan a través de la experiencia sensorial*: Es el conocimiento que se tiene en forma directa por medio de la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto. *Valores que se fundan a través de la emoción*: Difícil de definir, casi nadie define sus valores extraídos de emociones (han adquirido un tinte peyorativo), ahora bien, si en vez de emoción se cambia por sentimientos, es diferente porque el término produce una reacción positiva. Los sistemas de valores basados en la emoción son más constantes que cambiantes. Comparten tres rasgos fundamentales: (1) todos se centran en un grupo preciso de personas. Ser miembro de este grupo da seguridad emocional; (2) todos plantean un modo particular de vida o de organizar la sociedad; (3) todos requieren de un estímulo emocional. Estos valores pueden centrarse en valores emocionales sumamente simples: la familia, el grupo de trabajo, el vecindario, la nación. Los valores políticos son en gran medida emotivos.

Valores que se fundan a través de la intuición. La intuición constituye un modo sumamente desarrollado y poderoso de razonamiento puramente abstracto, que sintetiza un acumulo de datos y teorías con extraordinaria rapidez. Todas las personas utilizan la intuición para formar al menos algunas de las creencias respecto del mundo en general. Lo mismo se hace para formar algunas creencias más personales: los valores. *Valores que se fundan a través de la ciencia*: Se trata de la unión de tres elementos: (a) la experiencia sensorial; (b) la intuición; y (c) la lógica. El único y más persistente hilo conductor que recorre los sistemas de valores basados en la ciencia es el acento que se pone en el “conocimiento oculto” el problema es alcanzarlo, organizarlo y dirigirlo, esto se hace a través de disciplinas: la psicología, la sociología, la economía, la biología y la medicina. Estas disciplinas lo que dicen sobre la naturaleza del mundo, y del ser humano puede ser transformado sutilmente en consejos sobre creencias y acciones y por ende en un credo religioso personal.

Taylor en vez de clasificar a los valores de forma directa, propone seis orientaciones personales en que a cada una le correspondería una serie de valores significativos: (1) orientación teórica, la persona teórica valora la verdad y tiende a ser empírico, crítico y racional; (2) orientación económica: la persona económica está interesada en lo que es práctico y útil; (3) orientación estética: la persona estética valora la belleza, la forma y armonía; (4) orientación social: la persona social valora los seres humanos en las condiciones de amor y es amable, simpático y altruista. (5) orientación política: la persona política valora el poder; (6) orientación religiosa: la persona religiosa valora la unidad. Aunque la orientación de cada persona es única y es mezcla de estos seis tipos, uno de ellos predomina. Identificando

la orientación que tienen las personas, ayuda a entender como perciben las diferentes posiciones y escogen cursos diferentes de acción (Taylor, 1989:60).

Los valores en la sociedad actual y formación en valores.

Los valores sociales son los pilares que sustentan el comportamiento y las formas de vida de los seres humanos. Constituyen un elemento decisivo en la vida de los grupos humanos. Su presencia inspira, en gran medida, las actitudes y comportamientos de sus ciudadanos, gracias a ellos se pueden comprender mejor los distintos fenómenos (Diez Nicolas, 1994: 11). En este apartado se desarrollan dos temas: (a) los valores en la sociedad actual; y (b) la formación en valores.

Los valores en la sociedad actual son fruto de los cambios económicos y sociales que la transforman profundamente, porque no es una sociedad aislada, sino una sociedad insertada en un mundo con su historia concreta. Las personas forman parte del conjunto de sociedades llamadas occidentales y están afectadas por su proceso evolutivo. Diferentes acontecimientos marcan la historia del último siglo, la segunda Guerra Mundial, la Guerra Civil española, el franquismo, la transición y la democracia, tiempo en que se experimentan las libertades ciudadanas. Otros hechos también influyen como el mayo del 68, el largo periodo de la guerra fría, la guerra del Golfo, de Afganistán, y de Irak. El crecimiento de las grandes multinacionales, y la mundialización de la economía, inciden en el aumento del desequilibrio norte/ sur y la existencia de una importante marginación que constituye un cuarto mundo dentro del primero. El aumento económico que se produce en los países occidentales, tiene como motor el avance tecnológico, que empieza después de la segunda guerra mundial (Vidal-Abadal, 1998:14). Los medios de comunicación y la movilidad internacional son los vehículos de globalización de los valores; aunque cada país tiene su escala de valores dependiendo de su cultura, de su nivel de desarrollo económico o de su religión dominante (Diez Nicolas, 1994:12).

De los valores significativos en épocas pasadas se pueden destacar la *felicidad*, y *prudencia* del pueblo griego; en la Edad Media: la *fortaleza*, *autonegación*, *humildad*, el ser humano es mera *imagen de Dios*, autoridad Divina, que es el origen de la ley y fundamento. En la primera mitad del siglo XX la sociedad prioriza: el *honor*, la *valentía*, la *castidad*, la *obediencia*, la *virginidad*, el *machismo* (Vila-Abadal, 1998:151). Los grandes valores colectivos: *solidaridad*, *libertad*, *igualdad*, *fraternidad* y *justicia* se incorporan después de la segunda guerra mundial y la guerra civil española. Pero en la década de los años ochenta pierden peso.

A principios de los años noventa diversos estudios sobre la evolución de los valores sociales evidencian que, paralelamente al aumento del nivel de vida se incorporan valores sociales impregnados de materialismo: *individualismo*, *éxito*, *eficacia*, *apariencia*, *confort*. Estos valores desarrollan actitudes de: supervivencia, relativismo. Las consideraciones éticas pasan a segundo lugar. Se utiliza la conveniencia para mantener una actitud de permanente autocensura. No se realizan acciones o se expresan opiniones inconvenientes. Pragmatismo cuando se utiliza la persona como recurso humano. Narcisismo para proyectar una imagen de éxito social. Hedonismo cuando se da preferencia a las actividades que proporcionan placer y por tanto permiten olvidar los hechos desagradables. Pasividad social: si el orden social establecido se considera “natural”, y se argumenta que las desigualdades están en la naturaleza humana, es inútil hacer nada. Cooperativismo basado en el bajo interés por los

problemas de los otros, a favor de la protección de los intereses propios. Tecnicismo cuando se ensalza lo productivo y lo útil. Fundamentalismo religioso y nacional que busca la seguridad en grupos rígidos e intolerantes (Tomas Vidal, 1998:66).

En las últimas décadas aunque permanecen estos valores, que no ayudan a humanizarse, se puede apreciar el postmaterialismo como valor fundamental de la sociedad actual. Nuevos valores que son el núcleo alrededor del cual empieza a mover el ser humano y que acentúan la influencia del individuo en las decisiones políticas y en la libertad de expresión (Diez Nicolas, 1994:12). Los valores que sobresalen en orden de importancia son: el *respeto a la vida* (aunque hay conflicto en la cuestión del aborto y eutanasia), *paz, justicia, libertad o libre expresión individual; amor*, traducido en *solidaridad*, y un ascenso en *la conducta prosocial; tolerancia* o mayor *reconocimiento a pensar diferente* (Orizo, 1996:297). Todos estos valores positivos no son a nivel global ningún ideal puesto que llegan a constatar un perfil social débil y pasivo. En este sentido se observa en los jóvenes la tendencia a alejarse de las vías institucionales de socialización, centrándose en los grupos primarios a los que pertenecen, la familia, amigos, asociaciones; pierden fuerza los antiguos impulsos juveniles de contrastación y rebelión. También, a través de los estudios sociológicos se observa la tendencia a una mayor armonía intergeneracional, los jóvenes se acercan a las generaciones maduras. Al inicio del siglo XXI, aunque permanecen estos valores que no ayudan a la persona a humanizarse, hay en la sociedad valores nuevos: abertura, capacidad de adaptación, tolerancia, ecologismo, pacifismo, y otros que persisten la honestidad, justicia, amor a los otros, coherencia, libertad, solidaridad, fidelidad, comprensión, sinceridad, dominio de sí mismo (Vila-Abadal, 1998:151). Algunos indicadores sociales permiten su identificación por ejemplo: (a) el deseo de participar en la toma de decisiones sociales; (b) demanda de protección de libertad de expresión; (c) aspiración de una sociedad menos impersonal; (d) defensa del medio ambiente; (e) conciencia a favor de los derechos de los más vulnerables; (f) anhelo que las ideas y la razón manden más que el dinero (Tomas Vidal, 1998:69). La *Tabla 2.3* muestra los valores vigentes en la sociedad actual, denominados valores materialistas. También en la tabla y de forma comparativa se sintetizan los valores de carácter posmaterialista que son emergentes, porque las personas y las sociedades se adhieren progresivamente a ellos.

La formación en valores es un proceso relevante para las personas. El ser humano solo es persona en cuanto es “ser social”. Es a través de los procesos de socialización, mediante la información que recibe del ambiente, familia, y cultura que los valores se adquieren. Sobre todo a través del fenómeno de la identificación, gracias a él, las personas se identifican con personas que merecen su admiración. Y es a través de esta identificación, como se asumen e interiorizan aquellos valores que atraen. Así se edifica la escala de valores en cada persona, lo que es imprescindible para tener identidad (Vila-Abadal, 1998: 149). Los valores no se pueden aprender de una manera objetiva, sino que se comunican de una manera indirecta y subjetiva (Torralba, 2001: 10). Cuando una persona integra e interioriza un valor, consciente o inconscientemente, tiene unos criterios que le permiten guiar la acción. Desarrollar y mantener las actitudes hacia los objetos y las situaciones. Juzgarse a sí mismo moralmente, y juzgar a los demás y ocuparse de ellos (Poletti, 1983:76). El proceso de interiorización de los valores en la persona es, según Scheler, el siguiente: primero se presenta la aprehensión sentimental de los valores; luego, la conceptualización de todo lo que estos implican. Sea primero sentir, percibir sentimentalmente los valores, y posteriormente conceptualizarlos, o darles expresión. (Derisi, 1979:73-74).

Valores profesionales y en las organizaciones.

En el presente apartado se tratan tres temas: (a) los valores profesionales; (b) los valores en la profesión enfermera; y (c) los valores en las organizaciones. El estudio de los valores y su representación social, en las personas y población, se concreta en el ámbito específico de esta investigación: la vertiente profesional, y de las organizaciones. Los valores en las profesiones, y organizaciones son transversales. Los valores profesionales, a través de las actitudes están orientados a la acción, puesto que una profesión es una actividad práctica (Prósper, 2004).

Los valores profesionales, configuran el fundamento de la identidad del grupo. A lo largo de la vida se desarrollan tres niveles de identidad: (a) el de humanidad; (b) el de los diferentes grupos o comunidades; y (c) la identidad de cada persona (Camps, 1993:164). La identidad profesional pertenece al segundo grupo. La identidad profesional no se establece en una sola dimensión. No da identidad una lista de elementos o características de un grupo, lo que realmente identifica, es la totalidad de combinaciones, la relación entre los elementos así como el contexto en que los elementos se relacionan entre sí. La profesión es una identidad en un contexto dado, que es el contexto profesional. Una profesión es aceptada socialmente, solo cuando es aceptada por los miembros que la integran y la practican. Se puede afirmar que son las personas que hacen la profesión, no es la profesión, que sola, hace la persona, de hecho es una interacción. Las personas que pertenecen a una profesión no son responsables de toda la profesión, pero lo son de forma considerable (Abdel, 1983:184). Tener una identidad profesional es conferirle unidad al grupo. Reconocer el pasado y proyectarlo al futuro. Fijar unos valores, mantener lo continuo, y establecer lo que cambia. Esta identidad profesional genera un sentido de pertenencia al nuevo miembro que ingresa en el colectivo (Cortina, 2000:15).

Los valores de la profesión enfermera ayudan a construir la identidad. La profesión enfermera, mayoritariamente constituida por mujeres, esta históricamente anclada en los valores que forman la evolución de la sociedad, y muy particularmente aquellos ligados a los procesos de socialización de las mujeres (*Les valeurs de la profession. Ordre des infirmières du Quebec*, 1994). Son valores íntimamente unidos al cuidar. Cuidar tiene en sí mismo un valor intrínseco, los cuidados son indispensables para la supervivencia, tienen un carácter universal, y están ligados a las actividades de la vida cotidiana, esto hace que solo se valoren cuando la propia persona no puede por sí misma realizarlos (Tomas Vidal, 1998:65). Algunos autores, reflexionan sobre los valores inherentes al cuidar y a la práctica enfermera. Llegan a identificar valores y actitudes que en sí mismos no difieren de los que se describen, porque cuidar es una forma de interacción interpersonal, donde se articula la transmisión de determinados valores. Se resalta la noción de responsabilidad, unido a poder, más que culpabilidad. Cada enfermera es responsable de lo que piensa, siente, dice y hace (Poletti, 1983:81). La palabra responsabilidad procede de la voz latina *respondere* (responder), está vinculada de raíz con los términos *corresponder*, *correspondencia*, *corresponsales*, *justipreciar* (Villapalos, 1999:227).

La responsabilidad, es sinónimo de autonomía y libertad, solo el ser libre es responsable (Camps, 1993:51). La responsabilidad es inherente a la cultura, es la responsabilidad que nace como mala conciencia o sentimiento de culpa. Sin embargo el individuo autónomo, es el ser con voluntad propia, es aquel que posee la medida del valor, que es su propia medida, y no precisa de criterios ni de pautas extrañas. La responsabilidad tiene que ver con: la libertad o

Tabla 2.3
Los Valores en la sociedad actual

<u>Vigentes.</u> <u>Valores materialistas</u>	<u>Actitudes</u>	<u>Emergentes.</u> <u>Valores Posmaterialistas</u>	<u>Actitudes</u>
Vigentes		Emergentes	
Individualismo	Supervivencia Pasividad social Narcisismo	Respeto a la vida	
Éxito	Relativismo ³⁸	Paz, Justicia	Igualdad
Eficacia	Pragmatismo ³⁹ Tecnicismo	Libertad	Libre expresión individual y colectiva.
Apariencia	Conveniencia ⁴⁰	Amor	Solidaridad Aumento conducta prosocial
Confort	Hedonismo ⁴¹	Tolerancia	Reconocimiento a pensar diferente

Elaboración Propia

³⁸ Las consideraciones éticas pasan en segundo lugar.

³⁹ La persona como recurso humano.

⁴⁰ No realizar acciones o expresar opiniones inconvenientes.

⁴¹ Preferencia a escoger actividades que dan placer.

autonomía, compromiso, sobre todo con otros, hasta tal punto de tener que responder de sus acciones, actitud dialogica, autoridad (Camps, 1993:60). En la misma línea de reflexión, se expresa que el proceso de cuidar conlleva en la misma esencia, la virtud de la responsabilidad. El cuidado es responsabilidad compartida, es responsabilidad de previsión. La responsabilidad es la carga formal que pesa sobre toda acción causal y que se puede pedir cuentas de ella. Hay responsabilidad por palabra, por obra y por omisión. Cuidar de alguien es preocuparse por otro ser, y asumir esta preocupación como un deber moral, y no únicamente como un sentimiento de proximidad hacia esa persona (Torralba, 1998:347). El valor de la libertad adherida al cuidar, es velar para que su libertad se realice dentro de los límites posibles, ayudar a recobrar su autonomía, su independencia, la que aquella persona pueda llegar, recuperar su identidad personal que es la base de su autonomía, reconstruir el sentido puesto que, una persona enferma padece una alteración del sentido habitual que da a su vida. La persona es un ser en busca de sentido, no el sentido de la vida en términos generales, sino el significado de la vida de cada persona en un momento dado. Las personas desean vivir, no a cualquier precio, sino que, desean vivir con sentido.

Otro término unido al cuidar es la simpatía que se refiere a la complicidad en el “pathos” anímico. Simpatía y empatía comparten la misma raíz etimológica. La simpatía no depende de la duración de la relación, si no que se trata de una intuición que resulta inmediata y está determinada por elementos de tipo no verbal. Cuidar requiere el desarrollo de la empatía. Participar de forma empática de la situación de la persona enferma significa situarse en sus coordenadas existenciales, vivir su sufrimiento, y de la necesidad de experimentar la realidad, de tomar conciencia de lo que siente, no solo de lo que piensa. En el cuidar, lo que vincula con el enfermo es la empatía. No siempre se produce espontáneamente, entonces es necesario hallar elementos de vinculación. El cuidador hace este trabajo intuitivo, al esfuerzo de situarse en el “pathos” ajeno, a pesar de la infinita distancia. Es fundamental la confianza entre la persona enferma y la persona cuidadora, pero solo es posible cobrar esta confianza en el marco de una mutua simpatía. Desde la confianza se aprende a compartir, la confianza lleva a la ternura y la solicitud. Justicia y simpatía están íntimamente conectadas, ello exige la superación de prejuicios y el reconocimiento universal de la persona enferma como prójimo. El prójimo es la igualdad de todos, es cada persona (Torralba: 1998:353-354).

Hallar la formula para recrear de nuevo su vida, y encontrar espacios donde las personas sean capaces de realizar su autenticidad, de encontrar su sentido, mediante el dialogo, intercambio de problemas desde un punto de vista personal y vital. La reciprocidad es clave en el proceso de cuidar en el marco de una mutua simpatía (Torralba: 1998:357-361; Frankl, 1990:107). Justicia y simpatía están íntimamente conectadas, ello exige la superación de prejuicios y el reconocimiento universal de la persona enferma como prójimo. El prójimo es la igualdad de todos, es cada persona (Torralba, 1998:353; Poletti, 1983: 81). El término justicia procede del latín justus, derivado de *jus* (derecho) y se halla emparentado en su raíz con ajustado, justillo, justificar (Villapalos, 1999: 423). La justicia, esta considerada, como un valor esencial, y se materializa en otros valores como son la libertad y la igualdad. Los miembros de una profesión, que busca la justicia, deben ser solidarios, responsables y tolerantes. Existe una cohesión en torno al ideal de la justicia, o en torno a unos principios fundamentales que lo definan. Y de donde nazcan unas actitudes que, a su vez, sean reconocimiento de esos principios, y la condición de posibilidad de los mismos (Camps, 1993:29). El valor de la edificación en el cuidar, es un término utilizado por algunos autores. Existen en el mundo relaciones y actitudes edificantes. Para edificar se precisa un determinado temple optimista, una cierta capacidad de construcción. Una relación humana es edificante cuando el sujeto que la desarrolla se perfecciona a través de ella, se construye a sí mismo. Edificar significa

levantar algo hacia arriba partiendo de las mismas bases. La acción de cuidar debe comprenderse desde el valor de la edificación. El curar se relaciona directamente con la exterioridad de la estructura personal, mientras que el cuidar se refiere, fundamentalmente, aunque no exclusivamente, con la interioridad de la persona (Domínguez Alcón, 1981, 1986; Torralba, 1998:347).

Otro aspecto relevante en el cuidar a la persona, es el de velar para que su libertad se realice dentro de los límites posibles. Es ayudar a recobrar su autonomía, su independencia que siempre es relativa. Recuperar la identidad, su identidad personal que es la fuente de su autonomía. El ser humano es un ser en busca de sentido. La persona desea vivir no a cualquier precio, sino que desea vivir con sentido. Hallar la fórmula para recrear de nuevo su vida, y encontrar espacios donde sea capaz de realizar su autenticidad, de encontrar su sentido. Se construye mediante el diálogo, intercambio de problemas desde un punto de vista personal, y vital. La reciprocidad es clave en el proceso de cuidar (Domínguez Alcón, 1981,1986; Torralba: 1998:357).

La profesión enfermera se fundamenta en el cuidar y toda concepción de cuidados enfermeros se inserta en un sistema de creencias y valores, que están influidos por un conjunto de factores sociales, culturales y económicos y políticos. La identificación de valores es de suma importancia, ya que los valores son relevantes por su relación con la identidad profesional, con la profesionalización y como guía para la acción (Domínguez Alcón, 1998: 1). La American Association of Colleges Of Nursing identifica los valores esenciales de la profesión enfermera son los siguientes: *Altruismo, Estético, Igualdad, Libertad, Dignidad Humana, Justicia, y Verdad* (AANC, 1986). No solo enumera sino que define, y describe las actitudes que comportan. También determinan las conductas profesionales unidas a cada valor: (1) *Valores Estéticos*: Proporcionan bienestar mediante la búsqueda de las cualidades de las personas, objetos, y eventos. Actitudes y cuidados personales unidas a este valor: apreciación, creatividad, imaginación, sensibilidad. Conductas profesionales: Adaptar el ambiente para que cause bienestar a las personas. Crear un ambiente de trabajo agradable. Promover una imagen positiva del cuidar. (2) *Valor Altruista*: las enfermeras y enfermeros se involucran en el bienestar de otros. Actitudes y cualidades personales: Cuidado, compromiso, compasión, generosidad, perseverancia. Conductas profesionales: Prestar toda la atención a las personas enfermas al dar los cuidados. Ayudar a otro personal a proporcionar cuidados. Incorporar las tendencias sociales en el cuidado de la salud. (3) *Valor de Igualdad*: considerar que las personas tienen los mismos derechos, privilegios o estatus. Actitudes y cualidades personales: aceptación, asertividad, transparencia, autoestima, tolerancia. Conductas profesionales: Proporcionar cuidado a las personas basado en las necesidades individuales. Actuar recíprocamente con otros proveedores sin discriminación. Expresar ideas sobre la mejora del acceso al cuidado de la salud.

(4) *Valor de Libertad*: capacidad de ejercer la opción. Actitudes y cualidades personales: confianza, esperanza, independencia, franqueza, auto dirección, autodisciplina. Conductas profesionales: licencia de la persona a negarse al tratamiento. Justos soportes de otros proveedores para hacer pensar en las alternativas del plan de cuidados. Soporte al diálogo abierto de problemas en la profesión. (5) *Valor de la Dignidad Humana*: es el valor inherente y singular de toda persona. Actitudes y cualidades personales: Consideración, empatía, humanidad, bondad, respeto, confianza. Conductas profesionales: Resguardar el derecho a la privacidad de la persona. Mantener la confidencialidad del paciente. Tratar a otros con respeto. (6) *Valor de la Justicia*: considerar los principios morales y legales inherentes a las personas. Actitudes y cualidades personales: coraje, integridad, moralidad, objetividad.

Conductas profesionales: Actuar como abogado de la salud-cuidado. Asignar los recursos con justicia. Informar sobre la práctica incompetente, inmoral e ilegal. (7) *Valor de la Verdad*: se mantiene fidelidad al hecho o realidad. Actitudes y cualidades personales: responsabilidad, autenticidad, honestidad, racionalidad, reflexivo. Conductas profesionales: documentar los descriptores del cuidado con comprensión y honestamente. Obtener datos suficientes para hacer los juicios legítimos antes de informar. Participar de los esfuerzos profesionales para proteger al público de la desinformación sobre el cuidar. En la *Tabla 2.4* se sintetizan los valores, actitudes y conductas profesionales enfermeras que en 1986 la American Association of Colleges of Nursing (AACN), identifica.

Otras Asociaciones profesionales, como por ejemplo *L'Ordre des infirmières et infirmiers*, de Canadá, en la región de Québec, realiza un estudio sobre la profesión enfermera, en el que propone los valores de los miembros de la profesión en su misión social⁴². Estos valores son: (1) *La salud y el bienestar*, definido como una manera de ser para cada persona, familia, grupo o colectividad en relación a su entorno. Salud como proceso dinámico y de desarrollo individual, familiar, colectivo y social relacionado con un entorno cambiante. Proceso de creencias y expansión del ánimo individual, familiar, colectivo, social dentro de un medio en movimiento. La salud como fenómeno multidimensional y un proceso dinámico caracterizado por fluctuaciones continuas, múltiples e interdependientes. Un estado armónico que revela un bien estar global que permite a los individuos, familias, colectividades y a la sociedad realizarse. Un estar a partir de la realidad de cada persona, familia, grupo, sociedad, en interrelación mutua con su medio, necesitados de compromiso y sostenimiento para desplegar los valores. Por último salud como experiencia subjetiva y multidimensional de un equilibrio entre la persona, sus componentes de salud y el medio.

(2) La dignidad de la persona, en tanto que la persona se desarrolla, crece, se realiza individual y colectivamente, y por tanto requiere de dignidad, cualidad de vida y muerte, respeto a sus valores y sus diferencias, confidencialidad, y el respeto a sus derechos y libertades. Reconocimiento del potencial humano de la persona: de cambio, de competencia, de capacidad de adaptación, de capacidad de interrelación con otros y con el entorno, capacidad de auto cuidarse, potencial de autocuración. La persona merece respeto a su derecho a la autodeterminación: ósea auto responsabilidad, toma de decisiones, participación. La persona es vista como un sistema abierto, y parte integrante de sistemas más grandes (familia, sociedad, entorno...). También como un ser global e indisociable; como un ser entero biopsicosocial y cultural capaz de percibir, de comprender y de interpretar las situaciones y libre de actuar.

(3) *Un entorno sano*, constituido por un conjunto de elementos del medio que contribuyen al desarrollo de las personas, puesto que las condiciones relativas al contexto que prevalecen e interactúan con ellas, influyen en su salud y en su bienestar. La interdependencia y la permeabilidad de la materia y de la energía entre la persona y el medio. La influencia de las condiciones internas y externas sobre el desarrollo y el crecimiento y el comportamiento de las personas, las familias, los grupos, de la sociedad en materia de salud. Un intercambio recíproco entre la persona y el entorno interno y externo hacia la búsqueda de la armonía y el equilibrio. La interdependencia entre el medio social, económico, político, familiar, institucional y comunitario y la salud de las personas. El entorno es el foco de control en

⁴² Documento de soporte sobre valores enfermeros realizado por la Ordre des infirmières et infirmiers du Québec titulado: "Des soins qui font la différence"

materia de salud, y la modificación de diversos factores relativos al entorno económico, político, social entraña cambios en materia de salud. Por tanto se ha de procurar un entorno sano que permita a las personas estar libres y en salud. Por último un entorno que permita una distribución equitativa de los recursos en materia de salud.

(4.) *Un servicio y una única perspectiva* hacia la *excelencia* profesional. Los cuidados se orientan ha la prevención, la promoción y el mantenimiento de la salud. Los cuidados humanitarios se fundamentan en el conocimiento científico (*caring*). Los cuidados tienen en cuenta el entorno de la persona. Los cuidados favorecen el desarrollo del potencial humano y la expansión del ánimo de la persona. Se ofrecen a través de profesionales competentes, autónomos y responsables. Un servicio que tiene en cuenta la influencia del entorno en la salud y el bienestar de las personas. Ofrecido en colaboración con otros profesionales de la salud, y por enfermeras comprometidas individualmente, profesionalmente, socialmente, y moralmente. El compromiso individual se concreta en el desarrollo de la carrera: crecimiento personal, crecimiento profesional, formación, especialización, y formación continuada. El compromiso profesional relacionado con: adhesión a los valores, desarrollo de conocimientos, apoyo a la investigación, solidaridad profesional, participación colectiva, orgullo, socialización para tomar también bien las decisiones tanto lo que concierne al usuario como los planes sociales, económicos y políticos. Una colaboración multidisciplinar y una cooperación multisectorial e internacional. Un compromiso social en la toma de decisiones políticas, económicas y sociales. Acción comunitaria. Participación en los debates públicos. Un compromiso moral: en integridad profesional y respeto a los valores. La *Tabla 2.5* muestra los valores identificados por la *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* en 1994, e incluye una síntesis de las definiciones, concepciones y dimensiones para cada valor.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en el año 1953 describe el primer *Código Internacional de Ética* para enfermeras. Desde entonces se realizan diferentes revisiones, la última es del año 2000. En ellas se señala, a través de las normas de conducta ética, los valores y actitudes que guían la profesión. El Código muestra los valores de las enfermeras/os en relación con: (1) las personas. Se refiere a la responsabilidad profesional esencial, de atender a las personas que necesiten cuidados.

Promover un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, familia y comunidad. Dar información suficiente para fundamentar el consentimiento que den las personas a los cuidados y a los tratamientos relacionados. Mantener la confidencialidad y utilizar la discreción al compartirla. Compartir con la sociedad la responsabilidad de iniciar, y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales de las personas. En particular de las poblaciones vulnerables. Mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

(2) Respecto a la práctica profesional, las enfermeras/os son responsables de rendir cuentas del ejercicio y el mantenimiento de su competencia. También mantener un nivel de salud personal, que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados, acreditando la profesión

Tabla 2.4
Valores, actitudes y conductas profesionales.
 (Identificados por American Association of Colleges of Nursing, 1986)

<u>Valores</u>	<u>Definición</u>	<u>Actitudes</u>	<u>Conductas profesionales</u>
Estéticos	Proporcionar bienestar	Creatividad sensibilidad Apreciación	Adaptar el ambiente Crear ambiente trabajo agradable. Promover Imagen positiva del cuidar
Altruistas	Involucrarse en el bienestar de otros	Compasión compromiso ayuda	Prestar toda la atención incorporara tendencias sociales en el cuidar.
Igualdad	Mismos derechos, privilegios	Aceptación tolerancia asertividad	Proporcionar cuidados basados en las necesidades individuales, expresar ideas sobre el acceso a recursos.
Libertad	Capacidad de ejercer la opción	Confianza independencia autodisciplina autonomía profesional	Licencia de la persona a negarse al tratamiento Soporte al diálogo problemas profesión.
Dignidad Humana	Valor inherente y singular de toda persona	Humanidad respeto consideración	Derecho a la privacidad confidencialidad de la persona.
Justicia	Principios legales y morales	Objetividad integridad	Actuar como abogado de asignar recursos con justicia informar sobre prácticas incompetentes.
Verdad	Fidelidad al hecho	Autenticidad responsabilidad honestidad	Documentar con comprensión y honestidad Obtener datos suficientes Informar del cuidar

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio sobre valores enfermeros de la American Association of Colleges of Nursing (AACN, 1986).

y fomentando la confianza del público. Ellas/os juzgan la competencia de las personas al aceptar, y delegar responsabilidad. Se cercioran de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

(3) Acerca de la profesión indica que aplica normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación. Contribuye activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación. Por último, a través de la organización profesional, participan en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas en la enfermería. (4) Finalmente incluye a los compañeros de trabajo, sobre los que indica que mantienen una relación de cooperación, con las personas que trabajen en la enfermería y en otros sectores. Adopta medidas para preservar a las personas cuando un compañero u otra persona pongan en peligro los cuidados que ellas/os reciben. En la *Tabla 2.6* se resumen los valores y actitudes profesionales identificadas a partir del código deontológico del *Consejo Internacional de enfermería* en 1953.

El *Código Deontológico* de la enfermería española, del año 1989, reúne en tres apartados el conjunto de deberes de los profesionales que deben aplicar en su práctica profesional. Los tres grupos son: (1) *la enfermera/o y el ser humano*. En total se desarrollan XIII capítulos. El capítulo II y III trata del reconocimiento de los valores que tiene el ser humano reconocidos en la Constitución Española. Hace referencia relevante a la asistencia en la enfermedad de las personas. (2) *La enfermera/o y la sociedad*. Los capítulos del IV al XIX, desarrollan las normas que las enfermeras/os tienen ante la sociedad y el medio ambiente. Tres capítulos tratan especialmente de las personas más vulnerables como son las personas con disminución física o psíquica, los niños y las personas mayores. (3) *La enfermera/o y el ejercicio profesional*. Del capítulo X al XIII describe las normas y obligaciones en el sí del colectivo, y las bases encaminadas a lograr estatus profesional. La *Tabla 2.7* sintetiza los valores y actitudes identificados en el Código Deontológico de la Enfermería española, en el año 1989. Hay que resaltar que se identifica todavía como valor la asistencia basada en la enfermedad, en la década de los años ochenta, en que la formación enfermera ya había dado un cambio de orientación hacia la salud, teniendo en cuenta los diferentes modelos de cuidados.

Las diferentes tipologías de valores y actitudes enfermeras, presentadas en este capítulo corresponden a las que identifican organizaciones enfermeras relevantes⁴³. El análisis comparativo muestra que los sistemas de valores y actitudes, se fundamentan en valores posmaterialistas. Dan especial relevancia a la *dignidad de las personas*, como un valor central. También recogen la *autonomía profesional*, que es un valor emergente entre las enfermeras/os de España. La *excelencia* profesional esta unida a la asunción de los valores y actitudes profesionales. Los códigos difieren en la sistematización y organización. Los sistemas de valores y actitudes más específicos corresponden al documento realizado por la *American Association of Colleges of Nursing* y el *Consejo Internacional de Enfermería*. El único que establece como prioridad la asistencia basada en la enfermedad, valor que aún esta vigente, es el que identifica el código deontológico español. Del estudio de los diferentes marcos teóricos sobre valores profesionales, se selecciona uno. En la presente investigación se selecciona

⁴³ Documentos de: American Association of Colleges of Nursing; Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec ; Consejo Internacional de Enfermería ; y Consejo nacional de enfermeras y enfermeros de España.

Tabla 2.5
Valores y actitudes enfermeras.
 (Identificado por Ordre des infirmieres et infirmiers du Québec,1994)

Valores identificados	Definición, concepción, y dimensiones
Salud y bienestar	Manera de ser de cada persona, familia, grupo o colectividad. Proceso dinámico en un entorno cambiante, y como experiencia subjetiva y multidimensional.
Dignidad de la persona	La persona se desarrolla, crece, se realiza individual y colectivamente por tanto requiere de dignidad, cualidad de vida/ muerte, respeto a sus valores y sus diferencias, respeto a sus derechos y libertades, reconocimiento de su potencial humano.
Entorno sano	Conjunto de elementos que contribuyen al desarrollo de las personas, e influyen en su salud y bienestar, actúan en interdependencia y permeabilidad.
Excelencia profesional como servicio y perspectiva única	Los cuidados deben ofrecerse por profesionales competentes, autónomos responsables.

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio sobre valores enfermeros de l'Ordre des infirmieres et infirmiers u Québec en el año1994.

como marco de referencia el Sistema de valores profesionales de la *American Association of Colleges of Nursing*. La decisión de adoptar esta tipología obedece a diversos factores: (a) esta bien documentada; (b) explicita de forma detallada los valores. A cada valor se adhiere una serie de actitudes. También a cada valor le corresponden unas conductas profesionales determinadas; y (c) la tipología de valores se adecua metodológicamente al desarrollo de la presente investigación.

Los valores en las organizaciones son relevantes y confieren identidad. Las organizaciones y su estructura pueden definirse simplemente como el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas, consiguiendo luego la coordinación de las mismas (Mintzberg, 1998: 26). Las organizaciones o instituciones tienen identidad narrativa o histórica, y objetivos comunes. En una organización las necesidades de orden económico están al mismo nivel que los requerimientos éticos, porque el fin en si mismo son las personas no la organización o institución. La esencia personas clientes, y por el cuidado adecuado que ofrece a sus trabajadores cuidadores. Un elemento que influye negativamente en la esencia, y el sentido del cuidado que ofrece una institución es la burocracia⁴⁴ (Torralba, 2002: 172-173). La organización proscribe la libertad de acción de sus trabajadores mediante la formalización de su comportamiento. El comportamiento puede formalizarse de diferentes maneras, pero sea cual sea el medio de formalización, son idénticas las repercusiones sobre la persona que realiza el trabajo: se ejerce control sobre su comportamiento. Las organizaciones formalizan el comportamiento a fin de reducir su variabilidad, llegan incluso a predecir y controlar. Cuanto mayor y mas antigua es la organización, más formalizado esta su comportamiento (Mintzberg, 1998: 113, 272).

Los profesionales son el segundo grupo de influencia en una organización. El poder que detectan se apoya en gran medida en la presencia de asociaciones profesionales, que son agentes con influencia clave en el momento de determinar como deben realizar el trabajo sus miembros (Mintzberg, 1992:31-48). Los objetivos que los operadores profesionales tienden a perseguir en la coalición interna son, la protección y sobre todo la autonomía del grupo. Y después la mejora de su prestigio, y de los recursos a disposición de la especialidad, así como la excelencia profesional. A veces a costa de las necesidades del cliente. Finalmente, cuando las relaciones entre cliente y profesional son estrechas o personales, se manifiesta el apoyo a la misión de la organización (Mintzberg, 1992:161) que da o confiere identidad a una organización viene determinada por el cuidado que da a las

Estudio empírico de los valores

Existe una íntima relación entre los valores y el estilo de vida. Se puede identificar la identidad o la forma de ser de una persona a través de su manera de vivir. Los valores se manifiestan en las acciones de las personas y en sus omisiones, en sus palabras y en sus silencios. Una forma de investigarlos es a través de la observación del desarrollo de aquella vida, y de los valores reales que la hacen mover en una determinada dirección. De hecho donde se refleja auténticamente los valores de una persona es en la gestión del tiempo, porque cuando afirmamos que algo tiene valor, estamos diciendo que vale la pena dedicarle tiempo y esfuerzo porque tiene sentido (Torralba, 2001: 9-13). Por tanto a través de las acciones repetitivas y constantes que manifiestan un colectivo de personas, en un intervalo de tiempo

⁴⁴ La palabra burocracia deriva de la palabra francesa bureau, que significa escritorio u oficina. Pero a partir de que Max Weber, el gran sociólogo alemán, la utiliza a principios de siglo para describir un determinado tipo de estructura organizativa (Mintzberg, 1998:123).

Tabla 2.6
Valores y actitudes enfermeras.
 (Identificado por el Consejo Internacional de Enfermería, 1953)

Enfermeras	Valores	Actitudes
Enfermera/o y las personas	Responsabilidad Confidencialidad Tolerancia Solidaridad Justicia Singularidad, holismo Asistencia a la salud	Prudencia Respeto Comprensión Disponibilidad Sensibilidad
Enfermera/o y la práctica	Competencia Compromiso/ vocación Autonomía Conciencia	Confianza Actuar como abogado Búsqueda de experiencia
Enfermera/o y la profesión.	Estatus profesional	Proyecto profesional Autoformación
Enfermera/o y sus compañeras/os de trabajo.	Trabajo en equipo	Colaboración.

Fuente: elaboración propia a partir del documento sobre valores profesionales del Consejo Internacional de Enfermería de 1953.

Tabla 2.7
Valores y actitudes enfermeras.
 (Identificadas en el Código deontológico de la Enfermería española, 1989)

Enfermeras	Valores	Actitudes
Enfermera/o y el ser humano	Dignidad Asistencia basada en la enfermedad. Libertad Tolerancia Igualdad Confidencialidad Veracidad Compasión	Respeto Empatía Confianza
Enfermera/o y la sociedad	Justicia Independencia	Actuar como abogado Protección
Enfermera/o y el ejercicio profesional	Competencia Autonomía Responsabilidad Estatus profesional	Autoformación Colaboración

Fuente: Elaboración propia a partir del código deontológico de la Enfermería española en el año 1989.

dado, se deduce que se inspiran en unos modelos, que son símbolos del universo de los valores. Corresponden al segundo nivel de abstracción (Rocher, 1973:69). Los valores se insertan en la realidad social, y se hacen activos en ella, en razón del carácter simbólico que revisten. La descripción y el análisis de los valores realizado por los científicos sociales se basa en el uso de informaciones muy diversas. El testimonio puede aportar un indicio preliminar: las personas son capaces, hasta cierto grado, de manifestar a qué valores dan importancia. Aunque este testimonio no sea totalmente exacto ni completo, no debe ser ignorado. Se pueden obtener más pruebas a partir del estudio sistemático de la elección de objetos y acciones, bien en el comportamiento natural, bien en diversos tipos de tests, entrevistas y experimentos. Estos estudios, son difíciles de medir, sobre todo si se miden de una forma directa. Lo que sí se puede hacer es medirlos de forma indirecta, y así visualizar la importancia relativa que tiene uno u otro valor (De Miguel, 1997:170).

La investigación puede brindar indicaciones sobre la dirección de los intereses, tal como se pone de manifiesto a través de los productos culturales o del comportamiento observado directamente. Un análisis del contenido del material verbal es, a menudo, una técnica conveniente a este propósito. La identificación de los presupuestos implícitos en el discurso social, revela con frecuencia unos valores, que de otra forma son difíciles de descubrir. Un principio general muy sólido para observar el comportamiento social es seguir el curso dinámico de las sanciones, adondequiera que pueda conducir. Un análisis metódico de todos los detalles de las consecuencias sociales, de la recompensa, o el castigo social, a un determinado tipo de acción, revela datos importantes sobre los valores. Al observar que comportamientos son elogiados y, por consiguiente, recompensados, y cuales son criticados, condenados o castigados, se obtienen importantes datos para identificar los patrones socialmente efectivos que operan de hecho en cualquier grupo o sociedad.

Aunque los valores no sean idénticos a las ideologías, es posible extraer datos útiles sobre ellos, a partir del análisis de contenido de materiales ideológicos. Los valores pueden analizarse como variables dependientes, sujetas a cambios sobrevenidos en la población, la tecnología, la producción económica, y la organización política. Sin embargo una vez establecidos, los valores operan como variables independientes. Canalizan las reacciones de las personas ante las innovaciones. Los indicadores de valor, o definiciones operacionales de valor son: (a) el valor como elección abierta o preferencia; (b) como atención o insistencia; (c) como declaración o afirmación; (d) como premisa implícita; y (e) como referente de las sanciones sociales. Cuando se emplean combinadas estas aproximaciones adquieren mayor fiabilidad, en la medida que son mutuamente coherentes (Sills, 1977:609).

La finalidad de la presente investigación es identificar el sistema de valores profesionales más prevalentes en este colectivo, para determinar su identidad profesional enfermera. La conceptualización del término valor realizada por Guy Rocher, es la definición que sustenta el presente estudio. Valor es una manera de ser o de obrar que una persona o colectividad juzgan ideal, y que hace deseables o estimables a los seres, o a las conductas a los que se atribuye dicho valor (Rocher, 1973:70). Los valores pertenecen al universo de los símbolos. Se pueden identificar a través de las actitudes, y comportamientos selectivos de las personas. Tienen elementos direccionales, elementos afectivos, en cuanto a la adhesión y seguimiento, y elementos cognoscitivos. Los valores son bases organizativas y fundamentales de toda sociedad, profesión y persona. Son lo que da sentido, e identidad al grupo profesional.

3

METODOLOGÍA

3. Metodología

Tipo y ámbito de estudio, población y muestra. Criterios de selección de la muestra.

La aproximación que se realiza en la presente investigación, sobre los valores y las actitudes de las/os enfermeras/os que integran su identidad profesional, es cualitativa. Se selecciona ese tipo de acercamiento por el carácter del tema de estudio. Se trata de profundizar en la comprensión global y contextualizada del sentido social del fenómeno. Los valores se manifiestan en las acciones de las personas, en sus palabras. Por tanto a través de las acciones repetitivas y constantes que manifiestan un colectivo de personas, enfermeras y enfermeros, en un intervalo de tiempo dado, se deduce que están inspirados en unos modelos, que son símbolo del universo de los valores (Rocher, 1973:69). El estudio que se presenta en esta investigación es descriptivo e interpretativo.

La *muestra poblacional* del estudio es el conjunto de enfermeras/os, colegiados en Barcelona y provincia. La unidad de análisis principal, según los datos proporcionados por el Colegio de Enfermeras/os, que se refiere a la población de enfermeras/os de Barcelona, está constituida en el año 2003, por un total de 31.037 personas. La distribución en relación al género es del: 87,75 % de mujeres y 12,25 % de hombres, y el nº total de profesionales en activo es de 28.190 personas. En el 2004 el porcentaje de colegiados varones, se reduce algo respecto al año anterior, es del 11,96%. Mientras que el de colegiadas es de 88,04%. La muestra de la presente investigación es intencional. Se obtiene información de enfermeras/os que trabajan actualmente en espacios profesionales diversos, lo que favorece disponer de una perspectiva amplia. En la presente investigación se profundiza en temas que son centrales en la profesión enfermera, por este motivo se selecciona una muestra, que se adapta al abanico de situaciones profesionales diversas.

Los criterios de selección de la muestra responden al resultado de un estudio previo. Se realiza con la finalidad de hacer operativa la selección de entrevistados para poder controlar la heterogeneidad de la muestra. El estudio se basa en la identificación de las tendencias redefinitorias de los espacios profesionales propios. Los resultados de este estudio, ayudan a trazar un casillero tipológico que actúa de dispositivo muestral. El estudio sobre los cambios producidos en los espacios profesionales enfermeros, parte de las transformaciones en el campo de la salud en las últimas décadas, y las repercusiones en los espacios profesionales. Unos espacios van emergiendo e instaurándose en las diferentes instituciones, definiendo su perfil, y otros se diluyen, o bien pasan a formar parte de las tareas de otros colectivos. A partir de estos datos se confecciona una tipología que refleja este proceso de transformación de los espacios profesionales⁴⁵. La tipología parte de las cuatro funciones básicas, que la enfermera es capaz de ejercer en base a los estudios básicos oficiales: (a) asistencia; (b) docencia; (c) gestión; e (d) investigación. Estas cuatro funciones en la práctica se desarrollan con diferente intensidad según el lugar de trabajo específico.

En la muestra confeccionada se tienen en cuenta las condiciones de heterogeneidad y accesibilidad. También se basa en los resultados del Plan estratégico del Colegio de Enfermeras/os de Barcelona en el 2001, y del estudio del personal de enfermería realizado por el Institut Catala de la Salut, en 1993. El criterio principal de inclusión en la muestra, es estar colegiados, puesto que, en el Estado español es un requisito obligatorio para ejercer la

⁴⁵ Las Tablas 8.1, 8.2, y 8.3 sobre la tipología de los espacios enfermeros, se muestra en el capítulo 8, de la presente investigación: *Cambio de paradigmas profesionales*.

profesión, e implica la posesión del título académico correspondiente. El segundo criterio es estar en activo trabajando en el momento de la entrevista. Para la confección de la muestra se tienen en cuenta los siguientes datos: (a) el número total de colegiados en Barcelona; (b) el número total de mujeres enfermeras, en relación al número total de hombres enfermeros colegiadas/os; (c) el año que finalizan los estudios enfermeros; (d) el resultado de un estudio previo sobre espacios profesionales, en cada una de las cuatro funciones principales que las enfermeras y enfermeros tienen competencia; (e) el número total de enfermas/os que trabajan en ámbito público o privado; y (f) el proceso de cambio de plan de estudios en el periodo estudiado.

La muestra inicial está formada por 25 profesionales enfermeras/os. Cuando se inicia el trabajo de campo se amplía a 26 profesionales. Se incluye una enfermera religiosa. Se justifica por el hecho que, la historia del colectivo profesional, en España, esta unida a la historia de las Órdenes religiosas, que tienen como actividad principal, el cuidado de las personas enfermas. En relación al género, la proporción en la muestra es de 21 enfermeras y 5 enfermeros. En el ámbito público, trabajan 16 enfermeras/os y en el privado 9 profesionales. La totalidad de las personas que forman la muestra, se consideran informantes especiales, la situación que ocupan es central y única en el espacio profesional que se investiga. Una enfermera es considerada informante clave, ya que es especialista en el tema de investigación. El periodo estudiado esta determinado por las trayectorias profesionales de los informantes. Las trayectorias profesionales de enfermeras y enfermeros, comprenden desde la década de los años sesenta hasta el año 2004. La muestra esta formada por enfermeras y enfermeros que trabajan en los cuatro áreas: investigación, docencia, gestión y asistencial. Cubre unabanico de trayectorias profesionales diferentes.

Área de Investigación: se entrevista a una enfermera. En esta área, aun esta limitado el acceso en la actualidad. Escasos/as profesionales dedican la totalidad de su tiempo a la investigación, aunque aumenta progresivamente el numero de los investigadores con dedicación parcial. Se descartan en este ámbito las enfermeras/os que cursan la formación antes del año 1953, en sus estudios no se imparten asignaturas sobre metodología de la investigación. En el caso de los profesionales que cursaron los estudios en el periodo 1954- 79, se escogen a las/os profesionales que realizaron el curso puente para nivelar conocimientos a Diplomado en Enfermería. Concretamente una profesional a dedicación completa, en el ámbito público. Por la situación que ocupa dentro del colectivo profesional esta considerada informante clave.

Área de Docencia: Se entrevistan dos personas. En esta área se elige a una informante clave, por sus conocimientos sobre valores y actitudes profesionales, en una institución educativa pública. Y un profesional docente, que ejerce en una institución educativa privada. En cuanto estudios básicos inicialmente la previsión es una enfermera con estudios de ATS y DE y una enfermera con estudios de Diplomado. En el estudio se seleccionan dos enfermeras con estudios de ATS y DE. El criterio del cambio es que la primera es informante clave, y en el caso de la segunda enfermera se valora que además de docente en una Escuela de enfermería privada, es comadrona, y ejerce. También es fácil el acceso a ella. Estos elementos hacen que se reconsidere y acepten estas dos enfermeras informantes por las características que presentan.

Área de gestión: se entrevistan tres profesionales. Las entrevistadas/os que pertenecen a este grupo son considerados informantes especiales por la posición que ocupan en su practica profesional. Obtienen información desde una visión global. Dos profesionales del ámbito público, y una enfermera del privado. Los tres informantes de este ámbito tienen formación de

ATS y DE. Aunque pertenecen los tres al mismo plan de estudios, en el estudio se añade la aportación de cuatro enfermeras/os que a lo largo de su trayectoria profesional ejercen en gestión, formados con planes de estudios diferentes. Las tres enfermeras/os de la muestra son: un enfermero, adjunto en Asistencia Primaria; una enfermera, gestora en una Escuela de enfermería pública; una enfermera, directora de enfermería en Clínica privada.

Área Asistencial: Total de profesionales entrevistados es de 20. De las cuales 13 enfermeras/os que trabajan en el ámbito laboral público, y 7 en el ámbito privado. En instituciones públicas se realizan las siguientes entrevistas: 3 profesionales de Asistencia Primaria. De ellas, una enfermera, con estudios de Diplomado y 2 con estudios de ATS y DE. Las tres enfermeras informantes viven la reforma en Asistencia Primaria. Actualmente trabajan en centros reformados en consulta de enfermería y domicilios. En Hospitales públicos un total de 6 enfermeras/os. Dos son enfermeros, sus estudios son de ATS y DE, están en unidades de hospitalización de oncología y digestivo. Una enfermera, en este grupo, que también curso ATS Y DE, es religiosa y trabaja en una unidad de medicina interna. Las 3 enfermeras de este grupo, cursan estudios de DE en la década de los años ochenta. Una de ellas trabaja en la unidad de oftalmología en un Hospital público. La segunda en la unidad de enfermos con lesiones de columna, y la tercera en una unidad de corta estancia, que atiende a enfermos con diversas patologías. En organizaciones Hospitalarias privadas el grupo de enfermeras/os esta compuesto por un total de 4. Un enfermero formado en ATS y DE, que ejerce en quirófano. Una enfermera Diplomada en la década de los años ochenta, que ejerce en quirófano. Dos enfermeras diplomadas en la década de los años noventa. Una de ellas ejerce en una unidad de pediatría, y la segunda en la unidad de medicina interna y oncología. El resto de la muestra esta compuesta por enfermeras y enfermeros, que trabajan actualmente en espacios con características propias. Unos espacios son emergentes como: una enfermera de enlace Hospital- Asistencia Primaria, con estudios de ATS y DE. Una enfermera higienista, ejerce en un Hospital público, con formación de ATS y DE. Un enfermero que ejerce en una empresa privada, él es ATS sin convalidar sus estudios. Una enfermera en cuidados paliativos, que ejerce en Hospital público y domicilios, sus estudios son de ATS y DE. Una enfermera que ejerce en prisiones, se forma en la década de los años noventa, DE. Por último configuran la muestra dos enfermeras, que ejercen en espacios tradicionales que se mantienen. Una de ellas ejerce en un geriátrico privado, se forma a final de la década de los años noventa. Una enfermera que ejerce en una consulta médica privada, es una enfermera recién titulada.

La totalidad de la muestra formada por enfermeras y enfermeros que en la actualidad trabajan, presentan unas características propias y diversificadas, que permiten comprender la realidad social del colectivo a través del conocimiento de los valores y actitudes con más peso en el colectivo profesional. Las trayectorias profesionales expresadas por las/os informantes son de una gran diversidad, y complejidad. Muestran un discurso valioso lleno de experiencias, vivencias, y conocimientos de la realidad que viven. La muestra de enfermeras y enfermeros se sintetiza en la *Tabla 3.1*. Al seleccionar a las personas para la entrevista, se tienen presentes cuatro inhibidores de los entrevistados/os: falta de tiempo, sobre todo en personas ocupadas, la amenaza al ego, ósea el temor que la información trascienda, la etiqueta, autocensura psicosocial, y el trauma, sentimiento desagradable al revivir experiencias.

El acceso al campo, en cada una de las enfermeras/os entrevistados es indirecto. La investigadora no tienen ninguna relación directa, ni profesional ni personal con las personas que componen la muestra. El primer contacto lo realizan enfermeras y enfermeros conocidos por la investigadora, a quien se les indica las características que deben tener las personas

Tabla 3.1
Muestra final

Area de trabajo actual	Periodo de Formación		
	1965-1979	1980-1990	1991- 2004
<u>Investigación</u>	Enfermera (E4)* ⁴⁶		
<u>Gestión</u>	Enfermera (E2) Enfermero (E11)* Enfermera (E3)*		
<u>Docencia</u>	Enfermera (E1)* Enfermera (E14)		
<u>Asistencia</u>			
Primaria	Enfermera (E5) * Enfermera. (E6) *	Enfermera(E7)*	
Hospitalaria	Enfermero (E18)* Enfermera (E20)* Enfermero (E21)* Enfermero(E26)	Enfermera (E13) Enfermera (E19)* Enfermera (E24)* Enfermera (E25)*	Enfermera (E17) Enfermera (E23)
Enf.enlace	Enfermera (E22)*		
Geriátrico			Enfermera (E15)
Higienista	Enfermera (E16)*		
Empresa	Enfermero (E8)		
Cuidados Paliativos	Enfermera (E9)*		
Prisiones			Enfermera (E12)*
Consulta Médica			Enfermera (E10)

Elaboración Propia

⁴⁶ (*) = Trabajo actual en organización sanitaria pública

para ser informantes. Una vez realizada la primera aproximación, y con el consentimiento para ser entrevistadas/os, la investigadora se pone en contacto directamente. Informa por teléfono o directamente, del objetivo de la entrevista, tiempo de duración, y confidencialidad. Se solicita a la entrevistada/o, que indique el lugar y la hora de la entrevista. Se ofrece un despacho privado. En la realización de la entrevista se entrega un guión del protocolo, en soporte papel, sobre los temas generales que se abordan⁴⁷. El trabajo de campo se realiza en el 2003.

Definición de las variables. Medida. Fuentes de datos. Fiabilidad y validez

La definición de las variables es esencial. Las variables independientes que en la presente investigación se analizan, son importantes para la comprensión global de la realidad socio-cultural de la práctica enfermera. Son: la edad, género y estatus social, los valores y actitudes profesionales, la valoración social de los cuidados, la imagen social de las/os enfermeras/os, la carrera profesional, las condiciones de trabajo y la posición del Estado sobre la profesión. Estas variables actúan como independientes en la presente investigación. La variable dependiente es la realidad socio-cultural de la profesión de enfermera. La definición sobre los términos y el sentido como se van a utilizar en la presente investigación es el siguiente:

(1) Valores: En el marco de las Ciencias Sociales se define como una manera de ser o de obrar que una persona o colectividad juzgan ideal, y que hace deseables⁴⁸ o estimables a los seres o a las conductas a los que se atribuye dicho valor. El concepto valor va unido a una serie de características, el valor está en el orden ideal, los objetos y acontecimientos, sirven de inspiración y referencia a un determinado orden moral, estético o intelectual; el valor denota cualidad de ser, a la que se aspira y en la que cabe inspirarse; el valor está inmerso en la sociedad, formando parte de ella (Rocher, 1973:70).

(2) Actitud: Las actitudes son tendencias a comportarse de una forma consistente y persistente delante de una determinada situación, objeto, hecho o persona. Las actitudes traducen, a nivel comportamental, el mayor o menor respeto o adherencia a unos determinados valores. Las actitudes son funciones de los valores (Rocher, 1973).

(3) Profesión: Es una ocupación técnica a plena dedicación, y apoyada en conocimiento abstracto. Se basa en la idea de servicio a la sociedad. Asume el principio de autonomía. Se organiza colegialmente. Su compromiso ha de tener carácter vocacional. Su actividad viene determinada por un código de ética y catalogo de cultura. La relación se establece entre cliente y profesional. Conceden una importancia especial a las actitudes profesionales (Moreno, 1982; De Miguel 1998).

(4) Profesión enfermera: La práctica enfermera comporta el desarrollo de las actividades de cuidados que responden al rol autónomo de la enfermera y de aquellas actividades de colaboración interrelacionadas con las actuaciones de otros profesionales que integran el equipo interdisciplinario de salud (Consell Asesor d'Infermeria, 2000)

⁴⁷ En el capítulo 11 de anexos de la presente investigación, se incluye el esquema de la entrevista en profundidad, ofrecido a las/os informantes.

⁴⁸ Se ha de distinguir entre deseable o meramente deseo. Un valor es la concepción de lo deseable y no meramente deseo.

(5) Cuidar: Es el proceso social que forma parte de la propia experiencia, ayuda a la supervivencia y hace posible la existencia. Los cuidados son transmitidos por las manos, por el tacto y el contacto cuerpo a cuerpo (Domínguez Alcón, 1989; Colliere, 1996: 305).

(6) Identidad profesional es la combinación y relación entre los elementos: conocimientos, habilidades y valores y actitudes, en un contexto dado. La identidad profesional no es algo estático sino una construcción social de las personas que integran el colectivo. La identidad profesional se adquiere cuando una persona se integra en un colectivo profesional, y adopta no solamente los conocimientos y habilidades de la profesión, si no que además adopta los valores y actitudes que la caracterizan (Solveig, 1997: 435; Abdel, 1984: 184; Cano Caballero, 2004:36). En los anexos de la presente investigación, se incluye un glosario de términos sobre valores y actitudes. También se complementa las definiciones de las variables en el marco teórico.

La medida de las variables en la aproximación cualitativa de la presente investigación. Se utiliza como instrumentos de medida las técnicas cualitativas. En la aproximación y análisis socio-cultural de la práctica enfermera, se utiliza como instrumento de medida las “entrevistas en profundidad” a informantes clave y especiales. Las entrevistas en profundidad son semiestructuradas. Se elabora un guión sobre los temas centrales que se abordan. Los contenidos de cada tema emergen de los datos aportados por las entrevistadas/os. En las entrevistas se aplican los procesos fundamentales de comunicación y de interacción humana. Del análisis específico de dichos procesos, se obtienen información y elementos para la reflexión muy ricos y llenos de matices.

La entrevista en profundidad para análisis cualitativo, se realiza con un diseño flexible de la investigación, ya que es esencial el potencial de cada aportación, que ayuda a la comprensión teórica de la práctica enfermera, los valores y las actitudes que tienen más peso en el colectivo profesional. En la presente investigación se escoge esta técnica por las ventajas que aporta. Su estilo abierto permite obtener mucha información intensiva, holística, contextualizada, y personalizada sobre el tema de estudio. Ofrece la oportunidad de clarificar, seguir las preguntas, y respuestas en un marco de interacción directo, y flexible. También genera hipótesis, y orientaciones útiles sobre la evolución de los valores y actitudes profesionales y también los factores que inciden directa o indirectamente. Frente a las técnicas de observación es más capaz, y eficaz el acceso a la información difícil de obtener como son las actitudes en la vida profesional diaria de una enfermera/o. Frente a técnicas del grupo de discusión es preferible por su intimidad, adecuada al tema de estudio. Toda técnica comporta una serie de limitaciones, que se tienen presentes en la investigación, para poder atenuar en la medida de lo posible sus consecuencias. Concretamente en las entrevistas en profundidad esta presente el factor tiempo, y los problemas potenciales en cuanto a reactividad, fiabilidad y validez. Limitación de falta de observación directa o participada, y carencia de las ventajas de la interacción grupal (Valles, 1999: 196-97).

El segundo instrumento de medida de la presente investigación es la tipología de Valores y actitudes profesionales, realizada por la *Asociación Americana de Universidades de Enfermería* en 1989, descrita y referenciada en el marco teórico sobre valores, en la presente investigación. La tipología sobre valores y actitudes es extensa y esta bien documentada. Se describen los valores, a cada valor se adhieren unas actitudes concretas, y las conductas profesionales.

La fuente de datos requeridos en este estudio se obtiene de diversas fuentes: (1) La documentación bibliográfica se realiza en los ámbitos siguientes: (a) Bibliografía específica sobre valores. (b) Bibliografía sobre el estudio sociológico de profesiones. (c) Bibliografía sobre el estudio de la profesión enfermera. (d) Bibliografía sobre el estudio de la naturaleza del cuidar. (e) Bibliografía sobre metodología de la investigación cualitativa. (2) Base de datos del Colegio Profesional de Barcelona. Los datos sobre el colectivo son necesarios para confeccionar la muestra. (3) Documentación política y legal. En este ámbito se recopila los documentos sociológicos de salud y sanidad (Informe Foesa, 1990). Leyes generales de Sanidad (1996), Leyes de Sanidad de Catalunya y de Barcelona. El nuevo código penal, y la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias (2003). (4) Documentos sobre centros asistenciales de Barcelona y provincia, y relación de cargos de gestión, ocupados por enfermeras/os. Esta información es proporcionada por el Instituto Catalán de Salud.

Las medidas *de fiabilidad y validez* se determinan en la presente investigación. El acceso al campo se realiza después de la confección del marco teórico de la presente investigación. Se procede a documentar la información necesaria, para la confección de la muestra que pueda generar los datos suficientes para la descripción e interpretación de los hechos. Es una muestra que cuenta con un valor estratégico para confeccionar la información analizada en la presente investigación. La muestra hasta el análisis de los datos esta abierta. Las informantes enfermeras/os aportan la información directamente al investigador. Las entrevistas se realizan en condiciones requeridas por los propios informantes y adecuadas en comodidad, intimidad, y tiempo, para que las grabaciones sean inteligibles con todos sus matices. Se toman medidas de seguridad con los instrumentos de recogida de información: se utilizan dos grabadoras, una digital y una clásica para recoger los datos. Los datos que generan las entrevistas y en el desarrollo del análisis se contrastan con bibliografía para la validez de las interpretaciones que generan. También los datos de enfermeras/os que viven un mismo proceso en el tiempo se comparan.

Procedimiento, organización y seguimiento: metodología de recogida de datos. Diseño de la entrevista. Instrumento de recogida de datos. Consideraciones éticas.

La metodología de la recogida de datos. En las entrevistas en profundidad, a enfermeras y enfermeros se profundiza sobre las trayectorias profesionales. En ellas desarrollan experiencias, opiniones, situaciones y reflexiones sobre la práctica enfermera, susceptibles de ser analizadas y contrastadas. Las entrevistas en profundidad son semiestructuradas. Se mantiene un carácter abierto durante la entrevista. Se sitúa al entrevistado en un marco de referencia: las etapas de la trayectoria profesional. Pero es la propia entrevistada/o que profundiza en una situación o tema.

En la elaboración del guión de las entrevistas en profundidad sobre las actitudes y valores en la práctica profesional enfermera, se tiene en cuenta varios aspectos relacionados con el itinerario profesional y vital enfermero: El diseño de las entrevistas en profundidad se centra en: (a) la identificación personal: edad, género, estado civil, descendencia, creencias religiosas, afinidad política, clase social de origen, clase social actual, trayectoria académica, trayectoria profesional.

(b) Actitudes y valores profesionales: (b1) En la *etapa pre-formativa*: Ideas y sentimientos en relación a: las personas, el cuidar, la salud y la enfermedad, el entorno, los profesionales sanitarios: enfermeras/os médicos/as internistas, médicos/as, cirujanos/as, psicólogos/as,

fisioterapeutas, podólogos/as, trabajadoras/es sociales. Situaciones vividas de salud y enfermedad por ella/él. Situaciones vividas de salud y enfermedad en personas próximas. Motivaciones personales, familiares y/o del entorno para acceder a la profesión enfermera.

(b2) *Etapa Formativa*: Ideas y sentimientos respecto a situaciones vividas. Valores transmitidos por la institución educativa: Grado de burocracia, percepción de atención personal, equidad de recursos. Percepción de cambio o modificación de los conceptos descritos en el apartado (b1). (b3) *Etapa profesional inicial*: Ideas, sentimientos en las primeras experiencias profesionales. Valores transmitidos por la organización sanitaria en relación: al grado de burocracia, percepción de atención personal, equidad de recursos. Percepción de cambio y modificación sobre los conceptos descritos en el apartado (b1). Expresión de la tipología de valores y actitudes propuestas, a partir de situaciones profesionales concretas: Cuidado directo de la persona entrevistada y cliente en cuanto al grado de privacidad del contexto, de su cuerpo y de su vida; información de cuidados, lenguaje utilizado, participación en la planificación y aplicación de los cuidados; gestión de agresión física o verbal de los enfermos; recursos asignados y su gestión, grado de escucha y/o presencia física. Cuidados fuera del ámbito laboral, y en situaciones de urgencia; cuidados ofrecidos por otros profesionales en referencia a los factores propuestos en el apartado anterior. Relaciones de trabajo con otros profesionales: jerarquía, imagen, comunicación: formal e informal, ayuda profesional.

(b4) *Etapa madurez profesional*: Ideas, sentimientos en las experiencias profesionales. Valores transmitidos por la organización sanitaria: Grado de burocracia, percepción de atención personal, equidad de recursos. Percepción de cambio y modificación sobre los conceptos descritos en el apartado. Expresión de la tipología de valores y actitudes propuestas, a partir de situaciones profesionales concretas. Las situaciones profesionales las clasificaremos en: Cuidado directo de la persona entrevistada y cliente en cuanto al grado de privacidad del contexto, de su cuerpo y de su vida; información de cuidados, lenguaje utilizado, participación en la planificación y aplicación de los cuidados; gestión de agresión física o verbal de los enfermos; recursos asignados y su gestión, grado de escucha y/o presencia física. Cuidados fuera del ámbito laboral y en situaciones de urgencia; cuidado dado por otros profesionales en referencia a los factores propuestos en el apartado anterior. Relaciones de trabajo con otros profesionales: jerarquía, comunicación: formal e informal, ayuda profesional. Identidad profesional: Percepción de cambio personal y/o profesional en la praxis, factores que influyen. Registros profesionales. Actualización de conocimientos. Pertenencia y/o implicación en asociaciones profesionales. Implicación en comisiones del ámbito laboral. Se confecciona un esquema de la entrevista⁴⁹.

Instrumento de recogida de datos. Los datos generados en las entrevistas en profundidad a enfermeras/os se recogen con dos magnetófonos. Uno de ellos digital, que incluye un programa informático para guardar los datos en el PC, en espera de ser transcritos. El otro magnetófono es el tradicional con cintas grabadoras, que se almacenan y sirven de protección de datos. Las entrevistas tienen un intervalo de tiempo previsto que oscila entre una hora a hora y media. Al realizar el trabajo de campo y de forma paralela como instrumento facilitador se realiza un diario de campo. Sirve para varios propósitos: se elaboran esbozos de los temas examinados en cada entrevista; se formulan comentarios diversos para comprender lo que se dice y como se dice. También alguna anotación sobre elementos a tener en cuenta en

⁴⁹ El esquema de la entrevista facilitada a las entrevistadas/os, se adjunta en el apartado de anexos de la presente investigación.

la entrevista posterior. Las entrevistas se realizan en el contexto que elige la entrevistada/o. Se ofrecen varias posibilidades, el requisito previo es que el tiempo sea suficiente, y en un lugar recogido sin interrupciones. En todas las entrevistas realizadas se cumple con los dos requisitos.

Las entrevistas en profundidad se transcriben a papel, siguen con fidelidad el texto narrado. En ellas están descritas nombres apellidos de personas, identificados los centros asistenciales. En el análisis de la presente investigación, se anulan la identificación de personas y entidades de los extractos de entrevista utilizados. No son objeto de la presente investigación, analizar organizaciones sanitarias concretas, ni personas específicas.

Consideraciones éticas. La presente investigación analiza la realidad socio-cultural de la profesión enfermera, y concretamente los valores y actitudes que tienen mas peso en el colectivo. Dado las características del tema, y para facilitar una información veraz, se cumplen con una serie de requisitos o consideraciones éticas. Las enfermeras y enfermeros informantes, acceden libremente a ser entrevistadas/os. Las personas que realizan la aproximación inicial al campo ósea a las enfermeras/os entrevistadas/os, no conocen ni el esquema de la entrevista, ni su contenido una vez realizada. A las personas entrevistadas se les pide consentimiento para realizar las grabaciones. Se establece previamente un pacto que tiene en cuenta los siguientes puntos: (a) las/os informantes guardan el anonimato, solo la investigadora conoce sus identidades; (b) las personas que identifican en las entrevistas su nombre, no esta reflejado en ningún extracto de entrevista que se transcribe en la presente investigación; (c) las organizaciones sanitarias en las que trabajan, han trabajado o tienen relación, no son identificadas en el transcurso del análisis. Solo se contemplan las características sobre el carácter público o privado, y la atención específica que ofrecen.

Estrategias de análisis. ATLAS TI. Prueba piloto.

Estrategias de análisis. El análisis de los resultados, desde los significados, manifestados por los informantes, conduce a la modificación de la hipótesis general y/o generación de hipótesis (San Roman, 1991:227). El análisis de datos cualitativos es un análisis integral que empieza ya en el protocolo de métodos de investigación. El análisis de los datos se realiza ayudado por el programa informático ATLAS TI, en la versión 2.3.

Las etapas que se siguen en el análisis son las siguientes:

- 1- Las entrevistas en formato digital, se graban en CD. De una entrevista se guardan dos copias: una en formato CD y una en cinta.
- 2- Se transcriben las entrevistas, con ayuda del programa informático que da soporte a la grabadora digital. Este programa facilita la velocidad y la repetición de la entrevista para que sea transcrita.
- 3- Se transcriben las entrevistas literalmente, y se procede a la a lectura inicial en formato papel. De la primera lectura se anotan las impresiones y los temas que tratan en el diario de campo, iniciado en la realización de las entrevistas.
- 4- Se preparan las entrevistas para convertirlos en documentos primarios adecuados al programa informático.
- 5- Se crea una unidad hermenéutica en el AtlasTI, asignándole los documentos primarios.
- 6- Se inicia la codificación abierta sobre temas que se tratan en las entrevistas. Las etapas de las trayectorias profesionales, se codifican utilizando mayúsculas, y los códigos

- menores en minúscula. Para saber a que etapa corresponde cada código menor se procede a iniciar el código por el nombre del grupo que forma parte.
- 7- Después de codificar dos entrevistas, se estudia la posibilidad de cambiar el método, porque son muchos datos y se prevé que no se pueda realizar bien el análisis.
 - 8- Se procede a realizar el cambio siguiente. Se parte de que cada entrevista consta de unas etapas. Cada etapa corresponde a un tramo de trayectoria profesional, excepto los datos generales de cada entrevistada/o y la definición que describen del concepto cuidar. Cada tramo de trayectoria profesional, se considera y crea una unidad hermenéutica separada, para facilitar el análisis. También se crea una unidad hermenéutica del concepto cuidar. Las unidades hermenéuticas iniciales son: (a) etapa preprofesional; (b) etapa formativa; (c) etapa profesional inicial; (d) etapa de madurez profesional; y (e) conceptualización del cuidar. Cuando se realiza el análisis se ve la necesidad de configurar otra unidad, porque se encuentran con un número importante de datos que se considera mejor analizarlos por separado, (f) esta unidad se le denomina imágenes enfermeras e imágenes médicas.
 - 9- Se procede a la codificación abierta de cada unidad hermenéutica. Primero son códigos temáticos. Se adjudican a cada código el extracto de entrevista correspondiente. En algunos códigos se adjuntan comentarios o posibles hipótesis explicativas.
 - 10- Después se procede a un primer nivel de análisis sobre los temas que se tratan en cada una de las etapas, y el sentido que adquieren los datos. Hay temáticas que la investigadora orienta directamente a los entrevistadas/os, para que hablen sobre ellas. Otras materias emergen a través de los datos. Hay datos que se repiten en las entrevistas, y adquieren significado.

En la primera etapa preprofesional un tema previsible para el análisis, es el de la motivación a iniciar la trayectoria profesional en esta carrera, los códigos que se configuran son diversos. En el estudio se observa que estos códigos tienen un factor que determina que este código tenga sentido, que es el *contacto con el mundo sanitario*. Otro tema tratado es las dudas respecto a la *elección de carrera*. Algunas/os entrevistadas/os comparten en esta etapa experiencias en el mundo sanitario que también se codifican y analizan. En la etapa formativa y dada las características de las enfermeras/os que componen la muestra, el análisis desarrolla en primer lugar un contexto histórico- analítico del proceso formativo del colectivo. Desde estas coordenadas se estudia la formación actual. Otro tema que adquiere relevancia propia es las experiencias y vivencias en la formación práctica. En la etapa profesional inicial surgen temas importantes en la realidad socio-cultural del colectivo enfermero: las *condiciones de trabajo*, la *influencia de las organizaciones*, las *estrategias espontáneas de las enfermeras expertas* de ayuda a las enfermeras/os recién tituladas, la *presión asistencial*, el *intrusismo profesional*. Cada tema es codificado y analizado. También surgen en esta etapa experiencias de la práctica enfermera en espacios específicos o situaciones concretas, que se opta por crear un espacio propio por su relevancia en el estudio. En la etapa de madurez profesional, el análisis de los códigos iniciales determina los temas que se muestran relevantes. Primero los rasgos de las enfermeras/os expertas/os. Las *características que identifican* actualmente el colectivo. Las *estrategias* que ellas/os identifican para el avance profesional. También se analizan espacios profesionales concretos, así como la gestión enfermera. Se tienen en cuenta que de los datos surge un tema especial y relevante que es el proceso de *asunción de autonomía* profesional en un ámbito concreto: Asistencia Primaria. Las concepciones del cuidar, y las categorizaciones que se realizan son directamente analizadas en base al marco teórico sobre valores profesionales. A partir de esta identificación y atendiendo a las características generales de las enfermeras/os entrevistadas/os, se estudia la muestra.

La nueva unidad hermenéutica creada, de imágenes de dos colectivos profesionales: enfermeras/os y médicos/as, sigue la misma línea de análisis. Se estructura el análisis por separado de los dos colectivos profesionales.

- 11- Se busca paralelamente bibliografía reciente sobre los temas tratados.
- 12- En cada unidad hermenéutica se empiezan a desarrollar, cambiar o añadir las codificaciones descriptivas por analíticas.
- 13- Se analiza cada tema extraído de los datos por separado. Se procede a la impresión y creación de archivo con los códigos y extractos de entrevista de cada uno de los temas.
- 14- Después del análisis de cada tema, de las relaciones entre códigos, porque comparten una misma idea, o bien porque hay una evidencia negativa. Se analizan los códigos, los extractos de entrevista correspondientes y los datos teóricos de bibliografía. Se procede al inicio de la redacción de resultados.
- 15- Cuando se tienen todos los resultados de una etapa de la trayectoria profesional, se estudian de forma global. Se procede a modificaciones.
- 16- Se analiza toda la etapa y se procede a la identificación de las actitudes más relevantes que se desprende de ella. A través de esta identificación se llega a determinar los valores a que corresponden. Se procede a la construcción del texto.
- 17- Una vez revisado el texto de resultados del estudio, se procede a la construcción de esquemas que faciliten la comprensión global.
- 18- Una vez realizada la revisión del texto, en cada una de sus partes se procede a la redacción de las conclusiones finales.

En conjunto este proceso logra diversidad y riqueza. La investigadora percibe que aún siendo rigurosa en el análisis de los datos, son tan extensos, que el análisis puede ser ampliado en varias de las partes. Diversos temas tratados parten de las enfermeras y enfermeros entrevistadas/os. La reseña de cada una de las trayectorias profesionales relatada con plena fidelidad a las circunstancias pasadas y presentes está llena de presunciones, expectativas y actitudes, que van más allá del saber académico, y de lo que hoy por hoy está escrito de esta profesión. En los resultados se generan hipótesis explicativas de las realidades del colectivo profesional. Se entiende que captan una parte de la realidad socio-cultural de la profesión enfermera. El tipo de análisis que se realiza en la presente investigación es de orientación cualitativa (Valles, 1999; Strauss, 2002; Delgado, 1999).

La prueba piloto se realiza sobre el instrumento de medida: la entrevista en profundidad. Se entrevista a una enfermera docente. La entrevista se realiza en los mismos términos que las de la muestra. Se graba y transcribe. Se hacen anotaciones y se analiza la entrevista. La finalidad de esta prueba piloto es validar el instrumento de recogida de datos. La prueba es positiva. La enfermera puede expresar sus ideas y vivencias a lo largo de la trayectoria profesional. Se establece un espacio en el que la persona entrevistada, pueda expresar sus experiencias, de una parte significativa de su vida.

4

TRAYECTORIAS DE VALORES Y ACTITUDES DURANTE LA FORMACIÓN

4. Trayectorias de valores y actitudes durante la formación

La presente investigación analiza la práctica enfermera actual. Como actividad humana esencial, compleja, diversa, y relevante. El hilo conductor que cohesiona y da identidad al colectivo enfermero esta relacionada con los valores y actitudes profesionales. La hipótesis de trabajo en la presente investigación parte de que el elemento fundamental para el desarrollo de la profesión es la identidad profesional fuerte y consolidada. Se caracteriza por la adopción de valores y actitudes profesionales, además del conocimiento experto, y las habilidades propias. En la práctica enfermera existen diferentes factores que no favorecen la adopción de una identidad profesional fuerte: la desvalorización social de los cuidados; escaso desarrollo de la carrera profesional; condiciones de trabajo precarias; posición ambivalente del Estado⁵⁰ sobre el colectivo, y el desarrollo curricular de la disciplina. Son elementos que explican el mantenimiento de una identidad débil, que se relaciona además con el predominio de mujeres en la profesión, que es considerada tradicionalmente como una “profesión femenina”.

El concepto valor se muestra en una manera de ser o de obrar, que una persona o colectividad juzgan ideal, y que hace deseables o estimables a los seres o a las conductas a los que se atribuye dicho valor (Rocher, 1973: 70). Los valores pertenecen a la naturaleza de los símbolos. Se identifican a través de las actitudes y comportamientos selectivos de las personas. En este estudio se muestran los valores y actitudes que el colectivo profesional enfermero juzga ideal, para cuidar con excelencia y poder desarrollar todo el potencial profesional. El marco teórico y referente de la presente investigación es el estudio sobre valores profesionales de la *American Association of Colleges of Nursing*. El trabajo identifica distintos valores. A cada valor se adhieren una serie de actitudes específicas. Los valores que se consideran son siete: (1) Dignidad humana; (2) altruismo; (3) estética; (4) igualdad; (5) libertad; (6) justicia; y (7) verdad. Estos valores en su conjunto, pivotan alrededor de la concepción de persona, que es el centro de atención, y la razón de ser de la práctica profesional enfermera. El análisis de la práctica profesional enfermera se construye a partir de diferentes trayectorias profesionales. A través de las experiencias, percepciones y vivencias de enfermeras y enfermeros, se muestra la realidad cuidadora que realizan. Practican su saber cuidando “con” las personas receptoras de cuidados. Colaboran con médicos/as, y otros profesionales sanitarios. Desarrollan su práctica profesional en diversos ámbitos. La presente investigación pretende ahondar en la práctica enfermera, en consecuencia, los destinatarios de esta investigación, son las personas con o sin problemas de salud, aunque no son los sujetos, permanecen evocados en las reseñas enfermeras y enfermeros (Perraut, 2001:1).

El análisis esta estructurado en base a las diferentes trayectorias de valores y actitudes durante la formación: (1) la primera corresponde a la *etapa preprofesional*. Se desarrollan en ella los conceptos relacionados con la independencia, crisis y percepciones iniciales de la profesión; (2) la segunda se relaciona con la *socialización profesional*. Los elementos analizados conciernen al proceso histórico formativo, desde la visión ideal a los modelos profesionales. En cada capítulo se identifican las actitudes más relevantes, a través de las experiencias, percepciones y vivencias de los testimonios de la presente investigación. Estas actitudes están adheridas a los diferentes valores profesionales. A través del análisis se muestra el diferente peso que tiene cada valor en el colectivo profesional.

⁵⁰ El Estado tarda más de cuatro décadas en legalizar las competencias profesionales y aportaciones del colectivo enfermero al ámbito de la salud.

El capítulo consta de dos apartados el primero aborda *la independencia, crisis y percepciones iniciales de la profesión*, el análisis se centra en diferentes aspectos relevantes. Se concretan en: (a) las motivaciones o factores que influyen en la decisión de inicio de estudios; (b) dudas respecto a la elección de otras carreras; (c) experiencias en el mundo sanitario; y (d) valores y actitudes iniciales. En el apartado siguiente: *de la visión ideal a los modelos profesionales*, el análisis que emerge de los datos, gira entorno a: (e) el proceso de socialización enfermera, centrado en las últimas décadas; (f) experiencias y vivencias de enfermeras/os en la formación práctica profesional; (g) y la identificación de los a valores y actitudes profesionales en desarrollo.

Independencia, crisis y percepciones iniciales de la profesión

En la trayectoria personal, varios hechos y situaciones son determinantes en el tiempo, unas transitan sin dejar huella, en cambio, otras repercuten en la vida posterior de las personas (Llimona 1996:96). Desarrollar un espacio profesional, no ocurre por azar, son varias las circunstancias, vivencias, elementos que orientan a las personas hacia un camino concreto. De ahí el interés en explorar el periodo que precede a la trayectoria profesional. En el curso de las entrevistas, las enfermeras/os relatan experiencias personales y de trabajo, antes de iniciar la formación académica en enfermería. Las diferentes aportaciones giran entorno a: (a) *motivaciones* o factores que influyen en su decisión de iniciar estudios, y también (b) *dudas* a la hora de elegir entre diferentes disciplinas académicas. Otro aspecto relevante en este periodo son (c) *las experiencias relacionadas con el mundo sanitario*, a veces referidas a situaciones de enfermedad de la propia persona, y/ o de familiares muy próximos, otras ligadas a la actividad laboral. En todas esas experiencias las personas son observadoras directas del quehacer diario sanitario. Esta aportación valiosa se analiza y contrasta con estudios de diferentes autores referentes a los temas tratados. El apartado concluye con la identificación de los valores y actitudes iniciales que mueven a la persona al comenzar la socialización profesional.

La motivación se entiende como el conjunto de factores conscientes o inconscientes percibidos por la persona que explican un acto, e inducen a seguir ciertos objetivos, ciertas orientaciones, y ciertas finalidades. Provocan comportamientos adaptados a sus aspiraciones. La motivación es un fenómeno dinámico que puede modificarse en función de factores internos y externos, de experiencias y situaciones que cada persona percibe (Boittin, 2002:67). Podemos comprender la motivación que lleva a las personas a iniciar los estudios enfermeros, al estudiar las experiencias y trayectorias, que preceden y activan su decisión. Se aprecian como mas relevantes: (1) el deseo de ayuda; (2) la independencia personal; (3) la movilidad social; (4) experiencias de enfermedad; (5) transmisión de satisfacción profesional; (6) influencia familiar; y (7) modelo social.

El deseo de ayuda a las personas, de acercarse a ellas, de contacto, en temas relacionados con la salud, se señala como elemento transversal en las trayectorias estudiadas. Es un sentimiento fuerte y sólido que lleva a iniciar la formación profesional. Este factor es manifestado como aspecto básico, y más importante del colectivo, en los estudios sobre la profesión enfermera (Domínguez Alcón 1990:97; Pérez 2002: 34; Acosta, 1997:488).

"...siempre con la idea de hacer algo por los demás yo" (E9)

"Yo no te voy a decir que "desde que pequeñita quería ser enfermera" porque no es así, yo hice farmacia primero yo quiero tener más contacto con la gente y no venderles aspirinas si no porqué están enfermos, porque qué les pasa, qué, entonces tenía dos opciones o medicina o enfermería. La medicina tampoco me acababa de convencer..." (E19)

Tales afirmaciones corresponden a enfermeras cuyas edades están comprendidas entre los 27 y 51 años, lo que pone de manifiesto la actitud altruista, de ayuda a los demás, de cuidado. La disponibilidad es una cualidad personal, que predispone hacia una determinada trayectoria. El deseo de ayuda a los demás, se reconoce a través de la experiencia o el contacto con el mundo sanitario, como factor central y previo a la decisión de iniciar los estudios. Este contacto es experimentado de distintas formas, pero es a través de él, que decide empezar la

trayectoria profesional. Las situaciones de otras personas consultadas, expresan diferentes realidades y contextos sociales vividos, que les facilitan su decisión de elección de carrera.

"El lado este más, más humano, de ayudar a la gente o de...siempre me ha gustado todo lo relacionado con la psicología con...pero nunca me había parado a pensar que la enfermería formara parte de mi profesión, o sea es mi profesión" (E10)

"Siempre me había gustado estar con la gente mayor, con los niños, no es que haya tenido a, alguna experiencia familiar así que me hubiera hecho, no sé, tener alguien enfermo,[...] me gustaba" (E17)

La independencia económica y personal, en ocasiones, actúa como motivación inicial. Este aspecto se hace más patente en la década de los años setenta. Se parte de la idea de obtener independencia económica y personal, a través de una vía inmediata: el trabajo. La experiencia de dos enfermeras, de familia acomodada, que obtienen trabajo a través de familiares en el ámbito sanitario es ilustrativa al respecto. Actúan como auxiliar de enfermería, en una época que no se exige ningún tipo de estudio para este puesto. Son años que la escasez de enfermeras tituladas⁵¹ determina la práctica y contratación de enfermeras con o sin titulación. La experiencia de contacto con el mundo sanitario, determina los estudios posteriores.

"Yo también sé una época que cuando me preguntabas antes y lo pensaba que coincide mucho en una época determinada de la vida dieciocho, diecisiete, [...] en mi caso está muy mezclado el hecho de [...] de independizarse o de convertirse en un poco madura y el hecho de estudiar. Yo [...]prima por delante el hecho de ser independiente y de trabajar mas que estudiar,[...]yo tenía como te decía ganas de trabajar por mi misma, de tener mi dinero y mi independencia y me puse a trabajar de auxiliar de enfermera, [...]porque tenía esta facilidad [...]mi contacto con el mundo sanitario empezó por aquí" (E1)

La independencia personal es el elemento que pone en relación con el mundo de la salud, y el contacto con este ámbito no deja indiferentes. Incluso provoca la decisión posterior de inicio de las trayectorias profesionales en esa área. En la actualidad algunas de las personas que narran estos hechos, son enfermeras expertas en dos ámbitos la gestión y la docencia.

(E2)- "Querían, seguían insistiendo en que yo hiciera medicina y estuve un verano trabajando en una mutua de accidentes de trabajo y estuve trabajando con adultos con una enfermera y la verdad es lo que me gustó"

La movilidad social es el mecanismo más frecuente en personas procedentes de clase media baja. Se empieza a trabajar en el ámbito sanitario, por azar, o sin ninguna motivación especial. A través de este contacto positivo, observan directamente la práctica enfermera, se decide iniciar los estudios y conseguir un ascenso y mejora de las condiciones económicas y profesionales. Son testimonios que relatan unos hechos, que transcurren en la década de los años setenta. El primero, se refiere al caso de un enfermero que empieza a trabajar de administrativo en un Hospital público, y a través del contacto con el mundo sanitario, decide iniciar estudios enfermeros. Entre otros motivos, se percibe como forma de movilidad social.

⁵¹ En la década de los años setenta hay 10,2 enfermeras por 10.000 habitantes en Catalunya, cifra muy baja si consideramos que en la década de los años noventa es de 43,2 por 10.000 habitantes (Domínguez Alcón, 1990:18)

"Voy a hacer algo más, porque administrativo me quedaba corto y [...] voy a por enfermería" (E18)

El mecanismo de movilidad social también es ejercido por los padres y las madres que no tienen estudios, y quieren para sus hijas e hijos un nivel académico superior. El testimonio de una enfermera, expone que motivada por su familia, accede a una situación profesional superior a la de sus progenitores, a través de los estudios.

"Empecé enfermería porque en mi casa querían que yo hiciera comercio [...] empecé a estudiar comercio pero [...] mi madre limpiaba en ese colegio y un día [...] le dije al maestro qué tenía que hacer para ser enfermera [...] dejé comercio y me dediqué a hacer bachiller" (E14)

Este mecanismo de movilidad social se mantiene en el tiempo. Casi treinta años después, la misma situación se manifiesta en algunas de las entrevistas, realizadas en el año 2000, en personas de clase media baja. El primer caso (E10) corresponde a una enfermera, cuya motivación inicial es incorporarse de forma rápida al mundo laboral. Escoge estudios de formación profesional de Auxiliar de enfermería. Por azar, y a través de las prácticas asistenciales de Auxiliar, observa la actividad enfermera, y decide continuar la formación enfermera superior. En el segundo testimonio (E15) una enfermera reflexiona sobre la influencia familiar ejercida para que estudie en la universidad.

"Al final de las prácticas estuve con una enfermera, ella se volcó muchísimo y entonces empecé a tener esa curiosidad" (E10)

"Cuando los padres normalmente no tienen carrera quieren que los hijos la tengan, y entonces bueno, es una idea que te van metiendo en la cabeza de que vayas a la universidad [...] lo que me hizo hacer enfermería" (E15)

Las experiencias de enfermedad suscitan el contacto directo con el mundo sanitario. Es también un aspecto relevante en las vivencias personales previas a la decisión de empezar los estudios. En este sentido, la aportación de una enfermera de 24 años así lo manifiesta.

"Me tuve que hacer una ecografía porque tenía...aquel bulto en el pecho y me acuerdo que en aquel momento, en vez de estar por todo esto, por todo lo que me rodeaba, me acuerdo muy bien del trato que me dio la enfermera y lo veo como si te quedase una imagen que te gusta y que te quieres convertir en esto" (E15)

Las experiencias de contacto con el mundo sanitario, vividas por las personas entrevistadas, a través del acompañamiento a familiares enfermos, son las que a menudo, deciden la dedicación posterior. Una enfermera, estudiante de farmacia en aquel momento, vive el proceso de enfermedad y muerte de sus abuelos de forma tan negativa, que motiva, entre otros factores, sus estudios y trayectoria profesional, para intentar con su práctica cambiar y mejorar aspectos de la asistencia.

"Yo había vivido la muerte de mi abuelo en casa, la muerte de mi abuela en urgencias, [...] a mi aquello me dejó frustrada porque yo pensé esto no puede ser que la gente se muera así de esta manera, evidente que nos tenemos que morir, eso es evidente, y una paciente como mi abuela que ingresa con un infarto fulminante evidentemente que se puede morir, mi abuela se murió sola en un box y yo eso, me quedó aquí gravado" (E19)

La transmisión de satisfacción profesional es otro elemento analizado. La pasión por la disciplina, de una estudiante de enfermería en una conferencia divulgativa previa, es la que relata una enfermera reconoce que fue el factor de motivación para iniciar los estudios enfermeros.

"Y fui a un par de charlas, una de magisterio [...] y esta de enfermería, [...] fue esto lo que me acabó de decidir, porque esta chica estaba muy entusiasmada, [...] ya había empezado a hacer práctica, ya había pisado un poco lo que es hospital y venía entusiasmada, entusiasmada y a mi me lo pegó, llegué a casa y ya está "mamá, ya sé lo que quiero hacer yo" (E13)

La influencia familiar se muestra como aspecto relevante en la decisión de estudiar enfermería, aunque no siempre es reconocida de forma directa. La experiencia de una enfermera, en la década de los años setenta, que los médicos de su familia quieren que estudie medicina y le facilitan el contacto con el mundo de la salud. La experiencia y comparación de las prácticas profesionales: medicina y enfermería, le permite tomar su decisión. Este factor es relevante, también en medicina, como sistema de referencia familiar (Rodríguez, 1997:5).

"Todos eran médicos [...] alguna vez fui con mi padre a los hospitales cuando era pequeña para que lo acompañara a pasar visita [...] es que me gustaba el mundo de la enfermería, más que el de la medicina [...] él quería insistir en que yo hiciera medicina más que enfermería, [...] y decidí que seguro no iba a [...] estudiar medicina" (E2)

En el mismo sentido que la experiencia anterior, pero con dos décadas de diferencia, en los años noventa, una enfermera no sigue los consejos de su familia de hacer medicina, y se decanta por estudiar Enfermería, cuando compara la práctica asistencial de las dos profesiones.

"Porque a mi realmente me gustaba era el contacto con el enfermo, estar con el enfermo, hacer las curas, [...] el médico era el que iba veinte minutos, le veía y se iba y hacía más trabajo de despacho o de consulta que no el trabajo de estar ahí, [...] decidí pues seguir con enfermería [...] fue un disgusto muy grande para mi padre" (E12)

La aportación de un enfermero que vive entre enfermeras como su madre, expone que el mundo sanitario le es muy familiar.

"Me remonto a mis años familiares, [...] mi madre era enfermera, [...] los hospitales tenían apartamentos para enfermeras, lo cual siempre he estado muy vinculado a la vida hospitalaria" (E21)

La experiencia de una enfermera muestra la forma en que la mediación familiar, no solo es ejercida por miembros relacionados con ciencias de la salud, si no también por personas que influyen negativamente en la decisión, utilizando tópicos sociales de la práctica enfermera.

"El choque fue cuando tuve que cambiar a una señora que había parido hacía unas horas, [...] mi madre no me quería dejar que hiciera enfermera porque me decía para ir a ver marranadas, y en aquel momento, sin querer, te pasan las cosas que te dicen las familias [...] la señora se entregó a nosotras y yo, aquello me llenó" (E14)

El *modelo social*, es otra idea unida a la decisión de estudiar enfermería. La imagen social de la enfermera se relaciona con los conceptos de trabajo femenino adecuado, y ayudante del médico. Son nociones que tienen su auge en décadas pasadas aunque alguna prevalece. Una

hipótesis explicativa son los escasos años transcurridos, una década y media, que se inician los estudios de Diplomado y el periodo anterior (Duran, 2002:23). Los nuevos estudios de Diplomado en Enfermería incorporan cambios teóricos y de práctica asistencial, que aun están emergiendo en el ejercicio profesional. Estos dos extractos de entrevista, la primera en la década de los años setenta y la segunda en los años noventa, se puede apreciar que la imagen social, aun hoy y en determinados ámbitos va ligada a la condición femenina, y a la ayuda exclusiva al colectivo médico.

"Era el altruismo aquel de joven y luego una carrera que ha mi me parecía, una diplomatura o una, que a mi me parecía sencilla pero bien para mi, para chica, ya me parecía bien" (E9)

"Puede ser también porque, a ver, he tenido la suerte de nunca estar enferma ni nada y cuando iba al médico o al pediatra pues era la enfermera que era la que abría la puerta, la que decía que puede pasar, la que ayudaba..." (E12)

La primera motivación es la ayuda a los demás. Es transversal y se manifiesta de forma intensa. Otras tienen más o menos fuerza decisoria. En todas las entrevistas de forma directa o indirectamente, es el contacto con el mundo sanitario uno de los elementos determinantes. No es un contacto superficial sino todo lo contrario, está centrado en la observación de la práctica profesional enfermera. La proximidad con las personas, y la relación de ayuda que establecen, construyen una imagen ideal de la enfermera, que a través de la socialización van modelando. Es sin duda el punto de unión en el proceso de toma de decisión. Esta orientación claramente definida tiene un enfoque vocacional y humanístico. Iniciar los estudios enfermeros no parece tener relación con la clase social de origen, de las/os entrevistadas/os. Los motivos de iniciar la trayectoria profesional son estudiados en la década de los años noventa en Catalunya, (Domínguez Alcón, 1990: 105), la atracción que ejercen los temas de salud juntamente con la ayuda y entrega a los demás, son ideas coincidentes. También un estudio realizado en Córdoba, una década después, sobre esta temática, corrobora los resultados manejados en esta investigación, y la del estudio de la autora Carmen Domínguez Alcón. Motivos como influencia familiar, ayuda a los demás, y la curiosidad por el mundo sanitario, son datos que vienen a cotejar la tendencia que parece manifestarse (Ortiz Molina, 2001: 68). En la *Tabla 4.1* se sintetizan las ideas relevantes relacionadas con una de las decisiones importantes en la vida de las personas, el inicio de la trayectoria profesional. Las motivaciones personales de ayuda a los demás, tienden a mostrar el valor altruista como relevante.

El valor altruista es una característica central de las ocupaciones denominadas profesiones. Definida antes de la segunda guerra mundial, por Marshall (Rodríguez, 1992). En España en la década de los años ochenta, varios autores inician las investigaciones en esta línea, e identifican en las profesiones su carácter vocacional y altruista. Conceden una importancia especial a las actitudes y valores profesionales. En líneas generales las motivaciones que generan en las personas la necesidad de iniciar una trayectoria profesional específica, se imprimen de carácter posmaterialista. Valores como libertad, justicia, el respeto a la vida, y de carácter estético⁵² están incluidos en este marco. Otros tienden a ser más tradicionales como por ejemplo la influencia familiar. Pero esta motivación tampoco parece tener un claro rasgo materialista. El género repercute en la composición del colectivo profesional, que mayoritariamente está compuesto por mujeres. En la investigación esta variable, en relación a

⁵² Los valores estéticos están representados en la valoración positiva, en este caso, del cuidar, por cuanto una de las motivaciones que se analiza en la presente investigación es la transmisión de satisfacción profesional.

las motivaciones, no presenta diferencias significativas. El contacto directo de las personas con el mundo de la salud, se manifiesta imprescindible y es una constante en las motivaciones analizadas. Este elemento vertebrador ayuda a identificar, descubrir y comparar, la imagen de las enfermeras/os, desde una perspectiva de proximidad, de reconocimiento propio en un futuro inmediato. Este contacto con el mundo sanitario, unido a las diferentes motivaciones personales, parece suscitar el inicio de la trayectoria profesional. Cabría seguir investigando en esta línea, de forma comparativa, para contrastar si este factor se encuentra en otras profesiones, o bien es exclusivo en el caso de enfermería. En el siglo XXI, en que las profesiones y los/as profesionales tienen un peso significativo, especialmente en las sociedades occidentales, intentar comprender los elementos que inducen a las personas a seguir ciertas trayectorias profesionales, es un tema importante e inherente a las ciencias sociales. Los/as profesionales aportan a la sociedad un valor añadido, los conocimientos y habilidades se articulan a través de actitudes, que a su vez son enlazadas por códigos éticos consensuados por el colectivo.

Las dudas respecto a la elección de enfermería entre otras disciplinas, es otro de los temas en los que profundiza la presente investigación. Se puede afirmar que las opciones están entre las profesiones sanitarias⁵³, no entre otras carreras. Las disciplinas en el ámbito de la salud que se plantean como alternativas son: medicina; psicología; farmacia; biología; química; trabajadora social; puericultura; fisioterapia. Es una tendencia que señalan otros estudios sobre este tema. La elección se plantea entre medicina, fisioterapia y odontología (Ortiz Molina, 2001: 68). La idea de ayuda, de contacto que se manifiesta, no enlaza con la alternativa de estudiar medicina. Este factor es el que también determina la eliminación de carreras como farmacia, biología, química. Otro elemento importante a la hora de elegir entre dos carreras es la duración. Los años académicos, que obliga el estudio de una disciplina, es una carga económica para las personas y sus familias que habitualmente cuentan con recursos económicos escasos. El relato de un enfermero muestra el proceso de inclinación de preferencias hacia enfermería. En la década de los años setenta, los estudios son más cortos que en medicina, y además la carrera de Ayudante Técnico Sanitaria, esta basada en el modelo biomédico. Su opción inicial es medicina, pero acepta enfermería. El testimonio de una enfermera que, en la década del 2000, estudia enfermería e ilustra esa motivación hacia la elección de una carrera corta de tres años.

"Con el médico que teníamos en casa, que era un médico de aquellos de la familia, [...] era cercano a la familia y lo aceptas como modelo, [...] pero era más un modelo de médico que no de enfermería, eso sí, lo que pasa que sí que enfermería sí que era una profesión muy relacionada con el modelo biomédico existente en el momento, y me puse a estudiar enfermería por esto, [...] ya que no puedo tampoco estudiar medicina pues una solución con horarios nocturnos es estudiar enfermería" (E11)

"También me gustaba la psicología lo que pasa que sé que son tres años y después tienes que continuar estudiando, yo quería una carrerita, que ya la tengas, que no tengas que estudiar mucho más para conseguir una competencia" (E15)

⁵³ Habitualmente se consideran profesiones sanitarias las Licenciaturas de: medicina, farmacia, odontología, veterinaria. Además de las Diplomaturas de: enfermería, fisioterapia, logopedia, podología, terapia ocupacional, nutrición humana y dietética, óptica y optometría (Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc de les professions Sanitaries, 2003: 37).

Tabla 4.1.
Motivación a la Formación

Motivaciones	Factor principal en la toma de decisión	Valores
<p><i>Transversal:</i> Ayuda a los demás</p>	<p>Contacto directo con el ámbito sanitario: imagen enfermera, reconocimiento propio.</p>	<p>Altruistas</p>
<p><i>Relevantes:</i></p> <p>Independencia Personal Movilidad Social Experiencias de enfermedad Transmisión de satisfacción profesional Influencia Familiar Modelo social</p>		<p><i>Posmaterialistas:</i></p> <p>Libertad Justicia Respeto a la vida Estéticos</p>

Elaboración propia

En los dos testimonios, con un intervalo de dos décadas, impera la idea de realizar unos estudios acordes con sus preferencias, pero que no se alarguen en el tiempo, y permitan la incorporación rápida al mundo laboral. Otro razonamiento que esgrime el testimonio de una enfermera en la elección entre dos carreras, enfermería y trabajadora social, es que aunque tienen elementos comunes, Enfermera es la que puede ofrecer ayuda más inmediata y eficaz.

"Esto, fue un poco lo que me hizo apuntar [...] no sabía si coger asistente social o enfermería, [...] entré en enfermería porque tenía miedo que no sabría hacer de asistente social [...] tienes que hacer, no puedes solucionar [...] una cosa y muchos problemas económicos, [...] Y veías más factible (enfermería) para dar soluciones" (E20)

Las opciones que la persona tiene para elegir sus estudios se van multiplicando en los años posteriores. En la década de los años noventa, la oferta es plural. En cada ámbito académico, los diferentes estudios constan de elementos comunes, y aumentan la dificultad de adoptar una decisión. En la realidad laboral, concretamente en el mundo profesional, las competencias en algunas áreas determinadas, no acaban de definir con precisión quien las ostenta. Este hecho tampoco favorece la toma de decisión de los estudiantes. Aunque en la disciplina académica de enfermería, la ayuda, entrega, y contacto con las personas repercute directamente en la elección de la opción, y se muestra como el aspecto básico y más importante, en la elección de la profesión.

Las experiencias previas a los estudios enfermeros son esenciales en la comprensión de la socialización profesional. Determinadas vivencias y percepciones del mundo de la salud influyen en las personas que inician los estudios de enfermería. Las experiencias anteriores a la formación, transcurren en el ámbito laboral; de voluntariado; y en las prácticas asistenciales de los estudios de formación profesional. Entre las ideas más relevantes que se constatan en las entrevistas están: (1) la imagen ideal de la práctica enfermera desde una perspectiva altruista; (2) la noción de cuidar de forma atrevida por ignorancia; (3) la práctica invisible; y (4) la mano de obra gratuita.

La imagen ideal de la práctica enfermera desde una perspectiva altruista se constata en varios testimonios. Uno de ellos es relatado por una enfermera en relación con sus experiencias de voluntariado, anteriores a los estudios. Percibe a la enfermera como un ideal de altruismo, que enlaza con los valores que orientan su vida.

"Recuerdo haber ido yo al Cotoengo a dar de comer a los niños, recuerdo antes de empezar enfermería haber ido a preguntar para ir al tercer mundo y me dijeron que estudiar enfermería era una buena cosa, que luego podría ir, [...] eso era una cosa que yo tenía dentro. Yo veía a la enfermera como una persona importante, que estaba por los otros, que ayudaba" (E9)

La noción de cuidar de forma "atrevida" por ignorancia que puede suponer incluso riesgo para la persona que recibe la atención, tiene un factor desencadenante en la década de los años setenta, se puede acceder a las plazas de auxiliar de enfermería, sin formación previa, en el ámbito sanitario. El ejemplo de una enfermera que accede a un puesto de trabajo de auxiliar de enfermería, recuerda esa experiencia desde la perspectiva actual, de enfermera experta. Resalta la idea de que cuida con atrevimiento y osadía. Reconoce ahora su ignorancia en falta de conocimientos, y el potencial riesgo que supone su actuación.

"Me gustó el tipo de trabajo que se hacía, [...] y me gustó la parte de los cuidados mucho más que lo que era de administrativa. Estamos hablando de

una persona que había visto la enfermería en las películas [...] no tenía absolutamente ninguna más, [...] para la poca experiencia que tenía, que no tenía ninguna, tenía una autonomía que ahora pienso que esta autonomía era una pasada [...] la verdad es que me desarrollé bien y no me supuso, quizás por ignorancia, [...]en aquel momento me pareció interesantísimo y como vi que tampoco no tenía ningún problema para poderlo hacer pues bien, estuve atendiendo a quemados, [...]Era una mutua de accidentes y allí estuve trabajando todo un verano" (E2)

La práctica invisible se puede identificar como aquella sin "existencia propia" en la que las acciones de las personas no se visualizan, quedan diluidas en el quehacer de otros colectivos. Algunos autores describen en estos términos el ejercicio enfermero (Buresh, 2001; Garcia Bañon, 2004; Cano Caballero, 2004; German Bés, 2004; Fajardo, 2004), que tiende a alcanzar niveles altos de invisibilidad, cuando se trata de personas que trabajan en la categoría laboral de auxiliares de enfermería, en Hospitales privados. En la década de los años noventa, la aportación de la experiencia de una enfermera es relevante para señalar este apartado, ya que percibe la ocupación de auxiliar de enfermería en un Hospital privado, como una práctica invisible. Esta imagen se empieza a diferenciar a través de la experiencia de inseguridad y miedo, ante la no acogida como alumna de auxiliar de enfermería en prácticas. Es el mismo miedo que sienten cuando inician las prácticas de Diplomado en enfermería. Esta expresión de inseguridad, aun después de un cierto aprendizaje académico, esta motivada porque no se tiene experiencia de las circunstancias en que hay que desenvolverse, ni como contextualizar los conceptos aprendidos en los libros de texto (Benner1987:48). El aspecto básico es: la falta de atención de las personas que teóricamente deben enseñar a la alumna/o. Las ideas que desarrolla la futura auxiliar de Enfermería para la reflexión, se constituyen a través de su experiencia práctica. Son vivencias que coinciden con otros testimonios, que a lo largo de su vida profesional estuvieron en organizaciones sanitarias de las mismas características. En el hospital privado, la relación jerárquica es fundamental. Es a partir de ella que se ordenan las relaciones entre los diferentes agentes que participan en la atención de las personas enfermas. Entendiendo así la tradicional "subordinación de clase" en que las enfermeras/os no ostentan ningún poder, ni siquiera el que les confieren los conocimientos profesionales.

La relación jerárquica no solo es a nivel profesional, si no que los enfermos guardan distancia social con las auxiliares de enfermería, ellas perciben que su trabajo no es reconocido. Es equiparado al trabajo de asistente del hogar. A pesar de que la ocupación que desarrollan son cuidados básicos a personas enfermas, son tareas (en relación a la higiene, a la eliminación, etc...) delegadas por las enfermeras/os. Son acciones importantes para la persona enferma pero poco valoradas socialmente, porque pertenecen al mundo privado e íntimo de las personas. Aunque la distancia que parece existir entre el personal auxiliar y las enfermeras/os, es menor que el existente entre enfermeras/os y médicos/as.

"Nunca había tenido ningún contacto y iba perdida entonces la acogida pues un poco como rechazo, al principio [...] Bueno con algunos mejor, con otros ellos mismos guardaban las distancias, al ser un Hospital privado claro, el tipo de paciente es distinto y, alguno sí que te trataba como una persona, te explicaba pero otros no [...]te trataban, bueno, yo como auxiliar en prácticas más como camarera como una criada que no como una auxiliar, te ven como una chacha,[...]al final de las prácticas me di cuenta que no está nada valorada cuando hace su trabajo y tan digna es como la enfermera" (E10)

La utilización de las personas en formación como mano de obra gratuita, es otro aspecto presente. Las prácticas de formación profesional que realizan las personas que están estudiando, a menudo es utilizada por parte de las instituciones públicas o privadas como forma de cobertura del servicio. No se tienen en cuenta los objetivos de formación de los estudiantes en prácticas. Esta es la percepción que indica un testimonio al realizar las prácticas que corresponden a los estudios de Formación profesional en Anatomía Patológica.

"No me dejan hacer lo que hemos estudiado, vamos quitando faena, clasificando muestras, ordenando y limpiando los tintes que se caían." (E10)

"Excepto a final de las prácticas estuve con una enfermera que ella se volcó muchísimo y entonces empecé a tener esa curiosidad" (E10)

Aunque la experiencia de esta enfermera es negativa cuando realiza las practicas de auxiliar de enfermería, distingue y constata que es producto del tipo de organización sanitaria. Por suerte la aportación generosa y voluntaria de una enfermera a su formación, supone el elemento decisivo en su decisión para continuar los estudios.

En las experiencias previas a su formación, las enfermeras/os manifiestan ideas relevantes que aportan a la comprensión global de realidades sociales en este ámbito. La construcción de la imagen ideal de la enfermera unida a valores de carácter posmaterialista, que influyen y ayudan al reconocimiento de la imagen propia en un futuro inmediato. También es relevante la constatación de la importancia de una base teórica del cuidar, desde la perspectiva actual de enfermeras/os. Registra la falta de sensibilidad de las organizaciones, públicas y privadas, ante los objetivos de formación de las/os estudiantes, con especial relevancia en personas que realizan estudios de formación profesional. En algunas organizaciones "utilizan" a las/os estudiantes como "mano de obra barata", la eficacia y la eficiencia de estas organizaciones prevalece frente al respeto a las personas. La tradicional "subordinación de clases" sigue presente en el siglo XXI, en algunas organizaciones sanitarias privadas. El impacto social de ese tipo de prácticas tienen abre un ámbito de interes a profundizar mediante investigación.

Valores y actitudes iniciales

La "ayuda a los demás" es la actitud más relevante y motivadora al empezar la formación enfermera. Esta implícita en la concepción de "profesión de servicio". Esta actitud se desarrolla a medida que las personas entran en contacto con el mundo sanitario. Este hecho es esencial, y los hallazgos de la presente investigación llevan a la conclusión que es el elemento "imprescindible". La relación con el mundo sanitario difiere según la trayectoria personal. La imagen que se crea de la enfermera es "ideal". La enfermera es una persona importante y con poder, que es capaz de poner en práctica la ayuda a los demás. En esta etapa las razones profesionales son las dominantes. Las de tipo económico no parecen entrar en consideración (Domínguez Alcón 1990:97). Ni las personas que acceden a la profesión, a través del mecanismo de movilidad social, lo manifiestan como significativo. Aunque quizá este implícito, no se verbaliza. La imagen ideal se refleja en las actitudes que observan en la práctica enfermera.

A través de las actitudes descritas, se identifican los valores, la *Tabla 4.2* resume los valores al inicio de la formación, y las actitudes que corresponden a cada uno de ellos. Los *valores altruistas* son los más relevantes, entre las motivaciones y experiencias que aportan las

personas antes de iniciar la trayectoria profesional. Las actitudes relacionadas con este valor, y manifestadas por las personas entrevistadas en la presente investigación son: el deseo de “ayuda a los demás”, la “disponibilidad”, y el “estar por y con la persona atendida”. *El valor de dignidad humana* es manifestado a través de actitudes de “acercamiento”, “contacto”, “humanidad” y “empatía”. *Los valores estéticos* que se desprenden en las narraciones anteriores a la formación, se relacionan con “la imagen positiva de la actividad de cuidar” y la “sensibilidad”. *El valor de la libertad*, en la vertiente relacionada con el colectivo profesional, se encuentra reflejado a través de la “imagen de satisfacción” e “importancia social” de la profesión enfermera. *El valor de la justicia*, ligada a actitudes de “búsqueda de soluciones de problemas a salud” y “mejora del mundo sanitario”, son transmitidas por personas que acceden al ámbito profesional. Se observa la influencia ejercida por las organizaciones sanitarias privadas, en la articulación jerárquica acentuada de los diferentes profesionales sanitarios. En este espacio los usuarios se sienten ante todo clientes. En estos centros se perpetúa la diferencia de clases de épocas pasadas. Los valores y actitudes iniciales manifestados por las personas, en esta etapa preprofesional, se imprimen de carácter postmaterialista. Esta apreciación es fundamental para el desarrollo del proceso formativo. Se parte, en general, de personas con una sensibilidad hacia los demás manifiesta. Consolidar en las estudiantes la cultura de excelencia y servicio, les lleva a mejorar la sociedad en la que están inmersos, y de la que representan un cierto y significativo conjunto (Prósper, 2004).

Tabla 4.2
Valores y actitudes iniciales

<u>Valores</u>	<u>Actitudes</u>
Altruistas	Ayuda a los demás Disponibilidad Estar con y por la persona
Dignidad Humana	Acercamiento Contacto Humanidad Empatía
Estéticos	Imagen positiva del cuidar Sensibilidad
Libertad	Satisfacción profesional Importancia social de la Profesión
Justicia	Búsqueda de soluciones a problemas de salud Mejora mundo sanitario

Elaboración Propia.

De la visión ideal a los modelos profesionales

La evolución de la profesión enfermera en la segunda mitad del siglo XX, y principios del siglo XXI, es un proceso enmarcado en un contexto social, que pasa de un sistema dictatorial a un sistema democrático estable⁵⁴. Las mujeres evolucionan y consiguen parte de los derechos que les corresponden como ciudadanas. Esta rápida evolución social de las mujeres en España,⁵⁵ va en paralelo con la transformación política democrática (Camps, 1998:10). Esta situación repercute en un colectivo que, aún hoy, es predominantemente femenino⁵⁶. La historia de la formación enfermera, y por ende la evolución profesional seguida en nuestro país, desde la segunda mitad del siglo XX, evoluciona paralelamente al progresivo avance de las mujeres en la sociedad. Se produce una asunción del espacio profesional, aunque subordinado a la hegemonización de la medicina⁵⁷. Las enfermeras/os toman mayor conciencia de su papel social, a partir de la década de los años setenta. Algunos factores son importantes en este proceso. (a) El crecimiento del número de enfermeras/os, en el transcurso de una década, de los años setenta a los ochenta, duplica el número total de profesionales en España (Domínguez Alcón: 1986)⁵⁸. (b) La apertura al mundo de la profesión, se concreta en la nueva visión del trabajo enfermero, aportada por los profesionales que trabajan en el extranjero (Fernandez Ferrín, 1995:102). (c) La traducción de la producción científica enfermera procedente de varios países, con la consiguiente difusión al castellano. (d) El reconocimiento de un cuerpo propio de conocimientos con base científica, que se sustenta en modelos conceptuales o teorías de cuidado. Se identifica esta determinada área de conocimiento como *Ciencia Humana Práctica* (Medina, 1999:71)⁵⁹. Son conocimientos que facultan a las/os profesionales para ejercer mayor control del contenido y organización de su trabajo.

Los cuatro procesos indicados están en curso. El crecimiento profesional sigue avanzando: se consolida la gestión enfermera dentro del Sistema Sanitario, y se incrementa la producción científica del colectivo. En España en los últimos diez años (1993-2003), se publican 25.000 artículos de Enfermería, de los cuales 6000 se refieren a investigaciones originales (Amezcuca,

⁵⁴ La muerte del general Franco en 1975, la creación de la nueva Constitución española y los acontecimientos de los años siguientes transforman completamente el país. En el capítulo sobre Valores Sociales y Profesionales, del marco Teórico de la presente investigación, el apartado Valores en la sociedad actual, amplía y detalla tales procesos.

⁵⁵ Un dato significativo es que en España el feminismo empieza a tomar fuerza en los años 70. Se concreta en las Jornadas de Madrid del 75 y las de Barcelona en 1976 (Pinto, 1992: 33-49)

⁵⁶ Según los datos proporcionados por el Colegio Profesional de Enfermería de Barcelona, en el año 2003: Nº total colegiados 31.037. Total nº enfermeras: 27238 un 87,7%. Total nº enfermeros: 3799, un 12,3%. En el año 2004: 88,04% enfermeras; 11,96enfermeros.

⁵⁷ Datos de un estudio sobre la profesión médica, (Rodríguez 1997: 4). Total médicos colegiados en Barcelona en 1997: 2.549. Nº total hombres 13557, un 62,9%. Nº total mujeres: 7992, un 37,1%.

⁵⁸ Carmen Domínguez Alcón, *Los Cuidados y la profesión enfermera en España* (1986): Tabla 9.3. Total de profesionales enfermeros en España en 1970: 54.932. Total de profesionales enfermeros en 1983: 139.846.

⁵⁹ El autor José Luis Medina en su libro "La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la Formación Universitaria de Enfermería" (1999), argumenta que la Enfermería puede y debe considerarse como una Ciencia Humana Práctica que usa las teorías de las ciencias naturales y de la conducta para comprender y desarrollar las prácticas de cuidar.

2003:10). También proliferan las agrupaciones de enfermeras/os en los últimos años⁶⁰ (Fernandez Ferrín, 1995: 113). Otros cambios significativos, por ejemplo, la tradicional subordinación enfermera a la medicina, se substituye por la colaboración enfermera con la profesión médica (Fernandez Ferrín, 1995: 147). Se asume la autonomía profesional, y la disciplina académica Enfermería, parece que en un futuro inminente, será reconocida con el *Grado de Licenciado*⁶¹(German Bes, 2004). El colectivo cumple con los elementos que definen el concepto profesión (Freidson, 1978), pero en la práctica se mantiene más o menos explícita la dominación médica (Medina, 1999: 92). Estudios recientes corroboran esta hipótesis. Se otorga a la enfermería un papel dependiente de la profesión médica. La “corresponsabilidad” es entendida como “delegación selectiva” (Galindo, 2002:38; Benavente Sanguino, 1997:339). En el presente apartado se profundiza en esos tres temas, que son esenciales para comprender la situación actual. Se realizan centrando la atención en: (1) socialización profesional enfermera; (2) experiencias y vivencias de la formación práctica profesional; y (3) valores y actitudes en desarrollo.

La socialización profesional enfermera presenta diferentes etapas, relacionadas con el cambio curricular. El propósito del presente apartado es analizar los elementos, internos y externos, más significativos asociados a la modificación de los planes de estudios, en el último medio siglo, comprendido entre la década de los años cincuenta, y el año 2005. Este periodo se divide en dos: (1) el primero, comprende la década de los años cincuenta, a los primeros años de la década de los setenta; (2) el segundo desde finales de la década de los años setenta, a la actual.

En el primer periodo (1953- 1969) se analizan los siguientes temas: (a) la unificación de los estudios de: enfermera, practicante y comadrona en una única titulación: Ayudante Técnico Sanitario, matizada, en los primeros años por diferencias de género. Los requisitos previos a la formación; el profesorado que son médicos; y la estructura curricular basada en el modelo biomédico. (b) La formación e intrusismo profesional, en las organizaciones hospitalarias; y el desarrollo desigual en la formación práctica de las estudiantes; la dicotomía entre teoría y práctica en los años setenta, y el valor social de independencia económica y personal, en los jóvenes.

En el segundo periodo (1970-2005) se profundiza en: (c) los elementos que generan el avance profesional, y formativo; el proceso de cambio: transformación de las Escuelas en Escuelas Universitarias; y los elementos que influyen en la elección de las estudiantes de los Centros educativos. (d) La estructura curricular enfermera actual articulada a través de diagnósticos médicos; la transmisión de conocimientos enfermeros realizadas por las enfermeras/os docentes, y la organización pedagógica en la alternancia de diferentes figuras identitarias enfermeras/os. La exposición de los temas propuestos adquieren características propias, a través del testimonio de la trayectoria personal, y profesional de enfermeras/os que crean la

⁶⁰ En 1979 se crea la Asociación de Enfermería Docente. En la década de los años ochenta, surgen otras asociaciones como la Asociación de enfermeras catalanas, y otras relacionadas a especialidades como la Asociación de enfermeras en salud mental, en Cuidados Intensivos, nefrología etc. (Fernandez Ferrín, 1995).

⁶¹ El documento Marco sobre La Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior publicado por El Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en el 2003, explicita la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior en nuestro país. Define la estructura cíclica de los estudios universitarios. El primer nivel es el de Grado que dará lugar al título de Licenciado. Un segundo nivel será el de postgrado que podrá dar lugar a la obtención del Título de Master y/ o Doctor.

historia de su profesión. Son aportaciones individuales, anónimas, que ayudan a comprender dichos procesos, y como se experimentan.

Se parte de la idea de que a través de la socialización enfermera los valores se adquieren, y se configura la identidad. Al final del proceso formativo, la persona titulada tiene experiencias y saberes, ha puesto en cuestión sus representaciones, creencias, y la orientación sobre una nueva concepción de los cuidados, y del mundo. El primer periodo, en la década de los años cincuenta, las transformaciones en el Sistema de Salud, determina cambios en los estudios enfermeros. Se requiere un personal preparado técnicamente para ayudar al médico, en la aplicación de tratamientos y manejo de aparatos con diferente grado de complejidad. También se unifican los estudios de enfermera, practicante y matrona (B.O.E., 29 de diciembre 1953).

La *unificación de los estudios de enfermera, practicante y comadrona en una única titulación y formación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS)⁶², es matizada por diferencias de género* (Ortego Mate, 2002: 14-18) que permanecen en los años siguientes a su instauración. Estas diferencias establecen que los estudios de Ayudante Técnico Sanitario femeninos cursen en régimen de internado (Domínguez Alcón, 1986:123)⁶³, no siendo obligatoria para los hombres. Ellos estudian la asignatura de “Autopsia medico legal” frente a las “Enseñanzas del hogar” que deben cursar las mujeres. En los años cincuenta y sesenta las enfermeras deben abandonar el ejercicio profesional si se casan, según la legislación existente (Durán, 2002: 25). Una enfermera expone la experiencia de su formación, en los años sesenta, en la Escuela de un Hospital público de Barcelona.

“Pública sí, una escuela del (Hospital público), era un internado, éramos todas internas y además tenía otra peculiaridad y es que estando en Barcelona, creo que habían en un curso, creo que éramos setenta y cuatro y no habían de haber más de cuatro o cinco personas catalanas, todo el mundo era de todos los sitios de España,[...] no existía la posibilidad de estar externo, lo único que la gente de aquí, les dejaban algunos fines de semana ir a dormir a casa pero vamos, como sí venía tu familia a ver te ibas al hotel pero el régimen era interno para todo el mundo[...]promociones posteriores que ya había, mucha gente de Barcelona estaba todo el mundo interno” (E3)

Seguir los estudios en ese periodo (de 1953 a 1970), significa sacrificio personal, abnegación, obediencia y subordinación. Estos rasgos son transmitidos y asumidos por las monitoras de las escuelas, también ellas viven internas. El testimonio de una enfermera narra el contexto formativo.

(Las monitoras) “Que eran enfermeras, que estaban internas también, o sea allí estaba interno todo el mundo, sí, o sea, las monjas no reconocieron una enfermera de dos a tres porque se casó, tú no podías ser profesora de la escuela si no eras interna” (E3)

Las diferencias de género trascienden el ámbito de estudios, las personas enfermas en los Hospitales están separados por género: salas de mujeres, salas de hombres. Esta separación, también repercute en la práctica asistencial profesional y de formación. Determinadas técnicas (sondaje vesical, rasuración) son realizados por ATS mujer u hombre según el género

⁶² Titulación de grado medio, no universitario: ATS (Ayudante Técnico Sanitario)

⁶³ Orden del 2 de julio de 1955, establece el régimen de internado para las alumnas. Orden del 6 de Julio de 1955, establece la prohibición de coeducación en las Escuelas de Enfermería.

del paciente. La aportación de una enfermera que realiza las prácticas asistenciales en un Hospital Militar (1970). Ilustra ese tipo de práctica.

"Estuve solamente con oficiales, con mujeres de oficiales, esto, un día también había señores, [...] había un pabellón de señores" (E20)

Los requisitos previos para empezar la socialización enfermera son: tener cumplidos dieciséis años, aprobado el bachiller elemental (que corresponde a segundo de ESO en la actualidad), condiciones físicas y de salud, ser presentada por dos personas de reconocida solvencia moral, carta expresando las razones de su decisión, y aprobar un examen de ingreso realizado por la misma Escuela donde se desea cursar los estudios (Domínguez Alcón, 1986:138). En los centros los profesores son médicos, e imparten clases teóricas. Las enfermeras, monitoras se limitan a enseñar técnicas en salas demostrativas, y seguir la formación práctica asistencial. La evaluación del contenido de las clases teóricas magistrales, se puede hacer a través de exámenes orales ante un tribunal médico. El testimonio de una enfermera que realiza el examen oral, expone su percepción.

"Médicos, eran bastante exigentes, yo creo que era una escuela exigente, (Escuela de enfermería religiosa) pero bueno, me lo saque, no sé, habían exámenes orales y exámenes escritos, [...] habían exámenes orales y eran muy incómodos, [...] te ponían ahí dos o tres profesores y era una cosa muy incómoda que te evaluaban." (E9)

La estructura curricular esta basada en el modelo biomédico, formalizando una medicina simplificada para enfermeras/os (Medina, 1999:92). También imparten formación sobre el rol social desempeñado por la mujer en esta época. El testimonio de una enfermera, expone las características de sus estudios.

"Entonces me dio clase una monja que es Sor A que la quiero muchísimo, que ahora está en al residencia X y Sor J. era mi tutora de prácticas, [...] que nos enseñó a ser unas amas perfectas" (E14)

En este periodo el uniforme de las estudiantes, no solo se utiliza durante la atención directa al enfermo, si no que es el vestido, exigido habitualmente incluso, para asistir a las clases teóricas. Representa la imagen social de la Ayudante Técnico Sanitaria. El testimonio de una enfermera, muestra las situaciones vividas en este contexto.

" De profesores eran fundamentalmente catedráticos, eran médicos, [...] eran de la facultad de medicina, recuerdo el profesor de anatomía que dibujaba en la pizarra con dos manos, [...] además te mimaban mucho, [...] les hacía mucha gracia, [...]en aquella época empezaban a incorporarse mujeres a estudiar medicina pero no habían muchas y entonces claro, nuestro problema es que íbamos a clase con uniforme donde habían algunos que esperaban diciendo: qué bonito, que bien todas estas cofias tan blancas [...]explicaba muy bien las cosas, ahora bien, una visión totalmente bióloga" (E3)

En aquel periodo en las prácticas asistenciales se valora la destreza adquirida a través de la repetición de determinadas técnicas (Latorre, 2002: 50). Las Escuelas, sobre todo las que dependen de un centro Hospitalario, confunden a menudo las enseñanzas prácticas, con mano de obra barata y motivada. En consecuencia los objetivos específicos de formación práctica se diluyen en las experiencias laborales. La formación transcurre en régimen de internado, pero con periodos vacacionales por turnos. Este régimen facilita la homogeneidad y control. Las sanciones pueden llegar incluso a la expulsión (Fernandez Lamelas, 1997:406). El relato de

una enfermera, que sigue la formación en la Escuela de un Hospital público, explicita bien el tipo de enseñanza práctica, en el que se actúa como mano de obra barata.

"Hacíamos servir bombonas, limpiábamos, yo por ejemplo me acuerdo un día con una compañera nos pusimos a limpiar bombonas con éter y acabamos [...] limpiabas camas, limpiabas palos de goteo... pero a la vez hacías muchas cosas, ponías medicación, sobretodo [...] en segundo y tercero, [...] estas escuelas era que , por ejemplo tú hacías las vacaciones de semana santa desde unos días pero habían dos turnos, quiero decir, nunca dejaban de haber alumnas en el hospital[...] en verano, el período de vacaciones se alargaba casi tres meses largos porque tú hacías un mes y medio de vacaciones pero por ejemplo tú hacías julio y hasta el quince de agosto o del quince de agosto al treinta de septiembre, habían dos turnos, y en Navidad igual, cogías o Navidad, que allá si eras estudiante tenía que elegir, o Navidad o fin de año y reyes" (E3)

En los años sesenta y setenta aumentan las Escuelas de Enfermería, de 10 Escuelas en España en 1960, a 77 Escuelas en 1970 (Domínguez Alcón, 1986: 126). Muchos Hospitales abren su propia Escuela para atender a la demanda interna, hay escasez de enfermeras en el país (De Miguel, 1994; UNED, 1981: 24). Académicamente estos centros formativos dependen de la Facultad de Medicina (Latorre, 2002: 5). El testimonio que una enfermera en relación con el periodo formativo, ilustra la organización del trabajo hospitalario. En un Hospital público, las enfermeras tituladas organizan y abren unidades asistenciales, y las estudiantes realizan el trabajo enfermero cotidiano.

"Muy pocas (enfermeras), muy buscadas, muy pocas. Y entonces nosotras éramos las que hacíamos pues, funcionaban 5 quirófanos, y ellas eran las supervisoras que montaron en aquella época, [...] A. (Mutua), la mutua P., muchas, muchos hospitales, y aquí también montaron los quirófanos"(E16)

En las prácticas asistenciales las alumnas se responsabilizan de los enfermos, en las diferentes unidades, ya que hay pocas enfermeras tituladas. En esta época el sacrificio y abnegación de las estudiantes, son los rasgos imperantes que son los propios de las órdenes religiosas dedicadas a cuidar a personas enfermas durante siglos. El testimonio de tales vivencias es habitual a las enfermeras, cuando hablan de la formación práctica seguida en un Hospital público.

"Cuando estaba de estudiante un poco duras.[...] como una rigidez que te obligaba a un gran esfuerzo, [...] pero que después bueno, me ha servido, pues la rigidez me ha servido para una rectitud, [...] la poca comprensión de decir yo tengo que aprender pero paciencia porque yo estoy aprendiendo, [...] Porque si, si yo supiera como tú pues yo no estaría aquí dando la lata, ¿me entiendes?, es esto" (E16)

Con el transcurso de los años las Escuelas diversifican la formación impartida. Aunque legalmente tienen el mismo plan de estudios (UNED, 1981: 24). Se va dejando atrás la obligatoriedad de las mujeres a estar internas para estudiar⁶⁴.

La relación entre *formación e intrusismo profesional* en organizaciones sanitarias ilustran este periodo. Existen situaciones de intrusismo profesional, ya que alumnas de enfermería trabajan como titulares, desde el segundo curso académico. O bien se establecen categorías de auxiliares, A y B. Las primeras (A), son estudiantes de ATS, a las que se les exige una

⁶⁴ Las Órdenes de 1955 quedan suprimidas en 1976.

responsabilidad no acorde con sus conocimientos. Aunque lo habitual es que ellas accedan, y se atrevan, a menudo por ignorancia.

"Era muy atrevida, porque en aquella época había una enfermera para, era una clínica privada y entonces pues te reciclaban, o sea yo me acuerdo que empecé trabajando de noche [...] y yo hacía como de responsable de enfermos con la supervisión de la enfermera, había entonces auxiliares A y auxiliares B [...] unas hacíamos técnicas, controles, o sea, hacíamos de ATS" (E4)

El testimonio de una enfermera relata como, en los años setenta, siendo estudiante, en segundo curso de carrera, empieza a trabajar de enfermera titular. Realiza su trabajo en un Hospital público.

"Así aproximadamente estuve un año, combinando auxiliar y primero y parte de segundo y en segundo decidieron ponerme de enfermera también la verdad es que no estaba sola de enfermera, trabajarían más enfermeras [...] tampoco no me supuso en aquel momento como era la única que lo hacía tampoco pensé en ningún problema" (E2)

En el mismo periodo, en la década de los años setenta, una enfermera narra como con titulación de auxiliar de enfermería, ejerce de enfermera. El Hospital donde trabaja es público.

"Entonces me saqué el título de auxiliar de enfermería, y entonces trabajaba de enfermera, de auxiliar en el quirófano porque hacíamos de todo, como una enfermera, instrumentábamos, hacíamos de todo, porque nada más había dos enfermeras en el quirófano en aquella época" (E16)

Las Escuelas promovidas por órdenes religiosas, surgen inicialmente para formar enfermeras dentro del propio colectivo religioso. Con el transcurso de los años se abren al mundo seglar. La historia de la enfermería está unida a la historia de las órdenes religiosas dedicadas a la asistencia y cuidado de las personas enfermas, transmiten sus conocimientos a través de generaciones (Domínguez Alcón, 1986: 103). A principios del siglo XX, las organizaciones hospitalarias pasan de "establecer el eje en las necesidades y cuidados de las personas", a "estar centradas en tratamientos médicos". Una parte importante del personal de enfermería, religiosas y religiosos, ven la necesidad de formarse, para seguir ejerciendo su función. Diversos testimonios ilustran esta situación. Por ejemplo una enfermera monja que estudia en una Escuela religiosa de otra congregación, a principios de los años setenta.

"Las hermanas lo fundaron para que se pudieran preparar porque en aquella época no estaban preparadas" (E20)

La formación práctica de ATS es predominantemente técnica. Transmitida a través de normas rígidas. Las acciones cuidadoras están organizadas por tareas, no planificadas según las necesidades de las personas enfermas. La norma es importante en si misma, ya que si se trasgrede tiene repercusión negativa. El testimonio de dos enfermeras, que estudian en una Escuela organizada por religiosas, así lo muestra. Recuerdan la transgresión de normas que realizan en las prácticas asistenciales. En la primera experiencia, a una de ellas le obligan a quitarse los pendientes, no como regla relacionada con el concepto de asepsia y riesgo de infección, si no en función de la norma por si misma y la obediencia a la misma.

"Eran rígidas, muy disciplinadas en el orden, muy pulcras [...]me gustaba ir pintada un poco, pues no les gustaba que fuera pintada o pendientes

extremados, no me dejaban que llevara pendientes extremados, recuerdo una vez que estabas instrumentando y pasó la directora de la escuela porque iba dando vueltas y entonces me vio que llevaba unos aros, que entonces se llevaban mucho y...me hizo, me hizo deslavarme, salir, quitarme los aros, volverme a lavar y volver a seguir instrumentando, son cosas de que no se te olvidan nunca" (E14)

"Recuerdo una de las veces que yo llegué, fui a hacer prácticas en un área, no faltaban ni, yo no llevaba zapatos de uniforme y me dijeron que me fuera a casa que no tenía el uniforme completo" (E20)

En la década de los años setenta la proliferación de Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario para cubrir la demanda, repercute especialmente en la organización de la formación práctica. Son Escuelas que hacen asumir a las alumnas/os un nivel de responsabilidad superior a sus conocimientos. Otras Escuelas acomodan las prácticas asistenciales a la conveniencia personal de los alumnas/os. Todo ello coexiste con escuelas que convalidan totalmente las practicas si la/el estudiante trabaja de auxiliar de enfermería. El testimonio de tres enfermeras ilustran ese periodo de formación. Tienen en común que estudian en escuelas organizadas por órdenes religiosas. El primer testimonio (E2), se refiere a como en las prácticas asistenciales le exigen una responsabilidad no adecuada a sus conocimientos.

"En quirófano sí que tuve problemas por los cirujanos, quizás me exigían el que tuviera una preparación que no tenía y sí que habían enfrentamientos pero eran enfrentamientos pero era como alumno y en tercero pero que también solucionaban las monitoras, eso cuando lo solucionaban nos dejaban solas en un quirófano y claro no estábamos preparadas [...] para instrumentar ni quedarme sola de campo" (E2)

El segundo testimonio (E4), corresponde a una enfermera cuya Escuela le convalida las prácticas asistenciales, porque trabaja de auxiliar en una Clínica privada. Ella misma considera que esas prácticas son insuficientes, ya que las realiza de forma voluntaria en un Hospital público. El tercer testimonio (E14), expone como las estudiantes cubren vacantes de enfermeras tituladas en un Hospital público.

"Yo vine a trabajar con mi plaza de auxiliar en la clínica X (privada) y ha estudiar ATS aquí, [...] me convalidaban las prácticas, lo que pasa es que a mi me interesaba porque claro, las prácticas que hacíamos en la clínica X pues es que eran muy nada, y entonces yo iba voluntaria al Hospital Y (público)" (E4)

"Es decir, todas las alumnas cubríamos las prácticas, cubríamos todo el personal del hospital de enfermería." (E14)

Las escuelas transmiten la realidad social de la época. Lo que se considera importante es: (1) la aplicación técnica de los tratamientos; (2) la obediencia; y (3) la subordinación al médico. En segundo término se tienen en cuenta las necesidades y cuidados básicos a las personas. La dicotomía teoría/practica no es actual, en los años setenta también ocurre a nivel de algunos conceptos técnicos y de la asepsia. Las/os estudiantes comparan diferentes modelos a nivel teórico y práctico, para ir configurando su propio saber. El relato de dos enfermeras que narran su proceso formativo evidencia ese aspecto.

"Uno de los recuerdos que tengo es de que pues la materia en la escuela, las pocas clases que los monitores (ATS) nos daban pues aplicaron métodos como poner una intramusculares, entonces preparábamos una batea, las gasas perfectamente estériles, la jeringa, entonces cuando llegamos a la realidad, las enfermeras de allí llevaban un montón de agujas, claro,

estamos hablando de materiales no desechables [...] Llevaban en la misma batea dos jeringuillas, una para antibiótico y otro para el resto, un montón de agujas, dos agujas, no sé, a cada botella de medicación en una aguja gorda de pinchar tapones, entonces en aquella batea un montón de algodón pinchados en el cuello. [...] Yo intenté una vez u otra lavarme las manos y me dijeron que esto no daba tiempo [...] acababa de poner la medicación y las manos todas enganchadas" (E3)

"Me prestaba atención cuando yo le preguntaba, cosas es que esto no lo entiendo o esto tengo que hacerlo así, no se puede hacer de otra manera, que te han dicho en la escuela, en la escuela me han dicho esto, pues mira, ves, está bien, hagámoslo igual, o no, a veces no hacíamos lo de la escuela, entonces, aquí se hace así, aquí se hace así" (E9)

La independencia económica y personal de las personas jóvenes es un valor social. Las escuelas son escogidas por las/os estudiantes en función del horario y dedicación exigida, para poder compaginar estudios y trabajo. Los testimonios expresan la percepción y el sentir de los jóvenes frente al sistema educacional oficial.

"Las clases comenzaron en enero, la universidad era un follón impresionante [...] y comencé a estudiar imagínate ATS en el X, (Escuela pública) poniéndole ilusión y ganas, claro, porque era joven y me gustaba, [...] me decepcioné bastante porque eran aquellas clases que eran 3 o 4 horas a la semana, magistrales a tope, 200 personas, continuaba yo trabajando de noches, las clases eran a las 4 de la tarde, me dormía [...] en clase porque era bastante aburrido [...] comencé un período de prácticas también con ilusión y ganas por aprender pero me encontré, bueno, con unas prácticas insospechables, una cosa horrorosa que mucha gente también lo pasó y yo mira como trabajaba de auxiliar fíjate tú convalidé las prácticas, [...] yo no hice ninguna práctica en hospital" (E1)

Algunos hombres empiezan la formación, y se concentran en una antigua escuela de Practicantes⁶⁵. En esta escuela la enseñanza teórica es impartida por médicos, aunque alguna asignatura es dada por enfermeros. El testimonio de un enfermero expresa el porcentaje de hombres y mujeres, en una antigua escuela de practicantes.

"Todos. A ver, en teoría todos los que habían de un setenta y cinco u ochenta por ciento éramos hombres...habían mujeres también pero eran un diez, quince por ciento" (E18)

En los años inmediatamente predemocráticos (1970-77), la incorporación de las mujeres al mundo laboral y estudiantil aumenta. Esta situación ayuda a tomar conciencia del lugar que les corresponde como mujeres y como profesionales, y que deben conquistar socialmente. A ello se une la importancia de la aportación profesional. Es la generación de mujeres que deben conciliar la vida laboral, familiar, y personal en un periodo en que el modelo masculino no evoluciona al mismo ritmo, en general, el compartir las tareas domésticas está todavía lejos de la realidad aunque se avanza en la participación masculina, sobre todo en el cuidado de los hijos/as menores. No al mismo ritmo en las tareas domésticas que recaen todavía de forma desproporcionada en las mujeres. Según los datos de la *Encuesta de calidad de vida en el trabajo* (2003), entre las mujeres ocupadas 50% realizan las labores del hogar principalmente solas, tanto si su pareja trabaja o no. Mientras que los hombres ocupados las realizan principalmente solos 2%. Un 50% de hombres ocupados cuya pareja trabaja, comparten las

⁶⁵ La formación académica de Practicante, se regula en la Real Orden del 10 de marzo de 1865. Se crea, según la Ley, como auxiliar de las ciencias médicas. Son predominantemente varones. (Domínguez Alcón, 1986: 97-108)

tareas domésticas, y entre las mujeres ocupadas 34% comparten con su pareja, si esta trabaja y el 30% si no trabaja (Domínguez Alcón, 2001, 2004).

La *Tabla 4.3* sintetiza los rasgos y orientación en la formación enfermera, en el periodo de 1953 a 1977. En este intervalo de tiempo la formación de *Ayudante Técnico Sanitario* (ATS), reproduce los elementos sociales de diferencias de género. En la formación, y en la asistencia hay una sobre valoración de la técnica y los procedimientos. El concepto de “buen profesional” corresponde al “buen técnico”, aunque no vaya acompañado de actitudes profesionales. Las enseñanzas de *Ayudante Técnico Sanitario* forman a personas ayudantes de los médicos. Aplican tratamientos, y realizan intervenciones de vigilancia y control de síntomas y signos de la enfermedad. Los cuidados propios enfermeros a personas enfermas son secundarios.

La *Tabla 4.4* sintetiza las diferencias de orientación en los estudios enfermeros, y los requisitos según género, en el periodo comprendido entre los años 1953 a 1977. Este intervalo de tiempo comprende dos etapas que presentan diferencias notables. El primero corresponde a la década de los años cincuenta, y sesenta, predominan las diferencias que se establecen según género en la formación. Se puede denominar a este periodo de transición, por la conexión con la década anterior. La formación esta acomodada al género: practicantes mayoritariamente hombres; y enfermeras predominantemente mujeres. Las actitudes que están relacionadas con este periodo son: sacrificio, abnegación, obediencia y subordinación. A lo largo del apartado se muestran a través de diversos testimonios. Tienen en común los mismos rasgos que caracterizan a las mujeres a nivel social.

El segundo periodo, la década de los años setenta, se observa a través del colectivo enfermero, la evolución social de las mujeres. Las/os jóvenes agregan el valor de la independencia económica y personal. Las mujeres se incorporan progresivamente al mundo laboral. Este factor laboral, unido a los elementos relativos al contexto socio-político, ayuda a las mujeres a que tomen conciencia de su rol social. Aportan saberes más allá de la atención exclusivamente familiar. En el caso de enfermería, se gestan en los años setenta, el papel profesional que deben desempeñar. Los acontecimientos y las circunstancias hacen mella en la práctica profesional. Culmina en el requerimiento de las enfermeras/os, sobre la modificación del plan de estudios, que permita adquirir nuevas competencias profesionales. Los retos profesionales se enmarcan en concepciones de cuidados de orientación humanista. Las actitudes y valores que caracterizan la nueva formación tienden a potenciar la identidad del colectivo.

Los *elementos generan el avance profesional* comienzan a finales de la década de los años setenta. A partir de 1976 en el sector público se empiezan a contratar enfermeras/os. La situación hasta esa fecha es paradójica: hay más médicos que enfermeras y más estudiantes de Medicina que médicos. A finales de la década de los años setenta hay en España, por primera vez mas enfermeras/os que médicos⁶⁶. (Domínguez Alcón 1990; De Miguel, 1994). En el periodo de 1970 a 1977 aunque en España las enfermeras no tienen referentes de generaciones mayores, para establecer modelos a seguir (Duran, 2002: 25), obtienen información sobre el avance teórico y práctico de la enfermería fuera de nuestras fronteras, concretamente Estados Unidos, Canadá y Inglaterra (Mompert, 2004:11). También se empieza a traducir literatura extranjera, y llegan de América latina libros de enfermería. Todo ello contribuye al desarrollo profesional. Empieza a tomar cuerpo la conciencia colectiva de

⁶⁶ En 1980, el número total de enfermeras/os en España es de 158.497. El número total de médicos/as en el mismo año es de 148.717 (De Miguel 1994).

Tabla 4.3
**Elementos que se identifican en la formación enfermera (ATS)
 1953- 1977**

<u>Estructura y requisitos</u>	<u>Rasgos de la titulación de Ayudante Técnico Sanitario</u>
Currículo formativo	Basada en el Modelo Biomédico Orientación: a la medicina, no al enfermo
Formación Teórica	Patologías Médicas y Tratamiento Clases Magistrales Profesorado Médicos
Formación Práctica	Predomina la técnica Rasgos: Formación rígida Alumnas suplen titulares Normas: “valor en si mismas”. Obediencia Subordinación al médico. Aplicación de técnicas según género del enfermo y de la alumna/o.
Requisitos Previos	16 años cumplidos Bachiller elemental Carta de presentación de dos personas Carta personal de solicitud Aprobar examen Condiciones físicas y de salud
Elaboración propia	

Tabla 4.4
Diferencias de orientación y requisitos según género
Periodo: 1953-1977

Años 1953-1969

Mujeres	Varones
Alumnas: Régimen Interno ⁶⁷	Alumnos: Régimen externo
Monitoras: Régimen Interno Solteras	
Asignaturas específicas:	Asignaturas específicas:
Enseñanza del Hogar	Autopsia Médico-legal

Años 1970- 1977

Internado no obligatorio

Formación práctica con desarrollo y requisitos desiguales:

Alumnas suplen titulares enfermeras

Convalidación total si trabajan de auxiliar de enfermera

Dicotomía teoría/práctica, en conceptos de asepsia, y técnicas entre otros.

Consecuencias en las organizaciones asistenciales:

Intrusismo profesional:

Auxiliares de enfermería (estudiantes) suplen titulares.

Situación social:

Aumenta el deseo de independencia económica y personal de los/as jóvenes

Elaboración Propia

⁶⁷ Orden de 2 de Julio de 1955, respecto al régimen de internado de las alumnas; suprimida en 1976 (Domínguez Alcón, 1986:123).

identidad profesional. En 1977 se rompe el maridaje con la profesión médica y en opinión de Amezcua, se restaura la Enfermería en España, abolida por el régimen franquista durante la dictadura (Amezcua, 2003: 10), que a través de disposiciones legales institucionalizan la subordinación. Durante veinticinco años el plan de estudios (ATS) está orientado al servicio de la medicina, y en un segundo plano al servicio de las personas enfermas (Domínguez Alcón, 1986:122, 139). El testimonio de una enfermera docente ilustra el cambio de orientación en la situación profesional.

"En aquella época congresos no se hacían ni se oía hablar [...] Empezó toda la movida de la cuestión universitaria [...] Además en Girona, el primer congreso de enfermería catalana" (E3)

La *Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa* 1(4/1970, de 4 de agosto), abre dos opciones al colectivo: convertir los estudios en *Formación Profesional*, que perpetúan el sistema anterior, o entrar en la *Formación Universitaria* de primer ciclo. Las directrices para elaborar un plan de estudios en esta segunda opción son:(1) prestación de cuidados a la persona enferma o sana, la familia o comunidad, en los aspectos relacionados con la rehabilitación de los problemas de salud, prevención y promoción de la salud; (2) participación en el equipo de salud; (3) contribución a la formación de los distintos niveles del personal de enfermería; (4) participar en investigación en el área de enfermería (Domínguez Alcón,1986: 142; Fernández Ferrín, 1995: 105). Son años de concienciación y respuesta pública del colectivo profesional (Eseverri Chavarri, 1995). La *Asociación de Enfermería Docente*, nace a raíz de la corriente reivindicativa de los ATS en España, a favor de la integración de los estudios enfermeros en la Universidad. En el año 1979, esta asociación realiza las primeras sesiones de trabajo sobre la enseñanza de enfermería (Fernandez Ferrín, 1995: 112). La *Comisión Interministerial* constituida para decidir el futuro de la formación enfermera, tiene en cuenta, entre otros elementos, las recomendaciones para Enfermería del *Consejo de Europa* (Domínguez Alcón, 1986: 142-143).

Se acepta finalmente, la formación universitaria. El propósito es dar respuesta profesional a las nuevas demandas sociales en materia de salud. Por primera vez algunas enfermeras que lideran este proceso, se convierten en referentes para las generaciones posteriores. Una repercusión inicial de la formación universitaria, es el aumento de investigación y generación de conocimiento enfermero en España. En los últimos 25 años (de 1977 a 2002), se pasa de la publicación de una sola revista de enfermería en España; a la publicación de cerca de 80 en 2003 (Amezcua, 2003:10). En el año1980, a través del *Real Decreto 111/1980, de 11 de enero*, se permite la homologación del título de ATS, por el de *Diplomado en Enfermería* a través de un curso de nivelación organizado por la UNED. Este proceso se sigue mayoritariamente por las/os ATS, aunque en el año 2004 aún existen aproximadamente 25.000 profesionales ATS, que rehúsan en su momento la nivelación universitaria, porque no se identifican con los nuevos modelos de cuidados (Amezcua, 2003: 10). Son profesionales que no consideran necesario la nueva titulación, entre otros, porque tienen un trabajo estable.

La *Tabla 4.5* muestra los elementos que generan un cambio de valores y actitudes profesionales. Este cambio activa en el país el proceso de profesionalización. Es singular el contexto socio-político de la década de los años setenta. Se toma conciencia del aislamiento que se vive en los ámbitos sociales, a causa de la dictadura franquista. En el caso de enfermería, el colectivo realiza un esfuerzo significativo de búsqueda de información y documentación fuera de las fronteras españolas. Se une otro factor decisivo: el aumento

significativo del número de profesionales. En consecuencia se genera conciencia colectiva de identidad profesional.

El proceso de cambio: la transformación de las Escuelas de enfermería en Escuelas universitarias. Las enfermeras toman progresivamente la responsabilidad de la formación de las futuras/os profesionales. Las primeras en cursar la formación para nivelar los conocimientos son las enfermeras que ya están en la docencia, antes de 1980. El testimonio de una enfermera docente, en el año 1977, es esencial ya que es de las primeras enfermeras que realizan el curso de nivelación, hace patente su opinión de que las docentes deben ser las primeras en realizarlo, dado que ellas iniciaran el cambio en las Escuelas.

"En el agosto del año 77 que es cuando salió el decreto, un curso en Madrid para formar a la gente de docencia [...] Seleccionaron a la gente que estaba en frente de las escuelas, quiero decir a la que sólo se dedicaba a las escuelas. Entonces yo no fui al curso pero sí que iba al curso de fines de semana [...] de hecho, la asociación española de enfermería docente nació a raíz de este curso" (E3)

En una Escuela pública de Catalunya, adherida a la facultad de medicina, el proceso de cambio se vive entre bastidores, como una época difícil porque deben adecuar el estatus de profesoras universitarias, y al mismo tiempo crear los programas de las asignaturas. A través del testimonio de una enfermera, protagonista de este proceso, se comprenden las dificultades del colectivo.

"Esto (el cambio de formación) coincidió con una época en la que se iniciaban, se daban los primeros pasos hacia la democratización de España, [...] los alumnos se movilizaron también por esta historia [...] de hecho la primera promoción de los alumnos empezó, [...] el curso empezó como en diciembre [...] el primer año dijeron que continuara todo funcionando un poco como estaba, [...] Realmente la ley lo que establecía era que se tenía que establecer una comisión para seleccionar un profesorado y tal. Entonces todo esto se hizo durante el primer curso, [...] al final del primer curso la comisión ya estaba creada [...] hubieron problemas [...] al finalizar el primer curso dimitieron (los cargos directivos de la Escuela). Con lo cual la escuela se quedó de septiembre a diciembre, a enero sin actividad, o sea los alumnos de tercero de ATS iniciaron las clases pero los de primero y segundo de diplomados no porque allí no había nadie, o sea los profesores de ATS continuaban pero el resto, estaban todos despedidos (porque ni la Escuela ni la Universidad les pagaba)" (E3)

El proceso de cambio de una formación de grado medio a universitaria, requiere varios pasos administrativos y personales que hacen lento el desarrollo. Otro factor que incide, es que todas las escuelas públicas del país, están en la misma situación. No hay referentes de apoyo, las enfermeras/os docentes deben hacer frente y poner en marcha todo el mecanismo formativo. El testimonio de una enfermera docente, expone que es una profesora seleccionada por la comisión creada de elegir profesorado. También narra el proceso de cambio del plan de estudios.

"La comisión inició un concurso por plazas [...] Entonces me seleccionaron, [...] de las 3 personas estas que eran las de más categoría de profesor, en aquella época se decía agregado, estas 3 personas [...] decidimos que nos repartimos las asignaturas en función de la agregaduría, [...] Convocamos los profesores, los profesores no dijeron "pero claro es que, darnos el programa", y no hay un programa, y además no te lo podías copiar de nadie

Tabla 4.5
Elementos que generan avance profesional
Periodo 1970-1977

Aumento significativo de enfermeras/os en el ámbito asistencial.

Información sobre el avance teórico y de práctica profesional en el extranjero.

Traducción literatura extranjera.

Inicio de conciencia colectiva de Identidad Profesional

Elaboración Propia

porque nadie lo tenía hecho, [...] acabamos empezando en febrero, casi en marzo" (E3)

Otro factor que influye en el periodo de cambio, es el traspaso de poder de los médicos en la formación de enfermeras a las propias enfermeras (Blasco Santamaría, 1992:70). Este traspaso es apoyado por el rector de la Universidad de Barcelona, Antoni Badia i Margarit y la secretaria académica Eulalia Vintro⁶⁸. La dirección la asume una enfermera con un objetivo claro, iniciativa y tesón, que se enfrenta a las situaciones que se presentan.

"Nosotros teníamos que asumir la dirección, [...] empezamos a caminar, [...] cada vez que levantabas un papel te salía una situación totalmente demencial, [...] médicos que continuaban convalidando a extranjeros de medicina por el título de enfermería, intentamos hacerlo lo mejor que pudimos hacer, [...] ya lo dicen, el desconocimiento en un mundo atrevido y esto me ayudó porque [...] era todo nuevo" (E3)

El proceso cambio se hace más llevadero, a raíz de la incorporación de escuelas al nuevo proceso educativo, pueden compartir experiencias y formar equipo (Domínguez Alcón, 1986:125)⁶⁹.

"Ya el segundo año entraron más escuelas y [...] que hacíamos que, que todos opinásemos un poco lo mismo, que nos apoyásemos, que nos reconociésemos mucho lo que hacían unos y otros" (E3)

Un aspecto que repercute negativamente en el proceso, se relaciona con las plazas de docente en la Universidad. Al ser provisionales, las enfermeras que tienen un trabajo en el ámbito asistencial, lo mantienen, de manera que la formación pierde un rico potencial de experiencias y conocimientos, al no articular la incorporación de esas enfermeras experimentadas y valiosas en la docencia. Puesto que se requiere en este periodo todo el esfuerzo profesional.

"Yo creo que fue una época, hombre, muy traumática porque además yo todo aquel año continué trabajando en trauma de noche porque claro, el, a nosotros la universidad nos hacía un contrato por un año, pido un contrato que sólo nos lo podían hacer si el ministerio sacaba una transitoria que decía que los ATS para aquel año podíamos dar clases en la universidad. Claro, quien hizo la apuesta de quedarse en la escuela cuando salió la ley de reforma universitaria fueron profesores titulados" (E3)

En Catalunya el proceso de cambio, se realiza con mucho esfuerzo, pero con ideas acertadas de hacia donde hay que encaminar el colectivo. De forma que se realiza correctamente. En el resto de España, cuesta más y en algunos casos no se consigue aprehender el poder detentado por los médicos⁷⁰. Vista la evolución posterior, este proceso es muy negativo para el progreso profesional.

⁶⁸ Fuente: Conferencia del Doctor Antoni Badia i Margarit en el marco de celebración del 25 aniversario de la Escuela de enfermería de la Universidad de Barcelona.

⁶⁹ Según datos recogidos por la Dra. Carmen Domínguez Alcón, en el libro "Los cuidados y la profesión enfermera en España" (1986), en el curso académico 1977/78, en España hay 156 Escuelas que imparten estudios de ATS y 15 Escuelas que empiezan la formación de Diplomado de Enfermería. Un año después, 1978/79, disminuye el número de Escuelas que cursa ATS, en 112, y aumenta en 69 las Escuelas de Diplomado. En el curso 1984/85, son 110 las Escuelas reconocidas en España que cursan los nuevos estudios.

⁷⁰ Según un estudio realizado por las profesoras Rosa Blasco y Pilar Antón en 1991, el número total de profesores numerarios de las Escuelas de Enfermería es de 348, de ellos 176 eran enfermeras y 172 otros profesionales: médicos, farmacéuticos, biólogos, psicólogos (Blasco, 1992: 72).

"Fueron 3 años muy...conflictivos pero muy bonitos, [...] En Cataluña la batalla claramente la ganaron las enfermeras, en muchos sitios aunque las condiciones eran similares o mejores a las de Barcelona ganaron los médicos. Y en las clases, o sea, ahí hubo una época que a nivel de España se creó mucha tensión entre médicos y enfermeras porque hay escuelas [...] que los médicos se hicieron con el poder desde la perspectiva de que ellos tenían una titulación que nosotras no teníamos e iban grupos de enfermeras dispuestas a luchar por esto,[...] Esto de alguna manera también repercutió en centros adscritos, la situación de inestabilidad fue en todas partes, [...]yo diría que del 77 al 90, la situación fue de muchísima tensión, [...]además aquí conseguimos cosas inimaginables, [...]Barcelona fue la única universidad que lo dio a enfermeras, en el resto de se lo dieron a médicos, [...]y a nosotros nos contrataron como profesores asociados pero no como agregados. [...] en cambio de Barcelona la sacó todo el mundo la [...] pusieron nota y las notas más altas estaban en Barcelona, aquí. Fue la única que tenía, durante esta etapa tuvo una directora enfermera, [...] todo esto hizo que fuésemos avanzando en muchos terrenos, estuvimos en la comisión de la comunidad económica europea" (E3)

Hay una transformación de las Escuelas, en la década de los años ochenta cuando los estudios se incorporan al primer ciclo universitario, no todas siguen el mismo proceso, hay una selección, algunas cierran o cambian de clase de formación académica por enseñanzas de Formación Profesional, Rama Sanitaria (Domínguez Alcón, 1986: 125; Mompert, 2004: 14)⁷¹. El testimonio de una enfermera que estudio en una Escuela reconvertida expone el tema.

"Entonces era la escuela de la E., ahora es escuela de FP (Formación Profesional) Dependía de la universidad de Barcelona, o sea, lo que era la universidad central" (E21)

Otras escuelas se incorporan a la propia Universidad, o de forma adscrita. En Catalunya, en los años ochenta solo hay una escuela de la universidad, las demás son adscritas. Con la evolución universitaria y el proceso de descentralización, aumentan las Escuelas de Universidades públicas, pero en la actualidad predomina en los estudios el carácter privado universitario⁷². El testimonio de una enfermera asistencial, y docente en segunda actividad, expone la realidad formativa enfermera, en relación al carácter privado y público de los Centros.

"Aunque habían alumnos del País Vasco y de todas partes, [...] todo el mundo no, a ver, no puede pagar la cantidad de dinero que pagaba. (Universidad privada) es una escuela que pagaba incluso a los profesores y todo esto muy bien... porque los alumnos también pagaban mucho. En cambio, tienes la misma oportunidad en una escuela pública y de cara a, [...] a la equidad dijéramos, al reparto de todo yo pienso que es mejor la escuela pública" (E16)

⁷¹ Remito al lector al pie de página nº 15, en donde se detalla los datos de este proceso (Domínguez Alcón, 1986: 12).

⁷² Universidad de Barcelona: 1 escuela propia y tres adscritas, EUI Sant Joan de Deu, EUI del Mar, EUI Santa Madrona. Universidad Autónoma: 4 escuelas adscritas: EUI Gimbernat, EUI Vall d'Hebrón, EUI de la Santa Creu i San Pau y EUI Creu Roja. Universidad de Manresa: 1 escuela propia. Universidad de Lleida: 1 escuela propia. Universidad de Girona: 1 escuela propia. Universidad Rovira i Virgili: 1 escuela propia y 1 escuela adscrita: EUI Verge de la Cinta Universidad Internacional de Catalunya: 1 escuela propia. Universidad Ramon Llull: 1 escuela propia. Universidad de Vic: 1 escuela propia.

Paralelamente al proceso democrático, en la década de los años ochenta, algunas enfermeras asesoran, a nivel ministerial, en la reestructuración del Sistema Sanitario Español, que culmina con la *Ley General de Sanidad* (1986), y el traspaso de competencias a las distintas comunidades autónomas. De este proceso es importante resaltar que en 1987 se crean las Direcciones Enfermeras en los Hospitales, y en 1990 en Asistencia Primaria (Duran, 2002: 24). La formación sufre diversas modificaciones⁷³, dota de más flexibilidad los planes de estudio, y marca la posibilidad de que cada alumna/o diseñe su propio currículum. En la realidad académica muchas veces es una posibilidad más de carácter teórico que práctico.

La *Tabla 4.6* refleja la transformación de Escuelas ATS en Escuelas Universitarias. En el ámbito docente la construcción de la formación enfermera, esta basada en modelos de cuidados orientados en valores posmaterialistas. Es una época difícil para las enfermeras/os que están en la docencia. Asumen en un periodo corto de tiempo la responsabilidad, y autonomía de la práctica profesional en esta área. El proceso de cambio en Catalunya es regular. Las enfermeras/os en la asistencia aún hoy, siguen el proceso, que empieza en la década de los años ochenta. Los valores cambian en las/os profesionales, como cambian en las personas de una determinada sociedad. Las enfermeras mayoritarias en esta profesión, son reflejo de la evolución social de las mujeres. Los cambios de valores que se producen, son imágenes de la sociedad en general y de las relaciones que mujeres y hombres articulan en particular.

La elección de Centros Educativos por las estudiantes, atiende a diferentes criterios. La vía de acceso a la formación se unifica, con la selectividad. Las/os estudiantes escogen prioritariamente la Escuela pública, por razones económicas y de prestigio. Aunque la nota de corte (más elevada en las Escuelas Universitarias públicas), obliga a elegir entre otras escuelas privadas. La elección Centros Educativos, se realiza a través de la opinión de personas cercanas, comparación de programas de estudio, enseñanza práctica, y número de alumnas/os en clase. El testimonio de tres enfermeras exponen el proceso de elección de la Escuela de enfermería. La primera enfermera elige la Universidad privada porque ofrece una formación más personalizada.

“Tenía la posibilidad de entrar en E.U. (Escuela de Enfermería privada, adscrita a la Universidad pública) o de entrar en la U. (Escuela de Enfermería de Universidad privada) y entonces por programas de estudios y tal me decanté por esto, por la E. U. (Universidad privada) [...] Y por programa y tal pues me decanté por la privada, porque hacían más prácticas, era un trato más personalizado, había menos gente en las clases” (E12)

Las enfermeras cuyos testimonios se transcriben a continuación, tienen en común la elección de la Universidad pública, aunque por motivaciones distintas.

“Yo quería, me hice la solicitud como todo el mundo y me acuerdo que puse en primer orden (Escuela Universitaria pública) porque yo vivo en (cerca de la Universidad) y es más cercano” (E15)

“En primer lugar intenté pues poder entrar en la pública, allí no entré por la nota y yo ya tenía como segunda opción E. (Escuela privada, adscrita en la Universidad pública), si no me equivoco y aquí entré porque me habían hablado bien de la escuela porque yo no la conocía” (E17)

⁷³ Real decreto 1497/1987, de 27 de julio, Ley orgánica 6/2001, de 21 de diciembre.

Tabla 4.6
**Proceso de Cambio: en la transformación de Escuelas de ATS en Escuelas
 Universitarias.**

Situación	Rasgos negativos	Rasgos positivos
Las enfermeras/os ocupan progresivamente el lugar de los médicos en la formación	Provisionalidad en las plazas de docentes que provoca abandonos de enfermeras/os expertas en docencia y asistencia	Enfermeras/os docentes son las primeras en realizar Curso de Nivelación de conocimientos. (UNED)
El proceso de incorporación de enfermeras/os docentes en las Escuelas es y	En España el control de las Escuelas no siempre es asumido por las enfermeras.	En Catalunya la dirección de las Escuelas, en general, la asumen las enfermeras.
Inexistencia de programas. Las enfermeras/os crean nuevos programas de acuerdo con directrices del Ministerio.		En Catalunya el proceso de cambio incorpora profesoras enfermeras/os en la Docencia. En otras Comunidades Autónomas ese proceso es muy irregular ⁷⁴ .
No existen referentes de apoyo para las enfermeras/os que asumen las nuevas responsabilidades de formación.		

Elaboración Propia

⁷⁴ Lo que dificulta el avance del proceso de cambio importante de las enfermeras/os, que la ley permite, manteniendo la situación tradicional anterior de que otros profesionales dirijan la Enfermería.

En Catalunya la oferta de Escuelas es diversa, aunque predominan los Centros privados⁷⁵. Las Escuelas de enfermería, específicamente las de carácter privado, se enfrentan a dos factores que determinan su continuidad: la disminución sostenida de la tasa de natalidad, y el cambio de Plan de estudios. Las estrategias de calidad y diversidad en la oferta formativa, son fundamentales y aseguran la viabilidad. La *Tabla 4.7* muestra las ideas que sostienen las/os estudiantes en la elección del centro educativo. Los criterios que defienden, si los recursos económicos no condicionan, son relevantes. Las condiciones específicas de Catalunya, que oferta un amplio abanico de escuelas de enfermería, permite valorar de forma global los criterios de elección. Datos como prestigio del centro educativo, son prevalentes. Parece que este elemento se relaciona con el currículum, y facilita la entrada al mundo laboral. En el ámbito de la enfermería no hay investigaciones recientes que corroboren esta hipótesis. Otro dato significativo es el trato personalizado. Puede tener relación con las características de la formación en cuidados a las personas, sustentadas en valores humanistas, o bien relacionadas con el precio/ beneficio del tipo de enseñanza privada. Dado que el valor altruista sostiene la decisión de estudiar enfermería, en la mayoría de las/os estudiantes, se sugiere la primera hipótesis, relacionada con valores humanistas. El factor con más peso en la elección, es la opinión de personas cercanas. Personas que se forman en determinadas escuelas. Consideran sus experiencias y percepciones importantes en la elección. Al ser enfermería una disciplina aplicada, las prácticas en la formación son importantes para las futuras estudiantes. También lo son en el criterio de elección.

El currículum enfermero actual se construye a través de los diagnósticos médicos. Sigue marcado, después de casi tres décadas de la reforma de 1977, por una fuerte tendencia a la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas (Domínguez Alcón, 1986:145). Este enlace único, a través del modelo dominante en el Sistema Sanitario Español, el modelo biomédico, que no ayuda ni a profesoras/es ni a alumnas/os, a transmitir la importancia que aportan los cuidados en sí mismos, en la prevención o recuperación de un problema de salud de las personas.

La visión actual sigue siendo positivista y sobre todo reduccionista. Los cuidados se enseñan exclusivamente, a partir de las patologías médicas. El testimonio de una enfermera en la etapa formativa, a mitad de los años noventa, expone que cursa este tipo de formación.

“Se iba alternando los dos aspectos, la parte más medica nos la daba un médico y la parte más asistencial pues una enfermera. Y estaba muy bien porque se iban complementando, cuando uno explicaba pues la patología tal, la siguiente clase le tocaba a la enfermera nos explicaba las curas de esta patología, y se complementaban muy bien” (E12)

La transmisión de conocimientos enfermeros a través de las enfermeras/os docentes, a raíz de este cambio educativo, hace un giro de noventa grados. Las profesoras/es son profesionales con bagaje asistencial, y formación teórica enfermera, que tratan de orientar a las/os estudiantes a asumir autonomía en el cuidar. La percepción del colectivo profesional, asistencial y alumnado, es de que existe una cierta dicotomía entre teoría y práctica (Medina, 1999: 89). La formación teórica transmitida por las enfermeras/os docentes, desde las escuelas, esta impregnada de positivismo, entendida y enseñada como finalidad en sí mismas, no como medio para mostrar el efecto terapéutico que los cuidados enfermeros ofrecen. El método de trabajo enfermero, especialmente en el registro, es valorado como ente propio, no

⁷⁵ En el pie de página nº 72, se describen las EUE de Catalunya.

Tabla 4.7
Razones de las alumnas/os para elegir Escuela

Escuelas	Razones principales de elección
Escuelas de Enfermería de Universidades públicas	Subvencionada Prestigio
Escuelas privadas adscritas y Escuelas de Universidades Privadas.	Trato personalizado:Rela- ción alumnas/os/aula/profesorado Opinión e influencia de personas cercanas. Comparación de programas y prácticas asistenciales.

Elaboración propia

como herramienta para valorar los cuidados descritos y realizados. Esta es la percepción que expresa una enfermera asistencial, cuando realiza las practicas en medio Hospitalario.

"Empezamos a hacer PAEs⁷⁶, el proceso de atención de enfermería, las enfermeras les representaba un rollo y entonces nos lo dejaban hacer, [...]hacíamos también para la escuela, [...]cada mes de práctica pues un PAE o dos [...] Las veía muy profesoras, [...] estaban muy obsesionadas con el tema del PAE, y después ibas al hospital y veías que el PAE [...] y veían (las profesoras) que la mejor manera de que el paciente [...]se sintiera bien atendido es primero conocer las necesidades, fijarte unos objetivos cambiar unas opciones y después hacer una evaluación [...]te parecía bien, [...]pero llegabas al hospital y veías que no tenías tiempo, o sea, como estudiantes sí pero decías bueno, yo el día que esté en una planta con veinticinco pacientes y una auxiliar y yo pues no" (E13)

Una enfermera docente al exponer la opinión sobre la formación que se da en las Escuelas, reconoce que las enfermeras/os docentes transmiten los conocimientos científicos, con falta de crítica reflexiva.

"Hoy también creo que tenemos un poco de culpa las docentes, [...] las docentes hemos querido teorizar mucho y, dar un carácter científico a cosas que son muy simples, o sea si tú estás en contacto con los otros universitarios, muchas veces justamente la gente con más nivel es la que es más capaz de explicar las cosas de una manera más simple" (E3)

La organización pedagógica en la alternancia, de la formación actual de enfermera, permite a la alumna/o observar la confrontación de una serie de figuras identitarias, que a lo largo de los tres años modifican progresivamente la representación ideal de la profesión, y la motivación inicial se traduce en implicación. El testimonio de una enfermera que se formo en la década de los años ochenta, expone las ideas transmitidas primero por el centro educativo. Después las contrasta con la realidad asistencial. Comprueba que las enfermeras adoptan las mismas ideas.

"Para mi aquello fue como una premisa ya para toda la carrera, la enfermera ha dejado de ser la ayudante del médico, ya se acabó esto de, él tiene su trabajo y nosotras tenemos el nuestro y se trabaja en equipo pero ya esto de "buenos días doctor, y aquí tiene su bata", esto se acabó. Y a mi eso fue lo que me quedó aquí desde el primer día y con esa premisa yo he seguido adelante, [...] de que ya tenemos un campo de actuación propio, que el médico no siempre tiene razón" (E19)

El testimonio de una enfermera expone la perseverancia de las enfermeras asistenciales, en un Hospital público, en reafirmar su identidad. El cambio de rol enfermero: de subordinación al de colaboración. El cambio en la relación de poder, no es fácil, sobre todo cuando están implicados otros profesionales, médicos, acomodados a una forma concreta de relación y de acción. En la década de los años ochenta, principalmente en Hospitales públicos, las enfermeras/os, en la práctica asistencial diaria, muestran el cambio de papel profesional, especialmente en la relación con los médicos/as.

"Eran guerreras, sí señor los marcaban mucho, marcaban mucho el territorio, si no estaban de acuerdo con aquello lo decían, los médicos las contradecían, el pase de visita era [...] pasaba la supervisora de la sala, [...] los residentes, los estudiantes de medicina, más la enfermera, más la estudiante de enfermería o sea, éramos ciento y la madre dentro de la

⁷⁶ PAE, proceso de atención de enfermería. Metodología enfermera.

habitación. Evidentemente la estudiante de enfermería era yo, acongojadita en un rincón, pensando "ni respire, no sea que te pregunten algo, y tú no sepas contestar" (E19)

La disciplina enfermera en el siglo XXI, es compleja como lo es la sociedad en la que esta inmersa. Forma parte del ámbito de la salud. Utiliza conocimientos propios y de otras disciplinas. Da respuesta a las demandas de la sociedad plural y multicultural. Desde finales del siglo XX, el colectivo no deja de reivindicar la continuidad curricular de los estudios. Una parte del colectivo opta por continuar su formación, en otras disciplinas de segundo ciclo y doctorado (Godall, 2003: 30): antropología social y cultural, sociología, pedagogía, psicología. A finales de la década de los años noventa, se elabora y consensua un plan de estudios de licenciatura en enfermería. Son los representantes de Escuelas Universitarias del país, quienes hacen emerger, en algunas Universidades, la posibilidad de cursar el segundo ciclo universitario como título propio. En Catalunya: Rovira y Virgili de Tarragona y la Universidad Internacional (Duran, 2002: 27). A partir de este hecho se abren conversaciones con el Consejo de Universidades. Este organismo trabaja, desde hace años, en el desarrollo académico del colectivo enfermero, pero aún no consigue articular como una demanda concreta viable. La solución de continuidad curricular no solo es a nivel del Estado español, sino que viene determinado por la Unión Europea. Diferentes reuniones⁷⁷ de los países miembros, sientan las bases para articular el espacio europeo de formación superior. Actualmente, se espera una resolución para el colectivo. Durante los últimos años, la continuidad curricular enfermera, centra los esfuerzos de diferentes grupos profesionales: sindicatos, Escuelas universitarias, Consejo general de Colegios profesionales (Ovalle, 2004).

En la *Tabla 4.8* se sintetizan los rasgos más relevantes de la estructura curricular actual. El modelo biomédico articula la formación. El cambio de plan de estudios, producido en el año 1977, aunque es importante, no es decisivo. La hegemonía del modelo biomédico repercute y sitúa los cuidados enfermeros en un segundo plano. La aportación social y específica de las enfermeras/os son los cuidados a las personas, familias y comunidad. Aunque en la documentación enfermera, el criterio esta consolidado, la transmisión del conocimiento no ayuda a asumir los valores profesionales fundamentales de la práctica profesional. La formación adolece de crítica reflexiva, capaz de capacitar a las alumnas/os a tomar decisiones autónomas y responsables.

En el 2005 se esta a las puertas de vivir un cambio significativo del plan de estudios (Duran, 2004; German Bes, 2004). La historia reciente de la socialización profesional enfermera, sirve para aprender de las situaciones y reformas acaecidas. Se ha de obtener en la titulación de Grado, el cambio de orientación curricular necesario, para poner los cuidados enfermeros en el nivel académico que les corresponden. Si se recoge esta coyuntura histórica actual, las generaciones de enfermeras/os socializadas con los nuevos estudios, harán el cambio real en la práctica profesional. Las enfermeras/os acrecentaran la identidad profesional, consolidando las actitudes y valores profesionales. Se aumentara la humanización en la asistencia.

⁷⁷ La declaración de la Sorbona, 1998; Declaración de Bolonia (1999): Recomendaciones generalización del Sistema de Créditos Europeos. Adopción del Suplemento europeo al Título. Adopción de una estructura basada en dos ciclos. Salamanca- Praga (2001): Estrategias reconocimiento académico: un marco de calificaciones común y flexible. Competitividad en formación e investigación, dentro y fuera de nuestras fronteras. Consejo Europeo, Barcelona (2002): Recomendación Educación y bienestar social. Establecimiento de Sistemas Educativos de máxima calidad. Graz (2003): Convención Instituciones Educación Superior. Propuesta articulación Espacio Europeo. Berlín (2003): Articulación Espacio Europeo.

El cambio de orientación curricular enfermera que se propone, parte de la concepción de que los cuidados son el tratamiento que establecen los profesionales enfermeros para resolver, o prevenir, problemas de salud reales o potenciales de las personas. En este proceso se articulan actitudes de responsabilidad, autonomía, creatividad. El cambio curricular en la formación enfermera, ha de articularse a través de los cuidados enfermeros. Esta organización curricular, es la que establecen las distintas disciplinas académicas a través de la especificidad de su campo profesional. En los planes de estudios, se imparten también conocimientos básicos de otras disciplinas, que les dan soporte. La formación ha de estar estructurada desde filosofías enfermeras, lenguaje profesional, y valores profesionales, transmitidas a través de estrategias activas y reflexivas, para orientar, situar y capacitar al futuro profesional, coherente con el nuevo contexto social. Los cuidados enfermeros, han de enseñarse como tratamiento propuesto para cada diagnóstico enfermero⁷⁸, en base a un referente conceptual.

Otro aspecto fundamental es destacar el papel de los instrumentos complementarios de los cuidados en el currículo disciplinar. Estamos inmersos en una sociedad plural y compleja, y esta complejidad impregna todos los aspectos de la vida social, entre ellos la salud de las personas; cada día se conocen más factores que repercuten en la salud, y el tratamiento y/o prevención, no solo es posible desde la medicina tradicional (modelo biomédico). Actualmente un porcentaje mayor de población recurre a las genéricamente llamadas terapias complementarias⁷⁹. Las profesionales enfermeras/os deben integrar en la formación y en la práctica estos instrumentos complementarios de los cuidados (López, 2003:227).

Las enfermeras /os ofrecen cuidados con valor terapéutico, es decir, cuidados como parte del tratamiento que ha de seguir las personas enfermas en el proceso de rehabilitación, o las personas en la prevención de la salud. Estos cuidados han de contemplarse y enseñarse desde una perspectiva abierta que permita resituar y contextualizar, para que el servicio que ofrecen enfermeras/os a la sociedad sea más coherente con la demanda y se acerque a la excelencia. Las estrategias de enseñanza reflexiva han de incorporar y transmitir los valores y actitudes que confieren identidad al colectivo profesional. Valores y actitudes con un perfil humanista y posmaterialista que ayudan a humanizar la asistencia.

Las experiencias y vivencias de la formación práctica son relevantes en el proceso formativo. La formación práctica recoge las experiencias y vivencias que las enfermeras/os mejor guardan en su memoria, acerca del proceso general de socialización. Reconocen que es una realidad nueva vivida en primera persona. Influye y acelera el proceso de maduración personal. Destacan en este periodo formativo algunos temas: (1) las percepciones de temor e inseguridad en las primeras experiencias prácticas, (2) el proceso de maduración personal en la formación práctica enfermera, la importancia de la relación de ayuda, sobre la técnica; (3) el

⁷⁸ Los diagnósticos de enfermería, están en desarrollo de evidencia científica. Inicia el trabajo de clasificación una enfermera americana llamada, Faye Glenn Abdellah. (1960). La consolidación internacional de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), confiere rigor en las investigaciones que se realizan.

⁷⁹ Términos utilizados: Medicinas no convencionales: este término es utilizado por los profesionales de la medicina. Medicinas Dulces, Marginales: términos que se han utilizado en décadas anteriores, pero todavía se encuentran en algunos documentos. Medicinas alternativas: es utilizado como alternativa a las medicinas o terapias convencionales. Medicinas o terapias complementarias: utilizado por profesionales de la salud que desean integrarlas como ampliación de sus conocimientos y prácticas. Instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros: término adoptado por la OIIQ para utilizarlos dentro del ámbito de los cuidados enfermeros (López, 2003: 230)

Tabla 4.8
Estructura Curricular Actual

<u>Estructura Curricular</u>	<u>Transmisión de Conocimientos</u>
Articulada a través de Diagnósticos Médicos	Dicotomía teoría y práctica
Los cuidados a las personas en colaboración con otros profesionales (médicos), ocupa el segundo lugar en el currículo.	Transmisión lineal
Los cuidados propios a las personas, ocupan el tercer lugar en el currículo	Organización pedagógica en la alternancia: alumna/o confronta diversas figuras identitarias.
Otros conocimientos: psicología Ética, legislación.....	
Teoría impregnada de positivismo	
<hr/>	
Elaboración Propia	

valor del tiempo en el aprendizaje para aprender sobre las realidades personales y familiares diversas y la respuesta profesional, el reconocimiento de los enfermos/as que actúa de refuerzo positivo en las estudiantes; (4) vivir y aprender de situaciones de sufrimiento de las personas que atienden, realidades asistenciales que plantean dilemas éticos en las alumnas/os, identificaciones personales o en familiares de las estudiantes; (5) la imagen de la organización sanitaria a través de la observación de la alumna/o; (6) descubrir nuevos campos y responsabilidades en prácticas en tercer curso.

Las percepciones de inseguridad y temor a “saber estar” y a “saber hacer” son vividas por las estudiantes en las primeras prácticas asistenciales. Las personas que inician por primera vez las prácticas asistenciales tienen esta percepción de inseguridad. Se enfrentan a vivencias sin experiencia previa de cómo desenvolverse, ni del sentido contextual de los términos recién aprendidos en los libros de texto (Benner 1987:48).

Utilizan expresiones como temor, miedo, “estar perdida” para expresar como se sienten en el primer contacto práctico. El factor que influye en el nivel de ansiedad e inseguridad de las estudiantes es la acogida. Las alumnas/os en la primera experiencia práctica requieren de una enfermera/o docente que guíe y sitúe el aprendizaje. Diversos testimonios de enfermeras/os reflejan estas inquietudes, excepto la última narración, que describe la acogida planificada en las primeras prácticas. El primer testimonio es el de una enfermera, que aunque estudia hace aproximadamente treinta años, aun recuerda la percepción de miedo e inseguridad, al iniciar prácticas, aumentado porque eran todos enfermos hombres, en una época en que impera la separación social de género.

“Terror, horroroso ¿La primera vez? Que no era capaz yo, me veía, que no podría ser capaz de hacer todo aquello, que parecía que sería mucho en un Hospital X (público) en un servicio que allí eran todo hombres de mili y hombres. Y habían salas de mujeres y salas de hombres” (E9)

El segundo testimonio, es el de una enfermera que relata los acontecimientos y percepciones de miedo e inseguridad en el primer día de prácticas asistenciales, en un Hospital público, en los años ochenta. La enfermera asistencial empieza a transmitirle actitudes relacionadas con el “saber estar” con las personas enfermas.

“Aterrizar en la mutua de X empezábamos a las 7 de la mañana o sea imagínate, yo vivo en E. (localidad lejos del Hospital), me levantaba a las cinco de la mañana cada día y aterrizar de repente en un medio hospitalario que no has estado en tu vida, sólo has visto las cosas pero desde el otro lado de la barrera, como usuario, bueno, aterrorizada,[...] había una paciente que yo le había puesto el termómetro, la paciente se había ido al lavabo, lo típico, con su suero y empezó a refluir sangre por el equipo.....a mi aquello me aterrorizó de tal manera que me eché a correr por el pasillo a buscar a la enfermera "pero bueno, es que le sale sangre" y yo ya corría otra vez hacía la habitación y me cogió por aquí, al vuelo y dijo "epa, no corras, tranquila" "es que está...", "tranquila, sin correr, no se corre por el pasillo" a mi aquello me quedó aquí gravado, porque pensé bueno, el ridículo más espantoso, asustada pensando en la señora, por ahí como poco se iba a desangrar” (E19)

El miedo, la inquietud, la ansiedad de las primeras experiencias, son superados por mensajes transmitidos por las enfermeras asistenciales responsables de su formación. Aunque las enfermeras por la presión asistencial, no siempre pueden dedicar el tiempo necesario que requiere la alumna/o en la primera experiencia práctica. El testimonio de una enfermera,

relata el miedo e inseguridad a desenvolverse en esta situación, y la ayuda que le proporcionaron las enfermeras.

"Mucho miedo, [...] de la gente, del contacto, de saber estar y de saber hacer, pero tengo muy buen recuerdo, [...] de las enfermeras que estuvieron conmigo" (E17)

El primer día de prácticas, una enfermera narra la reacción "previsible" frente a los cuidados a realizar en una extremidad amputada de un enfermo. La enfermera responsable de la formación, dio respuesta a esta situación.

"El primer día de prácticas, me desmayé redonda en el suelo y yo pensaba "Dios mío..." No sé si es que no había desayunado o que me impresionó lo que estaba viendo, estaba con la enfermera haciendo una cura de un muñón, un muñón que estaba infectado, lo que ella hacía yo le aguantaba, [...]"voy a buscar no se qué fuera, [...] me dejó allí con la batea y el muñón aquel abierto y yo, bueno, me empezaron a pitar los oídos y plaf, al suelo. [...] oía al paciente que gritaba "enfermera, enfermera..." Me llevé todo el material, [...] por delante [...] Me dijo "no te preocupes, es normal, a todos alguna vez en la vida nos ha pasado esto, ahora te sientas aquí un ratito, o te vas a tomar un café y mañana será otro día"(E19)

La acogida de la alumna/o en prácticas asistenciales planificada por el centro universitario, positiviza la primera experiencia. El testimonio de una enfermera expone la experiencia positiva de las primeras prácticas asistenciales, el factor añadido es el acompañamiento y guía de la profesora de la Escuela privada, adscrita a la Universidad pública. Esta docente sitúa y enseña a la alumna a desenvolverse en este contexto.

"Lo vives con mucha ilusión, no sabes que te encontrarás [...] pero como estás con las compañeras y con la profesora que te guía, te controla, que sabes que te ubica más o menos donde estarás, bien, muy bien, la verdad es que sí" (E15)

En el proceso de maduración personal influye la formación práctica enfermera. El contacto con la realidad social mas dura, de personas con vulnerabilidad, pone en cuestión los pensamientos, valores de la estudiante, y desarrolla su personalidad. Tres enfermeras que inician su formación en la segunda mitad de los años noventa y el año dos mil, exponen su opinión sobre la repercusión positiva, personal y profesional, cuando se enfrentan con realidades diversas en las prácticas asistenciales. El primer testimonio es una enfermera que desde la perspectiva del trabajo actual en un geriátrico privado, situado en un barrio de élite, reflexiona sobre la realidad actual, y las que vive en su formación práctica.

"De la parte del mundo que no conoces [...] porque vas caminado por la calle y no sabes bien lo que hay dentro de cada casa, [...] esto que a veces te vas te vas a dormir y cierras los ojos, comienzas a imaginarte toda la gente que está en su casa en su cama sufriendo o, esperando la muerte, es decir que impresiona mucho. y también la zona que me tocó vi mucho la gente sin recursos en una ciudad tan grande como esta, [...]Primero conoces la pobre y después vas, conoces la rica" (E15)

En la misma línea una enfermera vuelve la mirada a los años formativos. Toma conciencia de la aportación en el desarrollo personal y profesional al compartir sus vivencias con las compañeras/os.

"Hombre yo de la escuela tengo muy buenos recuerdos de todo, tanto a nivel de profesores como a nivel de compañeros, siempre lo digo, lo volvería a hacer, bueno, fueron tres años que para mi, [...]hice grandes amigos y

aprendí mucho. Y puede ser salí con una idea integral de la enfermería, no nada más a nivel profesional si no me formó como persona. Y puede ser... me hice un poco más humana" (E17)

El testimonio de una enfermera expone el cambio de valores personales, a raíz de establecer relaciones de ayuda en las prácticas asistenciales.

"Porque ves como sufre gente, como las situaciones en las que...vive esta gente y puede ser que estén más serena que tú porque tienes un problema que para ti es un gran problema pero cuando piensas y ves estas situaciones pues vaya tontería preocuparme yo por esto" (E12)

La importancia de la relación de ayuda, sobre la técnica es descubierta por las alumnas/os en prácticas asistenciales. Las personas que inician la etapa de socialización enfermera valoran en primer lugar el aprendizaje técnico. Descubren que los cuidados van más allá de los procedimientos y la técnica. Ven la necesidad de aprender técnicas de comunicación. Los extractos de entrevista transcritos, pertenecen a enfermeras que exponen como aprenden a apreciar el contacto, la escucha activa, y la comunicación con las personas, además del aprendizaje técnico. El testimonio de la primera enfermera reflexiona sobre la importancia de la relación con los pacientes, en cuanto a que forma parte del tratamiento de rehabilitación.

"Sobretudo las primeras prácticas era esto, más que aprender técnicas puede ser la relación, [...] el comenzar a darte cuenta que es importante escuchar, que muchas veces no hay tiempo, [...] detectar cosas, nada más el hablar con el paciente y también puede ser como era una planta de cirugía te sorprende la evolución del paciente," (E17)

La segunda entrevista, de una enfermera asistencial, reflexiona sobre sus prácticas. Toma conciencia de que las enfermeras intentan transmitir la importancia de la relación de ayuda, a unos estudiantes preocupados sobre todo por la técnica. Los procedimientos pertenecen al orden de las habilidades, que se aprenden repitiendo el procedimiento.

"La humanidad [...] a todo el mundo les gustaba mucho la técnica, mucho, vamos todos a coger la técnica, y nos olvidamos un poco de la persona, es como lo que más nos interesa, [...] y lo que te enseñan es esto, mucha humanidad; que en un principio quieres lo contrario porque crees que lo importante es dominar la técnica, después te das cuenta de que es lo contrario, que la técnica se aprende, cuando la sabes ya está y en cambio el trato con el enfermo es lo que realmente es importante[...] es decir, cómo se pincha ya lo sabes, con la práctica lo coges pero... tratar a la persona no, eso es lo complicado" (E15)

El tercer testimonio es de una enfermera en prácticas en un geriátrico. A través de una experiencia concreta, identifica la importancia que tiene la relación de ayuda. Estas vivencias influyen en el desarrollo del proceso de maduración personal.

"Llegó un momento que sólo con los ojos el señor me decía lo que quería, fue...realmente, a mi se me pusieron los pelos de punta cuando me fui, porque era una, era, decía "señor Manolo, qué, vamos a hacer un pipi", y el señor por cómo me miraba yo sabía que quería hacer un pipi, entonces lo levantaba y la manera de andar, claro, totalmente rígido no, no anda, entonces ideamos la forma del 1, 2, 3, 1, 2, 3 e íbamos caminando como militares" (E23)

Las estudiantes descubren el *valor del tiempo para aprender* sobre diversas realidades personales y familiares y la respuesta profesional. En las experiencias vividas las alumnas/os

asumen el rol de estudiante. No tienen la presión asistencial de las personas que trabajan. Hacen de intermediarias entre la enfermera y el enfermo. Son conscientes que en el aprendizaje, el tiempo juega un papel fundamental. Entendido como elemento clave para la confrontación de muchos casos prácticos reales, base de su experiencia práctica (Benner, 1987:63), y no un simple discurrir. El testimonio de una enfermera reflexiona sobre el “saber estar” en prácticas asistenciales: tiempo para aprender, saber sus limitaciones, dar a conocer su rol. Indirectamente expresa una necesidad de las personas receptoras de cuidados: necesitan tiempo de escucha y respuesta profesional.

“Cuando entrabas en la habitación, que estabas más tiempo, entre otras cosas porque necesitabas más tiempo para hacer las cosas evidentemente, y entonces acudían más a ti [...] ellos totalmente conscientes de las limitaciones [...] yo siempre me había presentado como estudiante de enfermería, [...] porque además yo pensaba que eso era una salvaguarda para mí entre otras cosas de que no me pusieran en situaciones comprometidas [...] ponerme en una situación de la que luego no pudiera salir” (E19)

El reconocimiento de las personas que atienden actúa de estímulo positivo. Las estudiantes reconocen el valor de este estímulo positivo. Las personas que atienden agradecen sus cuidados, es una fuerza importante de motivación para seguir adelante en un mundo nuevo y no fácil. Viven experiencias de vulnerabilidad humana. El testimonio de dos enfermeras así lo manifiestan. El primer testimonio es el de una enfermera en prácticas asistenciales en un Hospital público en la década de los años setenta.

“Poco a poco vas cogiendo confianza, poco a poco ya ves que pinchas y que no pasa nada, y que te dicen que lo haces bien, [...] “No me has hecho nada de daño”, lo sé, y eso es importantísimo que te lo digan porque así entonces, dices mira, lo hago bien” (E9)

Una enfermera en prácticas en los años ochenta, en un Hospital público, transmite la misma idea anterior.

(E13)- “todos son maravillas, todo lo que te dicen los pacientes “ay, que si “manitas de santo”, qué “suerte de las jovencitas”, [...] y yo me acuerdo que salía de allí pletórica, me encantaba, claro, porque eres nueva, te hace ilusión todo, pinchar, sondar, poner unas vendas para las varices, todo te hace ilusión y todo lo haces supercontenta, y eso el paciente lo nota.”

El proceso de sufrimiento de las personas enfermas se vive y aprende por las alumnas/os. Perduran en la memoria de las/os estudiantes. Les supone un gran impacto, y perciben la impotencia ante la muerte de un paciente, o una situación de gravedad. Les sorprende la entereza demostrada por algunos familiares, en contraste con la aflicción que les produce. Estas experiencias no dejan impasibles a las alumnas/os. La reflexión sobre las vivencias de sufrimiento y las reacciones producidas forman parte del aprendizaje sobre el “saber estar”. Un estudio reciente sobre la repercusión de la muerte en las/os profesionales, no alumnas/os, pone de manifiesto que no presentan una ansiedad significativamente distinta al resto de la población (Tomás Sábado, 2002: 45). El testimonio de una enfermera expone las percepciones en una situación límite, cuando realiza las prácticas asistenciales.

“Recuerdo [...] un día que estábamos hablando a un señor diciéndole sí quería que le subiésemos más o le bajásemos la cama y él estaba diciendo si estaba más o menos cómodo y de repente dejó de contestar y se había muerto, [...] impacta” (E3)

El testimonio de una enfermera recuerda la experiencia de una situación, y la impotencia que percibe, cuando esta realizando las prácticas asistenciales.

"Recuerdo un paciente que estaba a punto de morir y a la última persona a la que le dio la mano fue a mí y, fue algo que me impactó mucho, me fui, llorando a casa, no puedo controlar las emociones, [...] y lo que más me sorprendió fue la fuerza que tenía toda la familia. La mujer era muy creyente y hasta el último momento pensando que bueno, que se salvaría [...] iba en el autobús y se me caía las lágrimas y decía "pero como puede ser que no es ni familia, cómo me puede afectar tanto" (E10)

Durante la formación práctica es importante ofrecer un espacio a las estudiantes, para que puedan expresar situaciones extremas vividas por primera vez. Este espacio debe ser conducido por una enfermera experta, que oriente y sepa encauzar estas vivencias en el desarrollo formativo de la alumna. El esfuerzo actual del "Departament de Sanitat i Seguretat Social" de Catalunya, es positivo en este sentido. En el año 2003 elabora un documento de trabajo sobre el perfil de la tutora/r de enfermería, que es el encargado/a de asumir el papel de enfermera de prácticas al lado de la alumna/o, durante su aprendizaje⁸⁰. El testimonio de una enfermera en prácticas expone de forma voluntaria, que solicita ver una persona muerta, para conocer su reacción y estar preparada.

"Un señor que se murió [...] yo nunca había visto un muerto [...] Y ya estaba la puerta cerrada y yo, me dijeron "¿quieres verlo? Y yo " yo sí", [...] hasta delante de mí se muera yo quiero ver una persona muerta, yo no creía que causara tanta impresión, y sí que bueno, está muerto, [...] una sensación rara" (E23)

En el testimonio de otra enfermera expone la entereza demostrada por el familiar, y la propia persona enferma al morir. Refiere también el impacto que ella misma sufre cuando le extraen los órganos.

"Me acuerdo de una mujer, que estaba ella y su hermano, que no tenían más familia, que tenía unos sesenta y pico años, no era mayor, ya había recaído muchas veces y estaba en la fase terminal, le habían hecho las dos mastectomías [...] murió estando yo allí, y, bueno, ella muy serena, el hermano también muy sereno porque es como sí ya se lo esperasen y era donadora de órganos y vinieron a extraerle los ojos y ¡me impactó muchísimo!" (E12)

Las situaciones de sufrimiento, en este ámbito asistencial son frecuentes y cotidianas. Las enfermeras y estudiantes, se enfrentan desde el rol que ejercen. Uno de los factores que influye en la reflexión y aprendizaje de la alumna/o, es "estar con" las personas enfermas durante todo el proceso de enfermedad. El testimonio de una enfermera expone la experiencia del proceso de enfermedad de una mujer, cuando realiza las prácticas asistenciales.

"Recuerdo una señora que tenía un tumor cerebral y la estuvimos llevando 2 o 3 días pre- operatorio, fui a su intervención quirúrgica [...] y luego vi después hasta que se recuperó, hasta que se fue. Entonces ahí sí que tuve mucha relación con ella porque esta señora estaba muy asustada porque su

⁸⁰ "El tutor d'Infermeria" Documento marco (2003). Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Define a esta enfermera/o como la persona encargada de inserir los conocimientos teóricos que va adquiriendo la alumna/o académicamente a la práctica asistencial i hacer posible que estos conocimientos vayan acompañados de las cualidades y capacidades que le permitan ejecutar las decisiones que la competencia profesional requiere. Ha de transmitir saberes, valores y comportamientos para resolver situaciones concretas en el desarrollo profesional.

hija se había muerto con 30 años de un mismo tumor, [...] recordaba lo que había pasado con su hija y no quería aceptarlo, entonces le costó un poquito estar tranquila" (E23)

El testimonio de una enfermera expone la experiencia personal de sufrimiento ante la muerte de una compañera de estudios. Esta vivencia marca las prácticas asistenciales.

"Una compañera mía, que me la quería mucho y a su hermano que estaba enfermo, que estaba en diálisis y ella se ofreció para darle el riñón y ella murió, sabes aquello me hizo tanto daño esto. [...] estuvieron en estudio y la única compatible era el suyo y él era un hermano que tenía siete, cinco o seis hijos y dijo "pues le doy" [...] Sabes aquello que te marca mucho. Después me costó yendo a prácticas y todo porque no la tenía porque esto te marca, [...] no entendemos de gente que da la vida por los otros y ella la dio" (E20)

Determinadas realidades asistenciales plantean en las alumnas/os dilemas éticos. Se parte de la idea que ética y ejercicio profesional enfermero van en la misma dirección (Vielva, 2002: 40). Se cuida a la persona, global y única. Por esta razón cada acción de cuidar implica un posicionamiento ético. Las/os estudiantes se enfrentan a situaciones de personas con un nivel de vulnerabilidad, personal o de contexto. Estas experiencias requieren análisis y reflexión. Las estudiantes incorporan este conocimiento, desde la reflexión de la enfermera responsable de su formación. Los problemas éticos, en las situaciones que viven las estudiantes, quedan grabadas en su memoria. Problemas como pobreza, falta de recursos de las cuidadoras/os informales, no dejan indiferentes a las estudiantes. El testimonio de una enfermera expone sus percepciones y recuerdos, durante prácticas asistenciales, en domicilios. Los acontecimientos corresponden a los años ochenta.

"Me dio mucha tristeza, los tres domicilios que yo visité [...] porque eran pacientes muy ancianos, me acuerdo un matrimonio muy mayor, [...]el marido encamado, ulcerado, sondado, y yo decía "¿pero cómo es posible que esta mujer pueda atender a este hombre así, [...]las condiciones en que estaba que nosotros nos encontrábamos cuando íbamos a hacer la visita y las curas y todo, [...] bajo ningún concepto quería llevar a su marido a ningún sitio, [...]me quedó a mi como muy...la casa oscura, como muy gravado" (E19)

En el año 2000 el testimonio de una enfermera en prácticas domiciliarias expone una de las situaciones que vive, y memoriza. La impotencia es el sentimiento mas generalizado entre las alumnas/os y enfermeras/os.

"A nivel sanitario a lo mejor no tenían tanta falta, pero a nivel económico sí, a lo mejor la pobreza estaba en el sitio donde vivían que no tenían sala de estar o si tenían una persona encamada no tenían [...] para poder moverla de la habitación, también me acuerdo, [...] una señora que la tenían, me parece que en una planta baja, tenían allí y no la podían sacar, vivía sola y además pisos muy pequeños, [...]una situación muy difícil de llevar, no por la enfermera si no por la familia" (E15)

En la asistencia a enfermos graves, a menudo se plantean dilemas éticos relacionados con el tratamiento. La decisión de una determinada terapia: la sedación, es del médico y enfermo. A veces también interviene la familia. En la aplicación de la medicación la enfermera/o es parte activa del proceso, tiene un criterio formado. En la práctica asistencial, el enfermo y la enfermera, son las personas que, en ocasiones, menos intervienen en el proceso de toma de decisión. Es una cuestión ética que se presenta en la medida en que la sedación repercute en el nivel de conciencia del enfermo. Es difícil que vuelva a tener conciencia.

Surgen aún algunos dilemas y preguntas que a menudo no se plantean, no se debaten, ni se reflexiona sobre ellas. ¿La información /consentimiento quien, o quienes han de darlo? ¿En que circunstancias?, ¿esta definido el papel de la enfermera? A nivel teórico y legal⁸¹ este dilema ético esta, en parte, conceptualizado (Torralba, 2002; Vielva, 2002), pero no en la práctica asistencial diaria. Las alumnas/os en determinadas situaciones, les resulta difícil analizarlas. El testimonio de una enfermera, expone la forma en que vive una situación límite de un enfermo, en prácticas asistenciales en un Hospital público.

"Aquí también vi lo que era oncológico, la muerte, las curas paliativas, y esto me acuerdo que puede ser los primeros pacientes que vi pues me llamaron mucho la..., impresionan, cuando vas, cuando empiezas a sedar un paciente... cuando ya deciden pues que, bueno, que está mal, y la familia decide pues empezar a sedar, esto, de decir bueno, es que ahora vamos a comenzar a sedarlo, ponerle la palomita, el sondaje. [...] aquí yo ya no sé si le explicaban(al enfermo) o no le explicaban eso ya no.. A la familia seguro. A la familia seguro, al paciente aquellos casos cuando yo estaba allí no sé pero pienso que no siempre" (E17)

Las experiencias que plantean dilemas éticos, vividas por las estudiantes, deben ser expuestas, reflexionadas con las enfermeras/os experimentadas. Es esencial crear espacios que permitan la reflexión crítica. Espacios donde las alumnas/os puedan crear pensamiento y posición, durante los años de formación. Las identificaciones personales o en algún familiar, con la situación de los signos y síntomas de diversas enfermedades de las personas que atienden las estudiantes, son habituales en el contexto en donde transcurre la formación. El testimonio de un enfermero expone su experiencia sobre la identificación de una enfermedad de una persona en su hija, en prácticas asistenciales en un Hospital público.

"Lo que...más me deprimió fue pediatría, oncopediatría. Sí, porque ves a los niños indefensos sin poderles hacer nada y te se queda un poquillo gravado. Estaban los padres, [...] tenías que tener estar también, hacer de psicólogo a los padres [...] Y yo te lo juro luego coincidió que me casé, tuve a la niña y tu subconsciente está pensando "tendrá esto, tendrá lo otro, supongo que esto nos pasará a todos, eso yo creo que por suerte o por desgracia nos pasa a todos" (E18)

La imagen de las *organizaciones sanitarias* a través de la observación de la alumna/o no es única, mantienen diferencias significativas. Observan la realidad cotidiana de las organizaciones sanitarias. Desde la observación no experta, se refleja la filosofía de la institución, y el valor de la función social que realizan. Aunque la atención que reciben los enfermos/as dependa directamente de los profesionales, hay elementos organizativos influyentes: recursos humanos, materiales, espacios. El testimonio de dos enfermeras en prácticas asistenciales, describen dos organizaciones sanitarias antagónicas. Son organizaciones que tienen en común: el grado de vulnerabilidad de los enfermos, y el carácter privado, de asistencia pública de la organización. La atención que recibe el enfermo es desigual. En la primera no se deja entrever ninguna filosofía de institución, el enfermo no es el centro de atención. En cambio en el segundo, aun siendo enfermos con dependencia, trasciende una filosofía cuidadora que guía la acción.

⁸¹ Ley 41/2002, 14 de diciembre. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en una materia de formación y documentación clínica.
Ley 21/2000, 29 de diciembre. Derechos de información concernientes a la salud y autonomía del paciente. Documentación clínica.

"Fue una experiencia un poco así traumática que pensé "¡madre de Dios!", [...] mi primer contacto en un hospital y todavía es la que me tocó la mejor planta porque no era terminales, era neurológico [...] fue durito, allí estuve a punto de, de coger una depresión y pensé "ostras, ostras, donde me he metido". Muy mayores (los enfermos) con accidentes vasculares cerebrales, con hemiplejías [...] porque se ve que las plantas inferiores pues sí era bastante, peor por lo que se oía allí, ulcerados, por decúbitos, es decir, era bastante grotesco, [...] porque claro allí hay olvidados, [...] aquello era más bien tipo parking" (E13)

"En el Instituto X, [...] Y la experiencia fue maravillosa. Completamente distinta a lo que había visto hasta ahora. Porque... no sé, supongo por la gente que me hizo sentir muy a gusto pues empecé a ver la enfermería pues como algo más que simplemente lavar a una persona o hacer, lo que sea, sonarlo o darle la medicación. Es un conjunto de muchas cosas" (E10)

Nuevos campos asistenciales y la asunción de responsabilidad y autonomía son descubiertos por las estudiantes en el último curso de carrera. Las prácticas asistenciales desarrolladas en el último curso de carrera, después de recoger todos los elementos y bagaje de situaciones pasadas, se desarrollan desde otra perspectiva y análisis de la situación. Aumenta la relación con las personas enfermas, cuidan con autonomía, supervisadas por la enfermera/o, y aprovechan al máximo este tiempo de formación. Dos enfermeras, narran la sunción de autonomía progresiva que asumen en las prácticas asistenciales de tercer curso.

"Sí, me dieron responsabilidad. Cuando estuve en neurocirugía, pues las 2 o 3 primeras semanas con la enfermera y luego ya me dejaba "pues tú ahora, con aquel señor que ha venido de quirófano a ver qué le harías", entonces yo ya me ponía y se lo iba diciendo "ah, pues sí, pues ahora también le haremos esto, pues vale"(E23)

"La última enfermera con la que iba me dijo "hay 6 pacientes, yo me quedo 3 y tú te quedas 3, "y me dieron mucha independencia, es decir, "la historia y venga, los llevas tú, si tienes alguna duda o algún problema nosotros te iremos vigilando, pero que aprendas a llevar a tus pacientes" y aquí es donde me dan mucha autonomía a la hora de tomar según que decisiones siempre comentándolo" (E10)

Experimentan la importancia de la educación sanitaria relacionada con los cuidados de la vida diaria. En psiquiatría aprenden a "saber estar", ya que en las personas con problemas de salud mental, la técnica es secundaria. El testimonio de una enfermera, narra su experiencia en neonatología y en psiquiatría, cuando realiza prácticas asistenciales.

"Poder explicarle a las madres como coger al niño, como darle el pecho, medidas de prevención para el bebé, para ella [...] lo escuchaban bien. Aquí estaban perdidas y, lo que tú le dices vamos, se lo creen [...] explicarles como se pone un pañal, la cura del ombligo, cualquier cosa que a lo mejor lo haces dos veces y te parece una tontería lo ven un mundo, y se lo tienes que explicar y volver a explicar" (E10)

"Me convenció porque empecé a entender que [...] que no era solamente un problema de inyección y en si no, saber tratar y saber qué decir, cómo decirlo y qué no decir porque...cuando están en plena crisis se montan sus paranoias y puede ser fatal" (E10) (personas con problemas de salud mental).

El factor económico y de clase social de la persona receptora de cuidados, influye en la relación de ayuda que establece la enfermera. También la alumna/ o percibe que este factor

intervine en la relación. El testimonio de una enfermera, que en la actualidad atiende enfermos de nivel económico y social alto, expone los factores que influyen en la relación de ayuda, en las prácticas asistenciales en Asistencia Primaria.

"Muy bien porque la gente es muy agradecida también en cuanto a todo lo que te he dicho, no es que quieras que te lo agradezcan, pero es importante, esta relación pienso yo. Y gente muy sencilla. También pienso que depende del nivel cultural de las personas y el nivel económico esto también en la relación a veces se demuestra, [...]Es diferente la relación, yo creo que es diferente. [...] esta persona deja que te acerques más, no siempre pero yo pienso que a veces sí y tú claro, tú también te acercas más al paciente, no hay tanta barrera entre la enfermera y el paciente" (E17)

Las prácticas asistenciales en diferentes ámbitos, orientan a la alumna/o hacia el futuro profesional. El testimonio de una enfermera en prácticas asistenciales de tercer curso, descubre el ámbito en que le gusta trabajar: el quirófano. Su trayectoria profesional posterior esta relacionada con el quirófano.

"Y cuando entré en quirófano fue la hecatombe, fue la última práctica y fue "aquí me quedo". Entré en quirófano, no había entrado nunca ni es que ni películas ni, o sea, no tenía una idea hecha y me acuerdo que entré tan disparada que a la instrumentista se quedó paradísima y me preguntó "¿Tú nunca has entrado nunca, no, en un quirófano?", [...] me gustó mucho. [...] hay gente que te dice "cómo puede ser, cómo podéis aguantar esto [...] el contacto con el enfermo lo pierdes [...] y el tema de sentirte imprescindible" (E13)

Las vivencias más gratificantes que se viven en el periodo formativo, son las relacionadas con el parto y nacimiento del bebe, sobre todo si se produce sin dolor de la madre. Afloran en estos momentos todas las sensaciones positivas que les produce cuidar. El testimonio de una enfermera en prácticas asistenciales, expone las percepciones de la situación vivida.

"Había visto ya. El primero también me emocioné mucho, fue cesárea y...vamos, me quedé maravillada, salí que los ojos me brillaban y me, me dijo la auxiliar que hacía la función de enfermera "sal tú Verónica con el bebé, se lo enseñas a los padres " y le dije "no puedo, no puedo", me emocioné tanto que..." (E10)

Las alumnas/os, en prácticas, en tercer curso, manifiestan preferencias por determinadas unidades y enfermos. Relacionados con espacios en que predomina la técnica como urgencias e intensivos, y la atención pediátrica. Estas unidades tienen en común, el alto nivel de dependencia de los niños y/o los enfermos graves que atienden. La motivación inicial al comenzar la formación es ayudar a los demás. Es más concreta cuanto más dependiente es la persona receptora de cuidados. La naturaleza de cuidar a personas con alta dependencia esta directamente relacionada con el "cuidar para", y más alejada de "cuidar con" la persona receptora de cuidados. El testimonio de una enfermera en la etapa formativa, así lo expone.

"Disfruté, a mi los niños siempre me han gustado. [...] esta sensación de que no te pueden decir lo que necesitan. Son totalmente dependientes, entonces claro, tienes que con, eh, considerar tú lo sea mejor para ellos. A lo mejor por eso tiene más responsabilidad" (E23)

En la formación teórica una de las asignaturas troncales es enfermería comunitaria. Dedicar la mayor parte de la asignatura a estudiar los aspectos relacionados con la Asistencia Primaria. Cuando realizan las prácticas en este ámbito, redescubren la práctica enfermera en este

campo. Las enfermeras en Asistencia Primaria, asumen más autonomía profesional, que en la Asistencia Hospitalaria. Las estudiantes manifiestan desconocimiento parcial de esta práctica profesional. También perciben que parte de la población, aún no sabe que papel desempeña la enfermera en el equipo de Atención Primaria. En una investigación sobre las profesionales en Atención Primaria, se corrobora ese desconocimiento real de la población sobre el papel de la enfermera. Se propone incluso dar a conocer a la población los servicios ofrecidos por el colectivo (Agudo, 2002: 108). El testimonio de dos enfermeras ilustran esa situación de primera práctica en Asistencia Primaria.

"Hay otra faceta de enfermería, que no sólo es la hospitalaria, a ver, que hay muchas pero que es un sitio donde no me importaría trabajar. [...] se tiende mucho a encasillar a la enfermera en el Cap a estar con el médico, [...] y hay muchas cosas para hacer, en la consulta de enfermería se pueden hacer muchas cosas" (E17)

"Aprendí mucho, bueno me hizo ver otra posibilidad, que, pues eso, estar en la Primaria, completamente distinto a un hospital" (E10)

En Atención Primaria también se descubre la asistencia domiciliaria. En este ámbito se actúa con prudencia. Se es consciente de que se invade la intimidad de las personas, y por ello esas personas agradecen las muestras de afecto que se les ofrece. Las cuidadoras informales reconocen el trabajo profesional enfermero. Se entiende y se percibe como agente de contacto entre el cuidador y el equipo sanitario. La accesibilidad, repuesta rápida a sus demandas, adecuación de horarios, organización del tiempo/servicio, trato calificado de empático, cordial, amable, escucha son los factores presentes (Nieto, 2003: 17). El testimonio de dos enfermeras en prácticas en Asistencia Primaria exponen la experiencia de cuidar en el domicilio.

"Al principio me cohibí un poco, el hecho de entrar e invadir su intimidad, entrar en sus casas, es un poco...pero luego como ves que es tan gratificante y te lo agradecen tanto pues entras con, con ganas de ayudarles y...de atenderles bien" (E10)

"Muy bien, muy bien, quiero decir la gente muy agradecida, la gente. [...] Porque en, entrabas en su intimidad, Entra, sí, o sea, te estaban esperando" (E17)

No siempre la práctica profesional en Asistencia Primaria es valorada positivamente por las estudiantes. Varios elementos influyen: es una práctica profesional no centrada en aspectos técnicos, mas bien en prevención y vigilancia de personas que padecen enfermedades crónicas, en la promoción y prevención de la salud.. El testimonio de una enfermera, que se inclina por los aspectos técnicos de los cuidados, expone su experiencia en prácticas.

"Lo que pasa es que yo lo veía muy monótono, porque yo siempre me había decantado más por las urgencias [...] éstas no me gustaron mucho pero más que nada por mi manera de ser, a mí... Todo lo que es ambulatorio, todo esto no me gusta mucho porque es un trabajo muy tranquilo, muy monótono, siempre igual, allí era mucho, pues lo típico, las personas mayores que venían a la tensión, al régimen y al azúcar y poca cosa más" (E12)

Otro ámbito profesional al que acceden las alumnas en prácticas, aunque minoritariamente, es la atención a personas internas en cárceles. Es una práctica no obligatoria. A través del testimonio de una enfermera se describe esta práctica profesional relativamente desconocida. Se le ofrece la posibilidad de realizar parte de las prácticas asistenciales, de tercer curso, en

este contexto, y accede. Le atrae lo diferente. Cuando termina su formación, empieza en este ámbito su trayectoria profesional. Conoce un mundo repleto de códigos y normas, al que califica de “jungla”. Todo ello le ayuda a comprender que hay que descifrar primero la estructura social, y los códigos y normas que se rigen en ese contexto. Después es necesario adaptarse. Percibe la importancia que la acepten, para poder ayudar. El testimonio de la entrevista a esta enfermera, ilustra la situación.

“Diferente (así califica el motivo de escoger estas practicas). Y me tocó en la C. (cárcel) de Barcelona, en la unidad de metadona, una de las más duras y me encantaron, [...] es un mundo totalmente diferente al que estamos acostumbrados [...] en todos los aspectos, o sea a nivel cultural , social, códigos, ellos a ver, ellos allá dentro tienen sus normas, tienen sus códigos y tienen su estilo de vida y tú lo has de entender e intentar amoldarte a él pero, porque sí no ni te aceptan y lo pasas fatal [...] gente con una problemática increíble a todos los niveles, [...] es que sí yo estuviera en tu situación y con tu familia es que yo también estaría aquí, es que no tienes otra salida, [...] A ver en principio en metadona [...] es una serie de dosis, has de controlar que [...], has de hacer un poco de policía, pero bueno, ellos mismos cuando te van teniendo confianza pues también te van explicando pues todas las cosas. [...]La M. (cárcel) como es una unidad de preventivos [...] allí se les hace un análisis [...] También haces toda la prevención de vacunas en una primera visita” (E12)

En general las mujeres que trabajan en cárceles, no provocan reacciones fuertes de rivalidad en las personas internas. Evidencia la marginalidad social del contexto. No es difícil que miembros de una misma familia sean encarcelados repetidamente en el transcurso de los años. La asistencia profesional en cárceles esta orientada al servicio en situaciones de urgencia. También planifican diversos tipos de atención curativa o preventiva, por ejemplo el programa de “metadona”, en personas con drogadicción.

“También te aceptan mejor los propios internos porque muchas veces al ser hombre te ven como un rival, y al ser una mujer, a no ser un módulo de violadores que esto es un tema aparte, pues te ven como alguien que tienen que proteger y les causas un respeto y allí los maltratos a las mujeres están muy mal vistos, y al fin y al cabo tú eres allí alguien que le estás ayudando en un mundo muy duro, muy hostil, que allí es la jungla, es la ley del más fuerte o la supervivencia, Y entonces, que estés tú allí haciéndoles una cura o simplemente escuchándolos muchas veces te lo agradecen [...] tú no puedes tener un horario "queremos todo esto, esto, esto", tú vas allí y sabes que entras a las ocho y sales a las tres y lo que pase durante aquella hora pasa y tú lo has de solucionar y ya sea una urgencia vital, una sobredosis, una cura tópica, una vacuna, No está nada planificado porque es implanificable, [...] es esto que me llamó más la atención, que a mi siempre las urgencias, siempre me han encantado y aquello es como unas urgencias pero a lo bestia porque lo tocas todo” (E12)

La aportación enfermera en cárceles es imprescindible. Las personas recluidas tienen necesidades básicas no cubiertas, que solo las enfermeras/os pueden atender, por su formación no solo basada en biomedicina, sino también en conocimientos psicosociales. Las alumnas/os en este espacio profesional, al lado de una enfermera experta aprenden de las situaciones sus significados, y de la relación de ayuda establecida. Aportan a su bagaje formativo experiencias que van mas allá del ámbito sanitario.

“Cuando se acabó el período de prácticas yo salí de allí con una visión diferente de la que había entrado, con una visión diferente pensando sobretodo cuántas cosas podíamos hacer, fíjate, porque claro [...] el ser

usuario es una cosa y, dedicarte a ello desde el otro lado pues es bien distinto" (E19)

La disciplina enfermera, es comprendida de forma global en las enseñanzas prácticas. Es donde se experimenta el significado de la formación recibida, y de la relación de ayuda. Se toma conciencia de la responsabilidad que comporta la práctica profesional. Cuando terminan el periodo de prácticas, han adquirido la competencia y los conocimientos necesarios para asumir la responsabilidad, en el primer nivel profesional.

La *Tabla 4.9* muestra, en síntesis, los aspectos relevantes, y características de las experiencias, vivencias en la formación práctica enfermera actual. También se realiza una aproximación a los valores y actitudes a los que se adhieren las alumnas/os a través de la experiencia práctica. Las alumnas/os en el proceso formativo adquieren madurez y equilibrio personal. Enfrentarse con la realidad cotidiana, en el ámbito sanitario, supone incorporar nuevas situaciones y perspectivas que ponen en cuestión los valores y actitudes personales que parecen estables. Situaciones de sufrimiento, dolor y muerte de las personas, y también experiencias de pobreza unidas a procesos de enfermedad. Las alumnas/os expresan impotencia e impacto, ante situaciones que ellas/os aún no han elaborado. Ética y práctica enfermera están unidas. Cada acción de cuidar implica un posicionamiento ético. Las conductas profesionales se imprimen de actitudes, que expresan valores, y sentido.

Las estudiantes aprenden, reflexionan de las distintas figuras identitarias, en el transcurso de la formación práctica. Asumen el papel de estudiante, que consiste, en parte, en dar valor al tiempo para aprender. Especialmente las estudiantes muestran sensibilidad cuando aprecian los aspectos que influyen en la relación de ayuda. Detectan la influencia positiva o negativa de la organización sanitaria en la práctica profesional. Es decir, identifican la centralidad de las personas enfermas en la organización sanitaria. También perciben que el nivel social de las personas enfermas y sus familias, influye en la relación de ayuda. Cuanto mas alto es el nivel social de las personas enfermas, mas estrategias ponen en práctica las enfermeras/os para establecer la relación de ayuda. Esta hipótesis no solo es detectada en el proceso formativo, por las alumnas/os. Las enfermeras/os en el ámbito laboral también la expresan. La formación práctica ayuda a las estudiantes asumir de forma progresiva autonomía. También se manifiesta que en las estudiantes aún predomina cierta valoración positiva por la técnica. Aunque no impide que tomen conciencia de la importancia de la relación de ayuda. Las alumnas/os en la formación dan mas importancia y se sienten más cómodas cuando "cuidan para" que cuando "cuidan con" la persona.

Los rasgos débiles que detectan las estudiantes de enfermería en el proceso de formación práctica son: (a) acogida no adecuada; (b) ausencia de espacios de reflexión y análisis de situaciones vividas, con enfermeras/os expertas; (c) ausencia de espacios de elaboración personal de temas relevantes en especial lo relacionado con la muerte, sufrimiento, y pobreza con enfermeras/os expertas. Estos hechos relevantes tienen relación directa con la asunción de actitudes y valores profesionales que debe permitir configurar la identidad profesional enfermera. Las estrategias han de estar orientadas a planificar la acogida de las estudiantes y crear espacios de reflexión crítica, con enfermeras/os expertas. Son estrategias de futuro, que repercuten en: crear una identidad enfermera capaz de asumir autonomía, e implementar modelos de cuidados, y metodologías enfermeras, en el cuidado a las personas. Es una apuesta de futuro que las escuelas universitarias, el colectivo profesional, y los centros asistenciales, habrían de planificar y realizar para formar adecuadamente a las enfermeras/os y capacitarles para que cuiden con excelencia a las personas. El papel de las organizaciones sanitarias y las

enfermeras/os asistenciales en la formación de las alumnas/os es fundamental. Ese espacio que permite implementar los aprendizajes teóricos a la práctica asistencial. Por este motivo es imprescindible que universidades y centros asistenciales, desarrollen estrategias conjuntas. El objetivo es acercar estas dos realidades, para garantizar la calidad del aprendizaje (*Departament de Sanitat i Seguretat Social*, 2003: 26)⁸².

En el caso concreto de la experiencia formativa en cárceles, se trata en la presente investigación, como un espacio profesional que actualmente acceden las alumnas/os. Se estudia este ámbito formativo. Desde un análisis global, la aportación enfermera en este ámbito, es imprescindible a nivel sanitario, y es clave en la investigación social. Su papel es central en la recogida de datos para el análisis a través de las ciencias sociales. Es un ámbito marginal el de las personas reclusas en cárceles. El estudio de los significados en este ámbito, desde la sociología, puede aportar datos relevantes.

Valores y actitudes en desarrollo

El proceso formativo leído en clave de actitudes y valores, a través de los últimos periodos (de 1953 al 2004) proporciona información relevante sobre el proceso social, en general, y el del colectivo enfermero en particular. La formación tiene diferentes etapas paralelas al avance profesional. El objetivo es adecuar la formación enfermera a las nuevas demandas sociales en materia de salud. Las actitudes y valores desarrollados por el colectivo se van modificando paralelamente a los cambios a nivel formativo y social. La *Tabla 4.10* muestra el resumen de los valores y actitudes más relevantes durante el periodo de formación. Los valores y actitudes del colectivo profesional, poseen dos características esenciales. En primer lugar, se ordenan jerárquicamente a través de las diferentes épocas. Algunos valores emergen y otros dejan de tener peso. En segundo lugar la jerarquización de los valores esta directamente influida por la evolución de la sociedad y los valores presentes en ella.

En el proceso formativo, tal como muestra la *Tabla 4.10*, la primera etapa corresponde al periodo comprendido entre 1953 y 1977, las actitudes que sobresalen son: (a) la subordinación, (b) sacrificio, (c) atención basada en los signos y síntomas de la enfermedad, (d) ayuda, (e) suplencia, (f) actitudes de carácter humanitario a título individual (g) abnegación, (h) obediencia, (i) rigidez (j) cuidado por tareas; (k) técnica. Los valores adheridos a estas actitudes, basadas en el marco teórico de referencia, son: (1) al altruismo, y a (2) la dignidad humana. Las demás actitudes identificadas en este periodo, corresponden a valores no contemplados en el marco de referencia. Se relacionan con: (3) el tecnicismo, (4) la asistencia a la enfermedad, y (5) la sumisión. En este periodo la práctica enfermera incorpora valores de género, es decir valores asociados al papel social de las mujeres. La práctica enfermera en estos años, al servicio de la medicina, no puede aportar a la sociedad y a las personas todo el potencial que los cuidados pueden ofrecer. Una parte de la práctica enfermera, la que corresponde a los cuidados, y su articulación en las organizaciones sanitarias, quedan en un segundo término. El valor esta en las técnicas, aplicaciones de los tratamientos y ayuda a los médicos. Las enfermeras en España, durante años asumen este papel. La identidad del colectivo en esta época es débil y subordinada.

⁸² “El tutor d’Infermeria” Departament de Sanitat i Seguretat Social 2003. Generalitat de Catalunya.

Tabla 4.9
Experiencias y vivencias de la Formación Práctica.
Aspectos relevantes, características, actitudes y valores

Aspectos relevantes	Características	Valores y actitudes
Percepciones de temor inseguridad en las primeras prácticas asistenciales.	Expresión de: miedo, inquietud Inseguridad	Verdad: responsabilidad, honestidad
Proceso de maduración personal influenciado por la formación práctica.	Cuestionamiento de actitudes y valores	Proceso de cambio en la escala de valores
Importancia de la relación de ayuda sobre la técnica	Tomar conciencia de que los cuidados van más allá de la técnica	Altruistas: ayuda, Dignidad humana: humanidad
Valor tiempo para aprender las diversas realidades de personas y familias y la ayuda profesional	Tiempo como elemento clave para confrontar casos prácticos reales base de su experiencia	Dignidad humana: escucha, “saber estar”
Perciben reconocimiento por parte de los enfermos. Refuerzo positivo para las estudiantes.	Entran en contacto con un mundo desconocido y complejo	Altruista: comprensión.
Aprender en los procesos de sufrimiento de las personas que atienden	Expresión de: impotencia, emoción. Sorpresa ante la entereza de enfermos, y familiares.	Dignidad humana Verdad Justicia
Planteamientos de dilemas éticos sobre realidades asistenciales	Expresión de impotencia, emoción.	Verdad Justicia Dignidad humana
Identificación personal/familiar.	Actúa el subconsciente de la alumna/o	Estéticos: sensibilidad
Imágenes de las organizaciones sanitarias	Aprecian rasgos diferentes	Estéticos: sensibilidad
Descubrir nuevas responsabilidades	Progresiva asunción de autonomía Descubrir que el factor social y económico influye en la relación de ayuda. Vivir situaciones gratificantes. Se prefiere “hacer para” que “hacer con” la persona. Descubrir el ámbito profesional que quieren dedicarse y las particularidades de distintos espacios: en psiquiatría, Atención domicilios, Atención en cárceles.	Libertad: autonomía Igualdad: equidad Altruistas: ayuda Altruistas Dignidad humana Justicia Altruismo

Elaboración propia

En la etapa de formación posterior al año 1977, las actitudes que las alumnas a través de la socialización, asumen progresivamente, están relacionadas con: (k) la sensibilidad; (l) la ayuda a los demás; (m) la comprensión; (n) el compromiso (o) la humanidad;(p) la escucha; (q) el saber estar; (r) autonomía profesional; (s) la equidad; (t) la objetividad; y (u) la honestidad; Estas actitudes se adhieren a los valores (6) altruistas, de (7) dignidad humana, (8) justicia, (9) verdad y (10) libertad, (11) igualdad; (12) estéticos. Aunque a las alumnas/os les atrae la técnica, que se desarrolla en determinados contextos, a través del proceso formativo reconocen especialmente el valor a la dignidad humana. El cambio de valores profesionales en la formación, no se produce de forma inmediata. Es un camino progresivo, que aún hoy no se ha completado. Las enfermeras/os están en el proceso de asumir en la práctica los valores y actitudes que los modelos de cuidados refieren, y en esta medida pueden transmitirlos. La oportunidad que la convergencia de estudios universitarios europeos ofrece al colectivo profesional, a nivel de cambio en la formación, es única. Articular la formación para que las alumnas/os adopten, de forma reflexiva, los valores y actitudes profesionales propios, es optar por una identidad enfermera sólida. La *Tabla 4.11* muestra el cambio que se produce en los valores profesionales a través de la formación pasada, presente y futura. Valores transmitidos a través de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario, como el tecnicismo, la asistencia exclusiva a la enfermedad, y la sumisión, desaparecen, o dejan de tener un peso específico en el seno del colectivo profesional, y en la formación. Valores consolidados en la socialización, que se mantienen en el presente, y deben ser desarrollados en la futura formación enfermera. Son valores personales, que a través del proceso formativo se transforman en profesionales. Junto a estos valores emergen en la socialización profesional otros valores como los estéticos, libertad, igualdad, justicia, y verdad, que deben ser desarrollados en la futura formación enfermera, para que sea capaz de acompañar a las personas en sus procesos vitales.

Tabla 4.10
Proceso de cambio en los Valores y actitudes en el periodo de formación

Periodo	Valores	Actitudes
1953-77	Altruismo	Ayuda a los demás
	Dignidad Humana	De carácter humanitario y a título individual.
	Tecnicismo ⁸³	Técnica Rigidez Cuidado por tareas
	Asistencia exclusiva a la enfermedad ⁸⁴	Atención basada en signos y síntomas
	Sumisión ⁸⁵	Obediencia Abnegación Sacrificio Subordinación
1978-2004	Estéticos	Sensibilidad
	Altruista	Ayuda a los demás Comprensión Compromiso
	Dignidad Humana	Humanidad Escucha Saber estar
	Libertad	Autonomía profesional
	Igualdad	Equidad
	Justicia	Objetividad
	Verdad	Honestidad

Elaboración Propia

⁸³ Valor no contemplado en el marco teórico

⁸⁴ Valor no contemplado en el marco teórico

⁸⁵ Valor no contemplado en el marco teórico

Tabla 4.11
Evolución de los valores profesionales a través de la formación (1953-2005)

Valores iniciales que desaparecen	Valores consolidados que se mantienen	Valores emergentes	Valores de la futura formación
Tecnicismo	Altruistas	Estéticos	Altruistas
Asistencia exclusiva a la enfermedad	Dignidad de las personas	Libertad	Dignidad de las personas
Sumisión		Igualdad	Estéticos
		Justicia	Libertad
		Verdad	Igualdad
			Justicia
			Verdad

Elaboración propia

5

TRABAJAR DE ENFERMERA/SER ENFERMERA

5. Trabajar de enfermera/ser enfermera

Finalizada la etapa de socialización profesional, empieza para las enfermeras/os el proyecto profesional. Aplican los conocimientos, habilidades y actitudes formados en el proceso de socialización profesional. Si el discurso se limita al plano teórico, se describe el proceso para obtener la experiencia práctica, premisa para cuidar con excelencia, o llegar a la experteza profesional. La realidad es más compleja. El análisis de la trayectoria profesional en España y Catalunya, específicamente en esta etapa, de entrada al mundo laboral y profesional, no es fácil. Los contratos, rayan a veces los límites de la dignidad como persona, y ciudadana. La acogida de las organizaciones sanitarias no existe para las enfermeras/os recién tituladas. Las instituciones no tienen, en general, planificadas ni orientadas las políticas que aseguren una asunción progresiva de responsabilidad. Si alguna de estas medidas estuviese establecida se reduciría el nivel de ansiedad que las enfermeras/os experimentan. En estas organizaciones sanitarias, prima la política económica, a corto plazo, frente a la provisión de un servicio de calidad (Tomas Vidal, 1998: 69). Son políticas que aún están unidas al paradigma dominante, que prima los aspectos económicos, y relega a un segundo plano los valores asociados a los modelos de cuidados (De Pedro Gómez, 2004: 30; Aguilar Luzón, 2004: 10). Se expresa de diversas formas, en algunos ámbitos se traduce en falta de respeto al público al que se atiende.

En los servicios de enfermería clínica, la calidad es definida por la capacidad de satisfacer las necesidades del paciente y cliente al menor costo posible, en la cantidad y tiempo convenido, y con un alto grado de confiabilidad (Guevara Sanz, 2002: 93-96). En todas las profesiones el acceso al colectivo se concibe mediante la adquisición de conocimientos, a través del proceso de socialización profesional. Pero es necesario tener en cuenta, que las organizaciones en general, y en concreto las sanitarias, han de tener una adecuada planificación de las nuevas incorporaciones, como punto estratégico en la búsqueda de la calidad esperada (Pera, 1998). En el caso concreto de enfermería, la entrada a la profesión requiere haber alcanzado un nivel de formación, que permita conseguir un saber crítico y reflexivo, mediante la adquisición de un cuerpo de conocimientos propios, dentro de la noción general de cuidados de enfermería (Teixidor, 2002:9). Pero el profesional novel, para llegar a un cierto estatus y reconocimiento social, precisa de un bagaje práctico, adquirido a través de situaciones clínicas a las que va enfrentándose. Ello es lo que le permite consolidar el sentido contextual de los conocimientos aprendidos, y llegar a la experteza profesional. En el modelo Dreyfus⁸⁶, que Benner aplica para la profesión enfermera, está en la categoría denominada de “principiantes”, al iniciar el trabajo profesional (Benner, 1987:48).

A través de las entrevistas a las personas informantes clave de la presente investigación, se constata como se vive este comienzo en la carrera profesional. Se abordan dos temas: (1) la

⁸⁶ El Modelo de adquisición de habilidades de DREYFUS, describe un modelo con cinco niveles diferentes para el proceso de la adquisición de la experteza profesional. Pone énfasis en la percepción y toma de decisiones mas que en la rutinización de la acción. El primer nivel, denominado *Novel o Principiante*, se caracteriza por una rígida adherencia a las reglas, escasa percepción de la situación, y falta de juicio discrecional. El segundo nivel, *Principiante avanzado*, utiliza para la acción guías basadas en atributos o aspectos característicos de las situaciones. Tienen una limitada percepción de la situación, y todos los atributos de la situación se tratan por separado y equitativamente. El tercer nivel, denominado *Competente*, es el profesional con capacidad para asumir situaciones complejas. Una visión a largo término de las acciones, unido a una planificación consciente. Y aplicación de procesos estandarizados, y rutinarios. El nivel cuarto, profesional *Aventajado*, tiene una visión global de las situaciones, con capacidad de valorar lo que es más importante en cada situación. Puede utilizar guías con variaciones según las situaciones. Finalmente el quinto nivel de profesional *Experto*, con capacidad intuitiva de las situaciones con comprensión tacita y profunda. No utiliza reglas, normas ni guías. Solamente emplea los procesos analíticos en situaciones nuevas. Tiene una visión de lo que es posible (Benner, 1987).

práctica enfermera desde la perspectiva laboral, y (2) la práctica enfermera desde la perspectiva asistencial.

En la primera, que se refiere a la *perspectiva laboral*, se tratan: (a) las condiciones de trabajo entre los años 1970 y 2004, y (b) la influencia de las organizaciones en la práctica asistencial. En la segunda que trata de la práctica enfermera desde la *perspectiva asistencial* se desarrollan cinco aspectos clave: (c) organizaciones y estrategias, las percepciones y experiencias de las primeras experiencias laborales y las estrategias espontáneas para suplir la falta de políticas de acogida de las organizaciones sanitarias; (d) la presión asistencial estructural, de situaciones límite e inseguridades; (e) intrusismo profesional; (f) prácticas profesionales en situaciones específicas: cárceles; y (g) deseo de empezar de nuevo, y descubrir los beneficios de la práctica profesional. Ahondar en el conocimiento de la práctica enfermera, en esta etapa de iniciación a su práctica profesional, es el objetivo principal. A través del análisis de esta etapa, se identifican los valores y actitudes consolidados, de la práctica enfermera.

Práctica enfermera: perspectiva laboral

Las condiciones de trabajo entre los años 1970 y 2004, son precarias y se mantienen en esa situación durante todo el periodo, especialmente para las enfermeras/os recién tituladas. Comprender las condiciones de trabajo en la trayectoria profesional enfermera conduce a conocer el inicio del ejercicio profesional, en diversos ámbitos, para analizar los rasgos que la caracterizan. La problemática laboral y profesional se mantiene constante, con leves oscilaciones durante el último cuarto de siglo. Empeorando, si cabe, en los últimos lustros, lo que se define actualmente como empleo precario. Los contratos a tiempo parcial se consideran precarios; en España del año 1999, el 75% de los trabajos a tiempo parcial están desarrollados por mujeres (Domínguez Alcón:2001:44). En el diagnóstico del *Plan Estratégico de la Enfermería en Catalunya*, realizado en el año 2001⁸⁷, a través de una muestra del 10% de colegiados en toda Catalunya, constatan los datos más relevantes sobre la situación del mercado laboral. Corroboran las referencias recogidas por las/os informantes en la presente investigación. En Madrid un estudio sobre las relaciones de empleo en enfermería en el año 2002, muestra que los contratos más precarios son los asumidos por personas jóvenes que se incorporan al mercado laboral (Prieto Rodríguez 2002:65). Según estudios recientes del sindicato SATSE, el paro entre las enfermeras/os se acerca al 5%, y una de cada cuatro se ve obligada a alternar contratos temporales con meses de inactividad⁸⁸.

El alto nivel de precariedad laboral en las personas recién tituladas en la actualidad, en Enfermería y en otros ámbitos, se traduce en: *falta de estabilidad*; ya que los contratos son de uno o varios días; o de algún mes. Son contratos que provocan una *dependencia física del teléfono*, que no permite tener una vida cotidiana equilibrada. En definitiva, son contratos no aptos para ninguna persona. Es el peor inicio para personas con formación en ciencias humanas, que están preparadas para cuidar. Lo primero que reciben de la organización sanitaria, es una total falta de sensibilidad. La atención es la mínima imprescindible, para poder llevar a cabo la misión profesional de procurar bienestar, y atender a las necesidades de otras personas. Este sistema de contratación es utilizado actualmente por la sanidad pública y

⁸⁷ Alto nivel de precariedad laboral: 29% la considera muy elevada; 59% elevada; el 8%, normal; 3% baja; 1% muy baja. La situación laboral de los nuevos titulados: 33% muy mala; 55% mala; 10% normal; 2% buena.

⁸⁸ Información difundida por "El País", 30 de mayo del 2004; p. 42. "Los problemas de la enfermería" de Oriol Güell.

por la privada. Las características de trabajo “no estable” se desarrollan durante las últimas décadas. Empieza en los años setenta, y se mantiene durante los años ochenta, noventa y durante los primeros años del presente siglo. En cada una de ellas se describen las características y las condiciones de trabajo. Con algunas diferencias entre distintos periodos. Por ejemplo, en la década de los años setenta se caracteriza porque las organizaciones privadas, no ven necesaria la contratación de enfermeras tituladas. No se aplica en la práctica asistencial, la ley sobre las funciones profesionales. En la década de los años ochenta predominio de enfermeras/os sin lugar, ni turno fijo, que suplen bajas. Lo que es una paradoja en relación con el procedimiento establecido, para obtener puntos y acceso a plaza fija. Se produce una fuerte corriente de emigración de enfermeras/os a otros países. En la década de los años noventa el ámbito laboral se caracteriza por el trabajo “por días” u “horas”, y la total dependencia del teléfono. En el inicio del siglo XXI, los rasgos en la contratación siguen la tónica de precariedad e inestabilidad. Las enfermeras/os se ven forzadas a aceptar cualquier trabajo. Sigue la incertidumbre permanente, con la inestabilidad laboral que se mantienen e impacta en el equilibrio psicológico, y económico de las enfermeras y enfermeros.

El trabajo no estable en las/os profesionales de enfermería, es una *constante* desde hace bastantes años. Este hecho, desencadenado por las organizaciones sanitarias, no puede analizarse de forma aislada, ya que las enfermeras/os noveles no solamente afrontan esta situación laboral, sino que además se enfrentan a una responsabilidad poco acorde con su grado de conocimientos prácticos. Lo que repercute en su vida personal y familiar, y en la calidad de la asistencia que prestan. Esta situación puede y debe ser corregida. Es preciso realizar una planificación a largo plazo, en la que las nuevas/os profesionales accedan progresivamente a niveles de responsabilidad. Son estrategias que deben ser programadas desde las direcciones de Enfermería, y no abandonar un factor social a la buena fe, y al voluntarismo de compañeras/os de trabajo. Esta situación es la que provoca mayor presión asistencial, y alteraciones en las relaciones profesionales que se establecen. Sin embargo sorprendentemente es un tema a penas analizado. Y parece que se atribuye a una cuestión personal individual. En un estudio sobre las causas de ansiedad enfermera, se constato la relación de las variables: inicio del ejercicio profesional y estrés (Fornés, 2001:55). En Catalunya y España, se tiene la suficiente experiencia y conocimientos para poder prevenir y organizar mejor esta situación que se ha convertido en insostenible. Se analiza a continuación este tema en diferentes contextos y periodos, a los que las informantes enfermeras/os se enfrentaron al comienzo de su vida laboral y profesional.

En la década de los años setenta, y especialmente en la segunda mitad, la situación laboral es precaria. En organizaciones de carácter privado, no ven necesaria la contratación de enfermeras/os tituladas/os, la contratación de personal auxiliar es económicamente más rentable. La aplicación del decreto del 17 de noviembre de 1960, que establece las funciones y ámbito profesional de las/os Ayudantes Técnico Sanitarios, tiene poca repercusión (Domínguez Alcón, 1986: 172). Esta situación es explicada por una enfermera que trabaja de auxiliar de enfermería en una clínica privada, mientras estudia, cuando termina la formación no percibe un futuro profesional en la organización.

“Allí acabé enfermería, me casé en marzo. Me marché Sí porque... allí no tenían entonces enfermeras, todas eran auxiliares Entonces empezaban pero también las monjas las echaron [...] si plegaba porque me casaba me indemnizaban” (E14)

En la década de los años ochenta la contratación no estable se manifiesta y prevalece en el ámbito hospitalario, en las profesionales enfermeras/os, denominadas comúnmente

“corretornos”⁸⁹ por el carácter de su trabajo. Entre las unidades en las que ocupan vacantes, es común que suplan compañeras/os en cuidados intensivos, donde el grado de especialización y complejidad de la asistencia es elevado. En estas unidades el perfil profesional ha de ser el de especialista, no el de “corretornos”. La transcripción del relato de una enfermera, expresa los sentimientos de impotencia que le produce el trabajo profesional en cuidados intensivos. Es consciente de no estar preparada para asumir el trabajo enfermero especializado.

“De enfermera titular y fue un gran terremoto porque claro en X (Hospital público) me llevaban de corre turnos y en las unidades que me llevaban eran unidades de Cuidados intensivos y en principio, de aquella situación de no poder hablar con el enfermo y la familia fuera de la sala, la veía bastante difícil entre que el aspecto técnico porque yo no lo llevaba nada aprendido, porque yo no lo había aprendido en la carrera, yo no lo había desarrollado, sabía poquísimo sobre las técnicas y sobre, hasta incluso sí me apuras sobre las patologías [...] contenido tenía muy poco, como profesional[..]aquella fue como una época como de crisis” (E1)

Para acceder a una plaza fija en la sanidad pública se requiere la presentación de una serie de requisitos. Se procede a la selección mediante concurso de meritos u oposiciones por parte de la/el solicitante. El baremo, definido por los organismos oficiales, traduce en puntos la aportación profesional de la intensada/o. Se da la paradoja, con o sin intención, que para acceder a una plaza laboral acorde con la titulación de ATS, necesitan “hacer sustituciones” laborales con la finalidad de acumular puntos. Pero si tiene contrato de auxiliar de enfermería, es denegada la solicitud. La modificación de esta anomalía burocrática a través de reclamaciones del colectivo profesional, se subsana al cabo de unos años.

“Si trabajabas por el ICS (de auxiliar de enfermería) no podías hacer sustituciones de ATS, [...]con lo cual estábamos en inferioridad de condiciones a la hora de conseguir plaza de las que sí tenían de las de la calle porque claro lo hacíamos juntos, con lo cual bueno, hubo movidas [...] nos permitían, hacías que ahora ya se hace con la circular del 9-90” (E4)

La situación laboral de precariedad se va manteniendo en el tiempo. El relato de un enfermero que vive esa situación, en la década de los años ochenta, pone de manifiesto esta realidad.

“Ahora nos quejamos, nos quejamos como el colectivo igualmente de que el trabajo está mal pero en la época tampoco estaba bien, entonces las suplencias que iban de 3 a 4 meses al año también comienzan a disminuir y comienzan a estar el día de Navidad, el día de tal [...] días sueltos porque...iba creciendo en edad e iba perdiendo a nivel económico” (E21)

Una estrategia en la búsqueda de empleo, es recurrir a la demanda de profesionales que efectúan otros países. Por ejemplo, en los años ochenta, Suiza requiere profesionales. El título enfermero español se reconoce automáticamente. Algunos profesionales, ante la situación de precariedad laboral en España, deciden trabajar en Suiza. La opción de trabajo en el extranjero también se mantiene actualmente. El testimonio de un enfermero así lo ilustra. Ante la precariedad laboral, decide trabajar en Suiza. Estuvo solo tres meses por decisión personal. Cuando vuelve a España, y después de solventar múltiples dificultades consigue trabajo estable.

⁸⁹ Corretornos: palabra que comúnmente es utilizada en el ámbito hospitalario para designar a la enfermera que no tiene un lugar, ni turno de trabajo fijo, y por tanto va supliendo vacantes en diferentes unidades.

"Me salió una oferta de trabajo en Suiza y estuve 3 meses en Suiza.[...] Había intentado venir aquí al Hospital (público) porque mi madre conocía a una asistente social [...]pero tenían cerrada la bolsa de trabajo y de repente me empezaron a llamar. Comencé cirugía en el Hospital (público) y posteriormente estuve en cirugía aquí, la mili por el medio, te estoy hablando en, en el año 84 aproximadamente, entonces después de la mili estuve en urgencias [...], con contratos de estos de fomento de la ocupación de 6 meses, hice oposiciones, saqué plaza" (E21)

El testimonio de unas enfermeras/os exponen la difícil situación laboral vivida en los años ochenta por el colectivo, especialmente las recién tituladas. Manifiestan tres factores que provocan inquietud y presión asistencial: (1) la responsabilidad de un número excesivo de enfermos; (2) falta de experiencia práctica; y (3) precariedad en los contratos.

"Estuve buscando trabajo, no encontré, me costó, fui haciendo suplencias y estuve trabajando en el Z (Hospital público) en la unidad de transplante renal. Sí, en el ochenta y dos, [...] estuve trabajando de enfermero" (E14)

"Basta, se acabó. Me iban haciendo contratos cada 6 meses y un día dije "no, o sea, no, no voy a renovar el contrato, me voy.- ¿cómo que te vas?" bueno, me hacían fija, me subían el sueldo..."como si me quieres poner una alfombra roja en la entrada, me voy y me voy" y me fui" (E19)

En la década de los años noventa, aunque parece que en el transcurso de los años, el contexto laboral mejora, a nivel global la situación se agrava. Los contratos temporales no estables, se convierten en trabajo "a días sueltos". La Sanidad no está exenta del "enchufe" en la contratación. Tiene mayor incidencia en centros privados de asistencia pública o privada, porque la contratación es menos transparente. El testimonio de una enfermera expone que después de dos años de trabajo no estable, con posibilidades de contrato fijo, "un amiguito" de quien tiene a alguien conocido en aquellos momentos en el poder, se adelanta. También expone otro factor relevante de la práctica profesional enfermera: la conciliación de la vida familiar y laboral, especialmente en turnos de noche, es difícil.

"Estuve haciendo suplencias hasta que convocaron plazas, ay, yo estaba súper contentísima [...] normalmente las convocaban por antigüedad , [...] me toca a mi, [...] pero entró un amiguito, un amiguito que hacía[...] como entonces allí había falta de enfermeras cuando me lo dijeron no, no me lo pensé dije "mira, me parece una pasada", "ay no, por esto no te vayas", a ver, la noche era dura, yo me acababa de casar, y la llevaba mal, [...]"ay, no te preocupes que ya se irá otra de quirófano es que para tardar cuatro años, como unos meses, como ocho años como diez yo no, no lo veo claro pues marchó y marché, marché bastante enfadada" (E13)

El testimonio de una enfermera, ilustra la precariedad laboral en la década de los años noventa, a través de una serie de circunstancias laborales que vive. Ella es consciente, cuando finaliza los estudios, que la situación laboral no es sencilla

"Acabé en el verano del 97 y bueno, como una loca repartiendo currículum por todas partes y...empecé, lo primero que hice en una empresa de servicios a domicilios, [...] Porque fue el primer sitio que me llamaron, yo quería trabajar en un hospital[...] lo cogí como una cosa pues temporal hasta que me saliera otra cosa. [...] me llamaron de un cap el centro social de la M., [...] hice una suplencia de una enfermera durante un mes" (E17)

En los años noventa surgen en España empresas de contratación, que gestionan las necesidades contractuales de determinadas organizaciones. En el ámbito sanitario, algunos

centros privados utilizan sus servicios. Se caracterizan por la precariedad laboral que ofrecen. El testimonio de una enfermera narra la experiencia de estar contratada por este tipo de empresas, para ofrecer sus servicios profesionales en un Hospital privado. La empresa de contratación no dispone de la información necesaria acerca de la experiencia de las/os profesionales, para adecuarla a las demandas del Hospital.

"Lo llevaba una empresa temporal y esto era el desmadre total porque el hospital llamaba a la empresa. Les decía, "necesito 4 enfermeras para cubrir esta noche", [...] y la empresa es la que te llamaba pero la empresa no sabía si tú habías trabajado en aquella planta, si tú acababas de acabar el trabajo, si tenías experiencia [...] el hospital la dejó" (E17)

La situación laboral de precariedad, específicamente de las profesionales que trabajan a "días u horas sueltas" implica una serie limitaciones en sus vidas personales. La vida laboral precaria tiene un enorme impacto en la vida personal. Dependencia al teléfono; no poder programar actividades de formación o personales; estar "a punto" las 24 horas del día. Esta situación es la que viven muchas enfermeras, por necesidad y por motivación de desear seguir en el trabajo. Es una agresión a la persona, y al colectivo profesional. Es violencia institucional, ejercicio de poder mal entendido. La escena se repite, es conocido, pero sorprendentemente no provoca reacciones en contra, ni del propio colectivo profesional. El testimonio de una enfermera expone la experiencia y los sentimientos que le produce esta situación.

"Llamaba directamente pues la supervisora del hospital, [...] Entonces fue cuando empezaron a ubicar un poco la gente, [...] siempre cogiendo el teléfono, que era una cosa que me agobiaba mucho, no porque te llamaban, en cualquier momento te podían llamar para, para ir a trabajar. A lo mejor por la tarde a las siete de la tarde te llamaban para ir a trabajar por la noche o a las seis de la mañana te despertaban para ir a trabajar por la mañana, [...] la congoja del teléfono. si me llaman, si no me llaman... De no poder hacer planes, nunca podías hacer planes, porque es la época también de que sales con la pareja" (E17)

La situación laboral al inicio del siglo XXI, se mantiene precaria para el colectivo profesional, especialmente en enfermeras/os recién tituladas. Según el Sindicato SATSE, que estima la precariedad laboral, solo 70% de las/os profesionales tiene contrato fijo a lo largo de todo el año. Mientras unas 10.000 enfermeras/os están en el paro. Según la OMS España debería contar con una enfermera/o por cada 140 habitantes, cuando actualmente hay una por cada 250 personas⁹⁰. El testimonio de unas enfermeras, que se incorporan al ámbito laboral en el año 2000, narran su experiencia. Han de aceptar cualquier tipo de trabajo, y vivir situaciones de incertidumbre cuando termina el contrato.

"Me hicieron contrato en septiembre (Hospital privado) [...] ahora en septiembre se me acaba pero he tenido mucha suerte porque mi compañero con el que estoy ahora pasa al turno de día con plaza fija de día, cada x años pues salen unas plazas vacantes y pasas, [...] entonces ya han buscado una chica para que esté conmigo y me la han casi asegurado ya que en septiembre ya me quedo de noche fija" (E23)

El segundo testimonio corresponde a una enfermera que también explica la experiencia de vivir pendiente del teléfono, la llaman de un Hospital público.

⁹⁰ Datos difundidos por El País del 30 de mayo del año 2004; pp.42.

"El trabajo de la (Hospital privado de asistencia pública) eran también días sueltos [...] me planificaban el mes pero días sueltos. Entonces en el verano me ofrecieron estar durante 2 meses ahí pero creí que X (Hospital público) me abriría más las puertas. [...] .. aún estoy con días sueltos Me van llamando cada semana... te llaman por teléfono. Pendiente del teléfono y allí con el móvil encendido, [...] esperando a que te llamen [...]no puedo hacer planes, ahora mismo me voy el jueves a Córdoba y ya porque lo he avisado, porque vamos, tengo un billete y me tenía que haber ido en Semana Santa pero como estuve trabajando no me pude ir. Estuve a días sueltos durante 2 años (Hospital publico)" (E10)

La incertidumbre de un nuevo contrato cuando termina el actual, provoca inquietud. Las enfermeras/os soportan mal esa situación, pero con resignación. Lo terrible es que terminan considerando que es "natural". La precariedad laboral en enfermería, es una de las manifestaciones, de pasividad de las enfermeras/os, especialmente las enfermeras/os con poder en el ámbito sanitario.

"Cuando se me acaba el contrato y yo no sabía todavía si me cogían o no me cogían y me recuerdo que bueno, aquello que le pregunté a la enfermera de la mañana y me dijo que bueno, que ya me lo dirían, [...] y lo que hice fue buscar, bueno envié otro currículum e incluso del otro trabajo me llamaron para hacer suplencias y entonces fui a trabajar, [...]entonces aquel mismo día [...]estaba diciendo por teléfono que no y la otra me estaba esperando para venir aquí y entonces pues bueno, pues sí, dije que si" (E15)

Una estrategia de contratación de enfermeras/os utilizada por las organizaciones sanitarias, es escoger a las enfermeras/os recién tituladas, que previamente han realizado las prácticas asistenciales en una unidad del mismo centro. Son estudiantes bien evaluadas por un mando intermedio de esa institución sanitaria. El relato de unas enfermeras, describen la situación.

"Estuve haciendo prácticas allí y entonces se quedaron con mi currículum y entonces me llamaron para trabajar en verano [...] de enfermera, [...] trabajando todo el día" (E15)

La inestabilidad laboral afecta en la vida de las personas, a nivel psicológico, y económico, y puede tener repercusiones graves para la salud. Estas experiencias de trabajo no estable, vividas por enfermeras/os son especialmente duras. La formación enfermera, requiere en muchas ocasiones, de esfuerzo económico, personal y familiar. Terminan los estudios con una sólida motivación y encuentran una situación laboral que lejos de ser favorable, limita el inicio de la independencia a nivel personal. El testimonio de una enfermera, reflexiona sobre el contexto laboral actual (en el año 2004).

"Pasó que la supervisora de la M. (Hospital público) era hermana de una supervisora de la (Clínica privada), de obstetricia, entonces llamó la (Clínica privada) pidiendo gente de prácticas de neonatos, necesitaban gente, [...] me viene la supervisora y me dice "que sepas que hemos dado tu teléfono para trabajar, en la (Clínica privada)", y yo roja, claro, me lo encontré de golpe, y yo "vale, pues muchas gracias", [...]pues al día siguiente ya me llamaron, fui a hacer la entrevista todo, salió todo rodado [...]porque a lo mejor, si te llaman de un sitio 2 días, si te llaman de otro, no lo he vivido pero supongo que a nivel psicológico te afecta bastante porque a lo mejor estás un mes que no tienes trabajo, tú en un mes tienes que pagar coche, tienes que pagar gasolina, tienes que pagar cosas, entonces claro, si tú en ese mes no tienes dinero pues para lo, no tienes una estabilidad" (E23)

Las recién tituladas/os aceptan el primer trabajo que les ofrecen, dado el contexto laboral precario. Determinadas situaciones personales y familiares, inducen a aceptar un trabajo que requiere menor titulación. El testimonio de una enfermera expone su sentimiento de frustración. Mientras trabaja de gerocultora, le ofrecen trabajo enfermero. Por sentido de responsabilidad, ya que hace escasos días que había aceptado el puesto de gerocultora, declina la oferta. Describe su trabajo:

“Necesitaban a una gerocultora y entonces, bueno, pues cuando ves que llega que se te acaba el contrato y a tiempo pues acepté. [...]es un centro o una clínica geriátrica privada, [...] no sé estar sin trabajar[...]me acuerdo que lloraba y todo de saber como me sentía, más que nada porque veía, [...] me llamaron de la UCI de Y (Hospital Público) para trabajar [...] en aquel momento dije que no y que ahora mismo estaba pues esto, trabajando en lo que no te gustaba. Es decir no podía compaginarlo [...]tienes que trabajar de auxiliar, bueno de auxiliar de gerocultora, pero que tienes que , lavar los lavabos, limpiar el suelo, a ver, te cuesta en el momento que estás limpiando el lavabo y estás pensando en el dinero que te has gastado en, entre comillas [...] de un paso al otro hace mucho daño, mucho” (E15)

La contratación laboral en enfermería, especialmente en las recién tituladas/os, es nefasta. El fenómeno de emigración profesional enfermera española a países del entorno, generalmente europeos, se muestra emergente, a causa de la insatisfacción por los contratos actuales en nuestro país. Dos artículos recientes (Güell, 2004; Montroi, 2004) aportan datos sobre este tema. La precariedad de los contratos favorece la emigración a países de la Unión Europea. *El Colegio de Enfermería de Barcelona* tramita en los últimos dos años 109 expedientes de profesionales para trabajar fuera del Estado Español⁹¹. Aunque en *el LLibre Blanc de les Professions Sanitaries a Catalunya*, en el año 2003, se recoge la probabilidad de déficit futuro de enfermeras/os, sorprendentemente, no se relaciona con el trabajo precario.

La *Tabla 5.1* muestra la evolución de las condiciones de trabajo enfermero en el periodo entre 1970 y 2004. A través de los años se mantiene el trabajo precario de enfermeras/os noveles. La contratación a tiempo parcial, o trabajo precario, en España, es desarrollada en un 75%⁹² (Domínguez Alcón, 2001:44) por mujeres. En este aspecto una buena muestra con los contratos en Enfermería. Otro rasgo relevante y paradójico de la contratación actual es que las enfermeras noveles desarrollan su trabajo, en situación de incertidumbre laboral permanente, mientras se les exige “equilibrio personal”, para cuidar. Son profesionales formadas/os para atender a las personas en situaciones complejas y difíciles. No les falta motivación, ni convicción. El valor altruista y el valor de dignidad humana sustentan especialmente sus conductas profesionales. Ante esta situación, las organizaciones sanitarias pueden y deben ser sensibles ante esta realidad. Planificando a largo plazo, con estrategias de contratación estable. Las organizaciones, en el año 2004, cuentan con suficientes datos específicos, sobre la evolución de la asistencia sanitaria, y recursos, para estudiar y plantear escenarios de futuro sobre la demanda de personal. No se puede seguir dejando al azar, y al día a día, hacer frente a las necesidades de contratación profesional, en este caso enfermeras/os, atendiendo solo al criterio “deshumanizado” de que existe “suficiente oferta” de enfermeras/os en el mercado. Ante estas condiciones de trabajo, difíciles, adversas, y inadmisibles el colectivo profesional detecta la situación, pero muestra una gran pasividad. Una hipótesis es que puede estar relacionado con una identidad profesional débil, no suficientemente consolidada.

⁹¹ Fuente: El País del 30 de mayo del 2004; pp.42. “Los problemas de la enfermería” Oriol Güell.

El Punt del 4 de enero del 2004. “ La precarietat dels contractes empeny les infermeres catalanes a marxar a l’estranger”Maite Montroi.

⁹² Los datos corresponden al año 1999.

La influencia de las organizaciones sanitarias en la práctica enfermera es un tema a considerar ya que son instituciones cuya estructura se define como el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo sanitario en tareas distintas, consiguiendo la coordinación de las mismas. Infiere un determinado carácter a las personas que trabajan en ella. Socializa a sus miembros, a través de la formalización de su comportamiento. A través de la historia narrativa de las organizaciones podemos observar los elementos que marcan o imprimen carácter a la institución. Los profesionales son el segundo grupo de influencia o poder, en una organización (Mintzberg 1992: 26-31). Entre los diferentes colectivos profesionales, se establecen jerarquías de poder con capacidad de decidir (Torralba, 2002:174). La organización sanitaria influye en el trabajo profesional enfermero. Esa influencia es diferente si la institución es pública o de carácter privado. Se consideran instituciones privadas las organizaciones sanitarias, que atienden a un público que paga sus servicios directamente o a través de mutuas. Mientras que las instituciones públicas son aquellas que atienden a personas, y el servicio que la institución presta, es abonado por el Sistema Sanitario público, aunque el carácter de la institución sea privado. A través de los testimonios de enfermeras/os acerca de los primeros años de su trabajo asistencial, se exponen diferentes aspectos de las organizaciones sanitarias en las que trabajan. Describen las diferencias organizativas, y de valores en tales instituciones según sean de carácter privado o público. Los rasgos más relevantes son: (a) en instituciones privadas se mantienen los valores tradicionales; (b) en los centros privados existe una jerarquía de valores; (c) los beneficios económicos priman y ello tiene repercusiones en la asistencia; (d) existe una conexión entre el pago directo del servicio y el nivel de atención exigida; (e) el personal y recursos en centros privados es escaso.

En el ámbito privado se mantienen los valores tradicionales, y la prioridad es la economía del centro. Esta prioridad no es bien aceptada por gran parte del colectivo profesional (Enfermería), ya que choca frontalmente con el valor del altruista, especialmente en las enfermeras recién tituladas. Para las enfermeras/os su prioridad es cuidar bien, aunque siguen las directrices globales marcadas por la institución. Ceden y aceptan la prioridad de la organización, en aspectos que no consideran vitales para las personas que atienden. El testimonio de dos enfermeras, la primera en la década de los años setenta, y la segunda a inicios del siglo XXI, al inicio de su trayectoria laboral, en centros sanitarios privados. Ambas exponen los rasgos que recuerdan de los centros, que ilustran la situación descrita, y se mantienen en el año 2005, transcurridas más de dos décadas transcurridas. El primer testimonio es el de una enfermera, recién llegada de Suiza que entra a trabajar, en una Clínica privada. La experiencia ocurre al final de la década de los años setenta, cuando en el ámbito privado hay pocas enfermeras tituladas (De Miguel,1994). Se siente poco valorada, tiene la sensación de estar para cubrir el expediente, de enfermera titular, de apariencia. El público que atiende son personas con alto poder adquisitivo, y parece que el hecho de pagar directamente los servicios, justifiquen su exigencia.

" En pediatría y yo era la única enfermera, en. todas las otras eran auxiliares pero allí estuve justita antes de entrar en H. porque yo no estaba bien, allí sí que eras la camarera, era terrible aquello, ya era, yo ya era enfermera, yo ya había estado un tiempo trabajando de enfermera y cuando llegas allí y no me dejaban ni pinchar los pediatras. Estábamos bien, ya estaba bien pero no, notabas la camarera, tocaba una habitación que tienes el balcón, qué tenías que ir allí qué quieren pero a servir, no eras enfermera. Cualquiera cosita los médicos lo hacían. Yo dije esto no, imposible, toda la vida aquí no, yo quería ser enfermera. [...] Era como gente muy rica, muy señora, [...]no me trataban mal pero yo me sentía como... como la criada, [...] debía ser en el setenta y cuatro[...]eran todas

Tabla 5.1
Evolución de las condiciones de trabajo enfermero entre 1970 y 2004.

Periodos	Condiciones de trabajo	Consecuencias para las enfermeras/os
Principios de los años 70	Organizaciones privadas: no ven necesaria la contratación de enfermeras/os tituladas. No se aplica la ley sobre Funciones profesionales.	Escasez laboral en las organizaciones privadas.
Década de los años 80	Contratación no estable: presencia de enfermeras “correturnos”. Contratos intermitentes: 3-4 meses y/o “días sueltos” Paradoja en el procedimiento ⁹³ para obtener puntos y acceso a plaza fija	Obligadas a aceptar puestos y turnos inestables en diferentes centros. y sin turno fijo. Suplen bajas. Emigración a otros países. Repercusión negativa vida personal/profesional/familiar/económica.
Década de los años 90	Tímida mejora contractual. Situación laboral global precaria. Siguen los contratos: “por días Surgen empresas intermediarias de contratación que se caracterizan por mantener y empeorar, si cabe, la precariedad laboral. En centros privados: “amiguismo”	Total dependencia del teléfono Repercusión negativa vida personal/profesional/familiar/económica.
Siglo XXI	Se mantiene la precariedad laboral	Incertidumbre permanente Inestabilidad permanente Se acepta cualquier trabajo Total dependencia del teléfono Emigración a países comunitarios Repercusión negativa vida personal/profesional/familiar/económica. Repercusiones graves a la salud

Elaboración propia

⁹³ Para acceso a puesto fijo, de enfermera titular, es imprescindible haber trabajado haciendo substitutiones. Pero si tiene la contratación laboral de auxiliar de enfermería, es denegada la solicitud.

auxiliares allí no habían problemas porque la única enfermera era yo y era la única que yo podía pedir hacer algo más porque ellas no podían, [...] yo decía O me pongo como ellas, o qué hago aquí, [...] En una sala que haya una enfermera pero... servía para apariencia, para decir que era enfermera, supongo que les debía servir a ellos (los médicos) para decir que hay una enfermera pero una enfermera no hacía nada de especial" (E9)

El testimonio de la segunda enfermera, recién titulada que empieza a trabajar en una residencia geriátrica privada, en el año 2002, expone su experiencia y percepciones. Realiza las prácticas asistenciales en el ámbito público.

"Aquello (donde realizó las prácticas asistenciales) era público y esto es privado, aquí muchas veces predomina la economía por encima de la salud, esto además hace mucho daño, desde el punto a la enfermería no nos gusta, es decir, nos hace daño, de que a veces es más importante no sé como decirlo, el ambiente que la persona, a lo mejor una cosa, por ejemplo, un colchón de aire en el sillón y a lo mejor no queda bonito, no le pones, a ver, no se hace, pero a veces notas que allí que tira mucho el lujo a lo mejor que es más importante tener la estancia bonita que a lo mejor la persona bien cuidada, decir, todo y esto que aquí están muy bien cuidadas, esto te lo digo que no hay olores, a ver si me quedé es porque me gustó, además cuando ya trabajas eras responsable de este trabajo, a ver, la residencia es muy bonita pero yo estoy aquí para cuidar treinta señoras y yo soy responsable de este cuidado, y entonces si yo hubiera visto que aquello hace mucho peste a pipi, que no están bien cuidados no me hubiera cuidado no me hubiera quedado [...]eres observadora y te das cuenta de que no hace olor, [...] pues si hay gastos, se los pasan a la familia que no tienen problemas para pagarle [...]aquí tenemos los recursos que queremos entre comillas, si quieren colchones los tienen, si quieren peucos los tienen" (E15)

En los centros privados existe una jerarquía de valores: (1) el dinero/ beneficios; (2) la imagen de la institución conforme al estatus social de las personas atendidas; y (3) el tratamiento/cuidado. En centros privados, la organización insta a los profesionales para que ofrezcan un trato especial a las personas atendidas, debido a su condición económica y social. Son prioritariamente "clientes". Con las personas de estatus socio/económico elevado, es difícil para las enfermeras/os establecer una relación de ayuda. El testimonio de una enfermera que ejerce en un Hospital privado, manifiesta el esfuerzo que realiza para establecer la relación de ayuda con las personas que atiende.

"El trato con los enfermos es un trato muy respetuoso, sobretodo, aquí puede ser está muy diferenciado, o la institución hace que todo el mundo tenga muy claro que el cliente, la relación con el cliente es el paciente pero es el cliente sobretodo, y... puede ser el tipo de persona que viene a este hospital tiene un nivel cultural económico y cultural más elevado que puede ser allí y esto hace que la relación también sea diferente, a veces te cuesta más entrar en aquella persona, que después consigues entrar y el trato es igual pero siempre hay como un poco más de barrera entre lo que es la enfermera y lo que es el paciente" (E17)

En organizaciones sanitarias privadas, hay una conexión entre el pago directo del servicio y el nivel de atención exigido. En general en los centros privados la plantilla profesional es más escasa que en centros públicos. Las enfermeras/os en un centro privado soportan más presión asistencial, y las exigencias del cliente/paciente. El testimonio de una enfermera que trabaja en una Clínica privada, en el turno de noche, ilustra esta conexión. La preocupación de los

pacientes/clientes parece más centrada entre calidad y el precio, y la relación con las enfermeras/os es exigente, y desconsiderada. Incluso se experimenta como despótica.

"La relación con los padres yo la he vivido [...] a ver, hay padres que muy bien, padres que no también. Nunca mal, están los padres que te entienden que, que.. no sé como decirte, [...] a lo mejor por la forma de ser de los padres son más...son particulares ellos, [...] como que yo soy la persona que paga, tú eres la persona que atiendes. Entonces, eh... allí en neonatos no se ve tanto pero lo que es nursery sí, llaman "oye, cámbiame el pañal", cosas así, entonces yo... Los niños de nursery están en las habitaciones, entonces claro muchas veces tenemos que ir nosotros los enfermeros porque a lo mejor nursery está totalmente colapsada[...] o a las 2 de la mañana "enséñame a curar el ombligo" cuando le han enseñado a curar el día anterior, o sea que hay padres que son muy quisquillosos, son, a ver cómo lo hace ese turno, a ver cómo lo hace el otro, [...] y normalmente lo que son privados son los más exigentes, claro, como diciendo "yo pago, a mi cada noche me cuesta mucho dinero y yo quiero exigir unos servicios" y es normal, tú te pones a pensarlo y dices vale, es normal, ya que pagan que le pongan una enfermera solo para ese niño" (E23)

La escasez de personal y de recursos materiales, son rasgos que caracterizan a las organizaciones sanitarias privadas. El escaso personal enfermero, es un elemento que incide de forma directa en la asistencia que reciben los enfermos. Una enfermera/o en las organizaciones sanitarias privadas, suelen ser responsables de un número superior de enfermos. El testimonio de una enfermera expone su primera experiencia laboral en un centro privado a finales de los años ochenta, principios de los noventa. En el Hospital privado que trabaja, atiende tanto a enfermos que pagan directamente, como a enfermos que pagan a través del Sistema Sanitario público. Este factor junto al escaso personal, y la falta de recursos materiales, provocan conflictos.

"Ya te digo, muchísimas limitaciones, [...] había 3 plantas, en la primer planta había los enfermos más agudos y la cirugía menor, y ahí había enfermera pero luego en la segunda y la tercera planta sólo había una enfermera que era yo, en la segunda planta sólo eran auxiliares con lo cual si les pasaba algo de llamaban "baja corriendo por favor" y tenías que bajar a la planta de abajo [...] Ellos estaban pagando y eran conscientes de que pagaban y exigían una serie de cosas porque yo pago, "usted pagará pero mire, aquí el personal es el mismo para usted que paga y para aquel que no paga", eso me había costado algún disgusto [...] e incluso alguna llamada de atención, por parte de la dirección pero yo pensaba que aquello no podía ser, no podía ser que se cambiara un pañal antes a aquel que pagaba porque al otro que no pagaba si aquel estaba sucio desde hace más rato que este, eran cosas que a mi me indignaban muchísimo. A los 2 años y medio dije basta" (E19)

Los recursos materiales en organizaciones sanitarias privadas es desigual. Existen centros en que los recursos son "ilimitados", cuando paga directamente el cliente, mientras que en otros centros los recursos son escasos. Especialmente si el pago es realizado por determinadas mutuas asistenciales. El testimonio de una enfermera expone que la justicia distributiva es un valor de las/os profesionales enfermeros. Trabaja en un ámbito privado, y choca frontalmente con los intereses de la organización.

"Durante el día no habían médicos de urgencias porque como estaban los médicos que hacían la cirugía menor [...] ya vendrían ellos, [...] las 2 auxiliares, las 35 camas. Entonces allí ni había una supervisión, a quien acudir ni alguien que gestionara ni que organizara porque cuando yo llegué

allí a la sala dije "bueno esto, como que si fuera que te has cambiado de casa y te la tienes que organizar para vivir tú, [...] cambiar sondas...bueno, material para cambiar sondas: gasas estériles, toalla estéril, toalla estéril no había, toalla estéril no había, gasas estériles me dieron 2 pares luego antes, "y aprovéchalos" me dijeron, sí tanto que cuando los utilice los voy a tirar, qué quiere decir aprovéchalos, [...] fijando la endovenosa porque no teníamos catéteres y evidentemente eso te duraba, nada, en cuanto se movía esa vena se iba a hacer puñetas" (E19)

El ejercicio enfermero en consulta privada, es una práctica limitada. Concentra en una misma persona, las tareas que en otro ámbito son realizadas por varias personas. Esta situación produce insatisfacción en las enfermeras/os que están en puestos de esa índole. El testimonio de una enfermera que trabaja en una consulta en 2003, constata esa vivencia de no ser útil como enfermera.

"Empiezo en diciembre en la consulta no realizo tareas propias de enfermería, me dedico pues a la recepción de llamadas, al control de historias clínicas, abrir historias, con el ordenador y bueno, si necesita el doctor en cuestión algo, alguna cosa pues lo ayudo pero él lo hace todo, desde tomar tensiones hasta...lo hace todo. Entonces, aquí como enfermera" (E10)

La *Tabla 5.2* muestra el impacto de las organizaciones sanitarias en la práctica enfermera. Los rasgos identitarios de una institución sanitaria influyen en mayor o menor medida en el trabajo profesional enfermero. En los centros privados, determinadas prácticas, provocan en las enfermeras/os reacciones en contra, ya que chocan frontalmente con valores profesionales asumidos. La jerarquía de valores en las instituciones privadas empiezan por la economía, seguida por la imagen de la institución, armónica con la posición económica y social de las personas enfermas. Son valores tradicionales, que dificultan la práctica profesional enfermera. Las conductas profesionales se orientan en la objetividad, en ofrecer los mismos derechos, en la transparencia. Los valores que sustentan estas conductas son: de justicia e igualdad. Cuando en un mismo centro ocurren situaciones paradójicas, en la aplicación de tratamientos, solo explicadas a nivel económico, provocan la contradicción personal y profesional enfermera. Un aspecto relevante que influye en la relación de ayuda es el nivel económico de las personas enfermas. Se requiere más esfuerzo de las enfermeras/os, cuando constituyen la relación de ayuda con personas de nivel social y económico alto. Es una hipótesis de trabajo para desarrollar en estudios posteriores a la presente investigación. Diversos factores pueden incurrir, especialmente a nivel de valores personales y/o profesionales.

Práctica enfermera: perspectiva asistencial

El trabajo enfermero desde la perspectiva asistencial, y referido a las primeras experiencias laborales presenta diversas características que se analizan en el presente capítulo. El estudio se centra en los temas siguientes: (1) organizaciones y estrategias; (2) presión asistencial: estructural, de situaciones límite, e inseguridades; (3) intrusismo profesional; y (4) práctica en situaciones específicas: la práctica enfermera en cárceles; (5) deseo de empezar de nuevo y descubrir los beneficios al otro, de la práctica profesional. En organizaciones y estrategias se analizan: (a) las organizaciones sanitarias "no cuidadoras" versus las "organizaciones cuidadoras"; y (b) las estrategias espontáneas y altruistas de las enfermeras/os expertas. La presión asistencial es analizada desde diferentes dimensiones: (c) estructural; (d) de sufrimiento y situaciones límite; (e) inseguridades de las profesionales noveles, en la práctica asistencial.

Tabla 5. 2

Valores de las organizaciones sanitarias privadas e impacto en la práctica enfermera

Valores y rasgos	Impacto en la práctica enfermera
Mantienen valores tradicionales	Ceden a la presión de la organización en aspectos no “esenciales” del cuidar. Trabajo profesional enfermero poco valorado. Subordinación Escasa autonomía
Jerarquía de valores Se atiende a: (1)beneficios económicos (2)imagen de la institución (3)tratamiento (4)cuidado	Necesidad de realizar mayor esfuerzo para establecer la relación de ayuda
Conexión directa entre pago del servicio y nivel de exigencia. de exigencia.	Vivencia de desacuerdo y cierto conflicto que no manifiestan para no responder a este “nivel de exigencia”, de personas enfermas y familiares que no se considera razonable ni pertinente.
Escaso personal y recursos materiales; excepto cuando el cliente paga directamente el material.	Presión asistencial

Elaboración propia

Las organizaciones y estrategias de las enfermeras/os, son complejas. Las primeras experiencias vividas y compartidas por las enfermeras/os recién tituladas/os, no transcurren en contextos aislados. Inician la trayectoria profesional en el marco de instituciones con identidad narrativa. Intervienen personas con papeles distintos, pero con un objetivo común que les une (Torralba, 2002: 170). En este marco se desarrollan dos temas sobre las primeras experiencias de trabajo de las recién tituladas/os: (a) primero se comparan las organizaciones sanitarias cuidadoras y no cuidadoras; (b) y segundo se analizan las estrategias espontáneas y altruistas de las enfermeras/os expertas.

Se entiende por “organización sanitaria cuidadora” aquella cuyo objetivo es el cuidado de los seres humanos, y por tanto concibe fundamentalmente cuidar adecuadamente a sus cuidadores, creando las condiciones de posibilidad óptima para el desarrollo de esta tarea (Torralba, 2002: 169-170). Las “organizaciones sanitarias no cuidadoras” versus a las “organizaciones cuidadoras” se mantiene. En el ámbito sanitario la esencia de la organización es el cuidado de las personas. Implícitamente este cuidado se hace extensible a quienes cuidan. La reacción se desarrolla en cadena: si las instituciones sanitarias cuidan a las/os profesionales, estos ejercen su actividad con más seguridad. El grado de confianza que las personas que reciben los servicios (enfermo/paciente/cliente) depositan en los profesionales es más alto, y repercute positivamente en su recuperación. Se analiza a continuación, el grado en que las organizaciones sanitarias en Catalunya y España cuidan a sus cuidadores. Se profundiza en ello, a través de la de la trayectoria profesional inicial de enfermeras y enfermeros. La diferencia entre ser estudiante o profesional radica en la asunción de responsabilidades, aunque el intervalo de una u otra categoría sea, a veces, de horas. En este periodo inicial en el que las profesionales asumen progresivamente responsabilidad, necesitan de estrategias planificadas por la institución (Pera, 1998). Un estudio reciente sobre la instauración de un programa de acogida a profesionales de nueva incorporación, en un Hospital público, constata la reducción de los factores estresantes en estos profesionales (Ferrer, 2001: 180).

Del análisis sobre las primeras experiencias laborales de las enfermeras/os noveles, se desprende que las organizaciones sanitarias tienden a desentenderse del proceso que se realiza en la institución, para conseguir niveles de expertise profesional. Se realiza un análisis comparativo sobre las experiencias laborales de enfermeras/os en organizaciones sanitarias de Catalunya y Suiza. En el contexto asistencial catalán las personas tituladas, asumen una responsabilidad no adecuada al nivel de experiencia práctica, en ocasiones, en servicios especiales como cuidados intensivos, quirófano, y urgencias. No reciben soporte planificado, lo que provoca niveles de ansiedad altos que pueden ser evitados. Estudios recientes corroboran los datos que aporta la presente investigación. Por ejemplo, en Cantabria, la ansiedad de las personas recién tituladas, debido a la asunción de responsabilidad, es de un 75,8% de la muestra (Fernández, 2002:471). Comparado con los datos de dos hospitales en Suiza, ya en la década de los años setenta, la planificación y gestión son diferentes. La heterogeneidad radica en la percepción de las enfermeras, de sentirse cuidadas/os por la organización sanitaria. Viven de forma equilibrada el proceso inicial de incorporación al mundo laboral. En Catalunya las expresiones utilizadas en la descripción de la primera práctica profesional, es de *malestar* y *caos*. Las organizaciones públicas y privadas, coinciden en un aspecto: no cuidan suficientemente a las enfermeras recién tituladas al inicio del ejercicio profesional. Los testimonios de diversas enfermeras exponen las experiencias vividas. Esas situaciones se desarrollan por décadas. En los años setenta una enfermera expone las percepciones de inquietud ante el primer trabajo. En el mismo periodo y también en un Hospital público, una enfermera expone las percepciones del primer día de trabajo profesional: miedo, e inseguridad. Influye en el desarrollo del ejercicio profesional.

"Estuve trabajando en el X (Hospital público) haciendo unas suplencias de verano me costó mucho, me costó un poco porque es un monstruo, no sabía con quién trabajaba y encontré gente bien, maja, pero es decir, como un poco de desconfianza, aquello, no sabía estar allí" (E20)

"El primer día que lo tenías que afrontar, decir bueno, ahora lo viviré sola, yo creo que te asusta esto mismo. Entonces pues...sí que te sirve la práctica pero necesitas de otras cosas,[...] tú veías que allí pasaban cosas, incluso que tú eras capaz de resolver algunas pero no sabía muy bien porqué" (E3)

El testimonio de una enfermera, en el mismo periodo, década de los años setenta, expone que la experiencia de los primeros días de trabajo profesional, se agrava por dos factores: estar sola en una unidad de hospitalización, y el turno de noche.

"Porque claro me encontré que estaba yo sola de ATS, que en infecciosos como eran enfermos aislados tenías que hacerlo todo, las extracciones en la arteria que yo no había hecho nunca, todas las curas,[...] mi primer aterrizaje fue éste" (E4)

El primer testimonio es de un enfermero que expone la experiencia de inicio del primer trabajo. El segundo corresponde a una enfermera que narra la primera experiencia laboral, en una unidad de cuidados especiales. Le exigen un nivel de conocimientos que no corresponde con el inicio de la trayectoria profesional. Las experiencias en el primer trabajo, de estos testimonios, transcurren en la década de los años ochenta. Las dos personas narran momentos de tensión.

"Primero indefensión, con un poco de indecisión porque te ves como perdido algo que te cae, como diciendo "osti, dónde me he metido" (E18)

"Bueno, claro, entonces ya era enfermera y ya se me exigía una formación que se suponía que tenía pero que yo muchas cosas no había visto entonces" (E14)

El miedo que manifiestan las recién tituladas/ os, se agrava en el trabajo de noche. El personal es mas escaso, y no permite el soporte de una compañera/o. El testimonio de una enfermera que inicia la carrera profesional en los años noventa, en un Hospital público, en el turno de noche, expone las percepciones de impotencia y miedo. El segundo extracto de entrevista de la misma enfermera, expone las percepciones de temor, unidas al esfuerzo adaptativo que realiza, para trabajar cada día en unidades de hospitalización diferentes.

"Miedo sí, con mucho miedo [...]de el miedo de coger el vial de cuando te lo traían y mirarlo "a ver, esto lo has puesto bien, se has puesto por vía intramuscular"; el miedo éste sí. Y de estar sola, de no, de no tener otra persona, sí que tenía, había alguna auxiliar y la gente que había en la recepción" (E17)

"Comencé a hacer suplencias y aquí sí que recuerdo mucho miedo, miedo en cuanto, claro, a saber hacerlo, adaptarte al trabajo, adaptarte a los compañeros, a estar cada día en una planta diferente" (E17)

El testimonio de una enfermera recién titulada, expone la experiencia de asumir una responsabilidad no acorde con sus conocimientos: traslado en ambulancia de un enfermo grave. El periodo en que se inscribe esta situación es en la década de los años noventa.

"Hacerle un TAC y volver, ir y volver. Pero claro, a mi me dijo "aquí tienes un AMBU por si, no ha de pasar nada", digo, yo cuando me dijo lo del AMBU digo "que ha de pasar?", "no ha de pasar nada pero aquí tienes un AMBU, tú le tomas el pulso..." [...] allí no había medicaciones, no había médicos, no había nada pero me decía aquí tienes un AMBU y tú tómale el pulso. Fue horroroso, aquel viaje hasta la P. (Clínica privada)" (E13)

El testimonio de una enfermera en el año 2000, expone el miedo e inseguridad, que experimenta al iniciar su primer trabajo en una Clínica privada.

"A mi me temblaban las piernas, no sé, durante la carrera, durante las prácticas, tienes una persona que está por encima tuyo que supervisa todo tu trabajo, entonces quieras o no, si te equivocas o haces algo mal, como que esa persona te va a decir "no, así no lo hagas, hazlo de la otra manera". Entonces claro, te encuentras en la situación que ya acabas la carrera, que, a mi parecer, ya no sabía nada, se me ido todo de la mente, claro, con los líos, los nervios y todo no sabía nada, lo único que sabía era coger el bebé, y entonces claro, poco a poco ya me fui acordando de cosas, pero el primer día iba temblando por el pasillo" (E23)

A través de los diversos testimonios descritos, se muestra el nivel de ansiedad al inicio de la etapa profesional. Son experiencias que se viven tanto en el ámbito privado, como en el público. Además se mantienen sin apenas cambios en el transcurso de varias décadas estudiadas. Algunos factores aumentan la percepción negativa de la situación: (a) ser la única profesional enfermera, sin tener enfermeras/os de referencia; (b) trabajo de noche, en donde generalmente el personal es menor; (c) unidades especiales, que comportan un alto grado de especialización; y (d) cambiar de unidad, de forma habitual.

Esas diversas experiencias recogidas en Catalunya, contrastan con las vividas en Suiza por una enfermera y un enfermero. El primer trabajo es en Suiza, allí pueden constatar que la entrada de nuevas enfermeras esta planificada. La persona recién incorporada se siente bien, se siente cuidada, hecho que facilita el proceso de construcción de la experiencia práctica. El primer testimonio es el de una enfermera, que en los años setenta, inicia su trayectoria laboral en Suiza. En la década de los años setenta, la mayoría de edad de las personas es a los 21 años, y las mujeres no gozan del grado de libertad actual.

"Y me inscribí en Ginebra [...]Primero la idea era medio año, y yo no sé como fui capaz porque yo siempre he sido muy poca cosa [...] Allí se está muy bien sola, allí conocí gente, aprendí francés, ya tenía una base [...]trabajé en el Hospital C. de Suiza había allí todo un edificio para las enfermeras, desde aquí ya teníamos un contrato, es decir aquí te lo hacían fácil, te consideraban, empezaras a trabajar tal día, que cobrarías tal. El nuestro título era reconocido como enfermeras. [...]en este hospital había las enfermeras, la auxiliar, [...] había una supervisora y dos supervisoras, había allí como muchas categorías. Me pusieron en ojos, en la especialidad de ojos, en oftalmología, no sé porque razón me pusieron en oftalmología no tiene ninguna ciencia puse gotitas, ayudar al médico a abrir los ojos, sí les tenían que hacer una intervención poner una sedación antes, pero, pero no había ninguna ciencia importante, [...]tengo un buen recuerdo, era una faena muy sencilla" (E9)

Se trata de un centro que cuenta con una organización interna estructurada, para atender bien a los enfermos. El lugar de trabajo es adecuado al nivel de experiencia práctica. Se tiene en cuenta la comunicación, su lengua materna, y otros aspectos.

"Estoy aprendiendo el francés, estoy sola, estoy bien, aquí me cuidan, me encuentro bien con la gente, pues ya esta bien, que más quiero [...] A mi pues todo este tipo de pacientes...aquellos portugueses...yo llevaba este tipo, la otra llevaba gente de otra lengua. Después teníamos fiesta dos veces por semana, dos días a la semana fiesta cada semana y juntábamos cuatro y nunca había tenido problemas de decir pues bueno puedo faltar[...] En general buen recuerdo" (E9)

Otro testimonio sobre las percepciones y experiencias enfermeras en Suiza, es la de un enfermero, también en su primer trabajo, en un Hospital comarcal, al inicio de la década de los años ochenta. Expresa el nivel organizativo de las instituciones sanitarias.

"Fui a parar a un hospital comarcal pequeñito, [...]las funciones de enfermería por ejemplo hacían turnos de enfermería pero al mediodía sólo había una enfermera que se encargaba de todo, tenían todo mucho más protocolizado, te estoy hablando de los años 84 aproximadamente, hacían servir el Cardex [...] estaba todo mucho más protocolizado en el sentido de que la intervención quirúrgica el primer día se hizo esto lo que estamos haciendo ahora en trayectoria clínicos, esto ya lo tenían hecho [...]más medios técnicos, más medios humanos [...]Habían enfermos de cirugía, estuve en servicios de ginecología que a mi me sorprendió por mi educación si quieres pero bueno, [...]aquí estaba prohibido, sabes aquello que lo noté, había una serie de cosas también, [...]vas viendo otro sistema de financiación y otro sistema de organización. Entonces una posterior visita a Suiza y esto me estoy remontando ya a los años 90, ya fui también con la idea de visitar y ver un poco más, yo me acuerdo también pues como va la arquitectura hospitalaria diferente de aquí, medios materiales mucho más, trabajaban con planes de cuidado personal quiero decir, es otra organización" (E21)

Desde la perspectiva actual, el testimonio describe la práctica enfermera en un pequeño Hospital Suizo. Destaca la organización y estructuración del trabajo profesional. Le sorprende que pueda cuidar a las mujeres, en ginecología. Campo reservado a las enfermeras, en España de los años ochenta. Su estancia es corta, tres meses, dado que es un Hospital pequeño, y quiere conocer otras prácticas profesionales.

La *Tabla 5.3* muestra la repercusión e impacto para las enfermeras/os, el trabajo en las organizaciones sanitarias consideradas "cuidadoras" versus las "no cuidadoras". Se constata que las "organizaciones sanitarias no cuidadoras", son las organizaciones que mas contratos precarios ofrecen a las enfermeras/os noveles. Se mantienen la orientación en valores materialistas, de las organizaciones sanitarias, frente a valores de carácter posmaterialista de las enfermeras/os noveles. Provoca en ellas/os manifestaciones de inseguridad, temor, impotencia. Son situaciones que pueden y deben ser cambiadas si se desea una mejora y avance. Las organizaciones sanitarias deberían implementar estrategias que faciliten la asunción progresiva de responsabilidad de las enfermeras/os noveles. Ellas son las futuras/os enfermeras/os expertas, en las que descasaran los cuidados a las personas, en un futuro inmediato. Las estrategias podrían orientarse hacia programas de acogida; programas de asesoramiento; buena planificación de cargas de trabajo. Los *programas de acogida* puede implementarlos enfermeras/os expertas de la misma organización. Los *programas de asesoramiento* consisten en reconocer el trabajo que están realizando las enfermeras/os expertas. Los valores profesionales de las enfermeras/os expertas, fundamentan sus conductas profesionales. Otro aspecto analizado es el trabajo enfermero en distintas unidades, sin ubicación fija. Este tipo de trabajo, por la responsabilidad que comporta, ha de ser realizado por enfermeras/os expertas, si se quieren ofrecer cuidados de calidad. Además de que la

Tabla 5.3
**Impacto para las enfermeras/os de las organizaciones sanitarias
 “cuidadoras” versus “no cuidadoras”**

“Organizaciones sanitarias no cuidadoras”	“Organizaciones sanitarias cuidadoras”
<p>Transmiten inseguridades a las enfermeras/os recién tituladas en el primer trabajo asistencial</p> <p>Percepciones/expresiones presentes en las enfermeras/os: ansiedad, miedo, malestar caos, indecisión, impotencia</p> <p>Factores que agravan las percepciones negativas: Ser la única profesional enfermera. Trabajo de noche Trabajo en unidades especiales Cambios de unidad</p>	<p>Transmiten confianza a las enfermeras/os recién tituladas/os en el primer trabajo asistencial</p> <p>Percepciones/expresiones de las enfermeras/os: confianza, equilibrio consideración, facilidad en la comunicación.</p> <p>Factores facilitadores que se perciben como positivos: Asesoramiento experto de colegas Planificación cargas de trabajo Planes de cuidado personalizados Disponibilidad de recursos</p>

Elaboración propia

dificultad y responsabilidad en la práctica enfermera, ha de ir acompañada de una retribución adecuada lo que por el momento no parece que sea el caso.

Las estrategias espontáneas y altruistas de las enfermeras/os expertas, consiguen amortiguar las experiencias negativas que viven las enfermeras/os al iniciar la trayectoria profesional. Las organizaciones sanitarias en Catalunya y España no planifican la admisión de las personas recién tituladas. Las experiencias negativas que estas enfermeras/os viven, quedan en la memoria de sus protagonistas. La insuficiente organización se suple de forma espontánea por las enfermeras/os. Para ello utilizan diversas estrategias de ayuda. Estas habilidades que desarrollan son una expresión más del cuidar, interiorizado, consolidado, y practicado por las profesionales enfermeras/os. Son estrategias mantenidas a lo largo de los años y que permanecen estables.

Los aspectos mas relevantes son: (1) *la motivación* de las enfermeras/os expertas para ayudar a las enfermeras/os noveles, que se relaciona con: (a) el recuerdo vivido; (b) la manifestación altruista; y (c) el buen ambiente de trabajo. (2) *Los rasgos de la ayuda* que ofrecen las enfermeras/os expertas, a las enfermeras/os noveles son: (d) siempre están dispuestas; (e) perciben en la enfermera/o novel la necesidad de ayuda; y (f) muestran perseverancia en el asesoramiento. (3) *Las estrategias* que los centros sanitarios realizan en la incorporación de enfermeras noveles les reportan beneficios económicos. Finalmente (4) las enfermeras/os noveles reconocen que *aprenden de otras personas* que trabajan en la categoría laboral de auxiliares de enfermería.

El recuerdo vivido de una situación similar, es una fuerte motivación de la enfermera/o experta, para ayudar a un compañero/a recién titulado. La ayuda se centra especialmente en la técnica. El testimonio de una enfermera expone y reflexiona sobre la ayuda a otro profesional, en la misma situación. La experiencia transcurre en una Clínica privada en la década del año 2000.

"El hecho de haber encontrado, de haberte encontrado en esa situación pues te hace el que luego te hagas una piña porque si te han ayudado luego tú ayudas, entonces como un poco una cadena, A ti te han ayudado tú ayudas.....pues porque tú sabes como te has encontrado en ese momento entonces, quieras o no, todos hemos vivido más o menos la misma situación" (E23)

El altruismo es un valor contenido en la práctica profesional. Se manifiesta en la enfermera/o experta, cuando ayuda a la persona recién titulada. En la década de los años setenta, una enfermera expone la ayuda que le proporcionó una compañera en la incorporación al primer trabajo.

"Me encontré una enfermera muy maja que me dijo "tú no te apures, tú si algún, alguna vez tienes algún problema me lo dices" y, no sé, es decir, te cuesta y bueno, y te enfrentas, incluso en cirugía me estuve en trauma también y veo la gente muy maja" (E20)

El buen ambiente en el trabajo, influye y motiva en la ayuda a las enfermeras/os recién tituladas/os. El testimonio de una enfermera expone la ayuda que le ofrecen sus compañeras en el primer trabajo, en una Hospital público, en la década de los años noventa. La buena relación que hay en el servicio favorece que las enfermeras/os organicen la incorporación de recién tituladas.

"Cuando la enfermera se enteró que había pedido estas suplencias, se portó requetebién, me cogió "¿qué haces aquí? Me dijo: "no me vas a soltar ni para ir al water, vendrás conmigo a todos los sitios, [...] la mi me cogió y yo encantada [...] allí ya intentaba que fuese una suplente con una fija, [...] una había cuatro quirófanos, con una zona central que era zona limpia y había mucha piña, o sea, estás continuamente" (con alguien) (E13)

El buen ambiente laboral, no solo repercute en la incorporación de las personas recién tituladas, si no que también favorece la práctica profesional. Las enfermeras/os noveles, creen que el buen clima laboral, esta favorecido por la edad similar del equipo de trabajo. Esta situación es percibida con más intensidad por personas jóvenes, sus valores profesionales y personales coinciden con el resto del equipo. Prima el trabajo en equipo, por encima del orden jerárquico establecido. Estudios recientes sobre estrés laboral en enfermeras/os, muestran el impacto del ambiente de trabajo negativo. No esta suficientemente estudiada la repercusión en las relaciones de equipo, de la edad de los profesionales (Tomás Sabado, 2002; Carmona Monge, 2002; Cabanas Polo, 2002). Diversos testimonios de enfermeras/os ilustran el tema. Los testimonios de tres enfermeras, exponen situaciones vividas al inicio de sus trayectorias profesionales. Corresponden a tres décadas: los años ochenta, noventa y dos mil correlativamente. Las dos primeras experiencias las viven en Hospitales públicos y la tercera en una Clínica privada.

"Y había gente que me gustaba pues porque me sentía que me cuidaban, [...] puede ser coincidimos todos que éramos un grupo de gente más o menos de la misma edad, más o menos que en la vida eran más o menos igual, o recién aparejados o con pareja pero sin criaturas o con criaturas muy pequeñas, quiero decir, no había grandes diferencias [...] tuvimos mucha suerte porque fue un ambiente que trabajamos muy a gusto" (E1)

"Siempre tienes alguien bien cerca que te puede ayudar, siempre, o sea no tenía miedo de coordinar ni de instrumentar un poco más porque claro, a ver, el tema relación médicos enfermeras aquí era, era muy bueno porque es un hospital que se ve que empezaron todos pues muy jóvenes, muy jóvenes con veinte años" (E13)

El testimonio de una enfermera, que trabaja en una Clínica privada, relaciona el buen ambiente que vive, con la edad, y el tiempo similar que llevan trabajando.

"Los compañeros de allí de noche somos todos bastante piña, nos ayudamos mucho unos a otros, [...] como somos gente que llevamos poco tiempo allí quieras o no todavía no existe el decir "tú tu trabajo y yo el mío, que yo bastante faena tengo con el mío" si no que es más ayudar. Y equipo, mucho equipo" (E23)

Generalmente las enfermeras/os expertas siempre están dispuestas a ayudar a las enfermeras/os noveles. En los diferentes ámbitos: público, y privado, se mantiene en el transcurso de los años, la misma reacción de ayuda de las enfermeras/os expertas. Se trata de estrategias no planificadas, espontáneas, y altruistas. Tienen en común que sirven de ayuda, son efectivas, y permanecen en la memoria de las personas que viven esta situación. El testimonio de dos enfermeras, que inician su trayectoria profesional en la década de los años setenta, recuerdan la ayuda que reciben de compañeras/os de trabajo.

"De colaborar, claro, y de ayudar [...] la verdad es que me ayudaba mucho, yo "mira, por favor tal", que tampoco era una cosa de correr si no decir mira

tengo que sacar, tengo una extracción bueno, pues yo ahora cuando pueda vengo. Entonces cuando ya tenía los suyos arreglados claro, la primera vez lo hizo él, la segunda vez lo hice yo con la supervisión de él y la tercera vez pues ya aprendes" (E4)

"Muy buena, ya saben que cuando tú no podías ir a cogerle, cuando ya te desesperabas [...] entonces siempre pues había un compañero, una compañera siempre venía o... quiero decir yo la relación con aquellas dos compañeras me acuerdo perfectamente y muy bien" (E3)

A principios del año 2000, el testimonio de una enfermera expone la ayuda recibida de forma altruista por sus compañeras.

"A la hora de poner una vía, claro, yo había practicado con personas adultas no con bebés, las compañeras me han ayudado mucho" (E10)

Las enfermeras/os expertas perciben la necesidad de ayuda de la persona recién titulada. Esta ayuda se manifiesta esencial cuando la enfermera novel, empieza a trabajar en un servicio especial, como Cuidados Intensivos. Estas unidades requieren de unos conocimientos enfermeros especializados y experiencia práctica, para ofrecer una asistencia correcta. El testimonio de una enfermera, describe la situación real de la nueva titulada. El desconocimiento práctico, agravado por el servicio especial en que trabaja, es superado por la ayuda que recibe del equipo. La situación se sitúa a finales de la década de los años setenta.

"Después en X (Hospital público) un compañerismo y una ayuda muy importante, mucho porque yo continuaba con faltas de formación evidentemente como te he explicado y trabajé con dos enfermeras, que al revés, que venían de cuidados intensivos y que, sobretodo una, [...] sabía que se tenía que hacer, el porqué, el cómo, o sea, era una enfermera como dios manda por decir de alguna manera, yo era media, era sólo un trocito, [...] también mucho compañerismo, y después también nos ayudaban muchísimo pues con este aspecto más emocional, con los enfermos, [...] tú no sabías cuanto le costaba al enfermo, [...] o hablar con el familiar o decir pues bueno tú ves a hablar con el familiar y yo ayudo[...] como camadería, pienso que fue muy importante" (E1)

La perseverancia en el asesoramiento de las enfermeras/os expertas, a las recién tituladas /os, es un rasgo fundamental. Aspectos relacionados con el trabajo precario: horarios imposibles que provocan aumento de tensión, que se añade a la sufrida por el hecho de ser enfermeras noveles. El testimonio de una enfermera reconoce la ayuda de un compañero, que de forma totalmente voluntaria, va enseñándole una y otra vez. Al mismo tiempo se aprecia el impacto de la provisionalidad del lugar de trabajo, y el mal horario establecido, de las dos horas de la madrugada a las ocho horas. El contexto de la situación es en una Clínica privada a inicios del año 2000.

"La verdad es que le tengo mucho que agradecer[...] gracias a Dios me ha tocado con una persona que le gusta enseñar y que estaba acostumbrado porque lo que era mi puesto...había rodado por muchas personas, claro, era una reducción de a las 2 de la mañana hasta las 8 de la mañana, y como que la gente no se acostumbraba" (E23)

Las estrategias que los centros sanitarios incorporan, en la contratación de enfermeras/os recién tituladas/os, les reportan beneficios económicos. Son prácticas con las que se inician las enfermeras/os noveles. Se incorporan al lugar de trabajo, unos días o semanas antes de firmar

el contrato, con el objetivo de conocer el ejercicio profesional específico que se realiza en un centro concreto. Las enfermeras noveles aunque no obtienen retribución económica, consiguen seguridad. Lo que se inicia como una cierta estrategia útil de “toma de contacto” y posicionamiento durante un o dos días, o una o dos semanas, se convierte en una práctica obligatoria que puede prolongarse varias semanas. Parece inadmisibles y se añade a las condiciones de precariedad que deberían ser erradicadas. Algunos centros sanitarios, en la actualidad, incorporan esta estrategia. Es obligatoria para la enfermera novel, y el centro se beneficia económicamente, es una doble explotación. El testimonio de una enfermera expone que utiliza esta estrategia, de forma voluntaria, antes del trabajo retribuido.

“Les pedí que antes de empezar a trabajar pues ir unos días por la mañana para ver que pasaba. Y entonces [...] me ayudaron muchísimo porque además una de ellas, Ana que estaba haciendo y ya hacía tercero con lo cual sabía más que yo de aquella unidad porque ella trabajaba de auxiliar en aquella unidad [...] tanto ellas como los de la unidad de al lado” (E4)

Las enfermeras/os recién tituladas reconocen que aprenden de las auxiliares de enfermería, quienes a través de la práctica, han adquirido la habilidad que les falta a las enfermeras/os recién tituladas, con conocimientos teóricos pero sin habilidad práctica. El primer testimonio, que ilustra el tema, es el de una enfermera que empieza a trabajar en un Hospital privado. El segundo extracto de entrevista corresponde a un enfermero que empieza a trabajar en un servicio especial de un Hospital público, en la década de los años ochenta.

“También he aprendido mucho, de muchas auxiliares, también lo tengo que decir, que he aprendido mucho porque al principio ellas te enseñan, te pueden enseñar muchas cosas” (E17)

“En UCI sí, intensivos post-operatorio con un enfermo, pero bueno era una, era yo de responsable y una auxiliar, lo que pasa es que la auxiliar llevaba doce años allí en una UCI, con lo cual si tenía alguna duda yo lo tenía muy claro que iba a preguntar a ella [...] me ayudaron más de la cuenta, ya te digo” (E18)

Otros testimonios constatan que no siempre se encuentra a compañeras/os dispuestas a ayudar a las recién tituladas. La situación que narra se produce en un Hospital privado en la década de los años noventa.

“Siempre te encuentras con alguna persona pues que bueno, tú a tu trabajo, yo a la mía y que bueno, al principio no lo haces todo bien, te equivocas como todo el mundo y la persona que a lo mejor lo entiende más y la persona que esta es la novata, y...no te tratan muy bien” (E17)

Hay que señalar que no siempre el trato y estrategias altruistas de apoyo de las compañeras/os de trabajo, son experiencias positivas para la profesional novel. En un colectivo tan numeroso como el de enfermeras/os, también se viven situaciones en las que las enfermeras/os noveles, no se sienten acompañadas/os ni por la institución, ni por sus compañeras/os de profesión.

La *Tabla 5.4* muestra las estrategias de asesoramiento de las enfermeras/os expertas. Queda patente el esfuerzo totalmente voluntario que las enfermeras/os hacen para ubicar, enseñar, y cuidar a sus compañeras/os noveles. Es un trabajo importante pero al mismo tiempo “invisible”, sin ningún reconocimiento ni apoyo. Solo es reconocido por las enfermeras/os, al recordar las experiencias que han vivido en la etapa profesional inicial. Esta aportación individual y voluntarista, es “la principal responsable” de que, en general, las enfermeras/os

noveles se sientan cuidadas/os, acompañadas y orientadas. Para poder atender bien, las enfermeras/os necesitan sentirse arropadas, de una manera especial e intensa en la primera etapa profesional. Las organizaciones sanitarias, con poder de decisión para cambiar sus políticas, son las últimas responsables de humanizar la asistencia. Lo que por el momento sigue siendo una asignatura pendiente, y que políticamente ni es percibido de esa forma por quien debería iniciar un giro radical en ese ámbito.

La presión asistencial: estructural, de situaciones límite e inseguridades son analizadas en el presente apartado. Los factores estructurales aumentan la presión asistencial que viven las enfermeras/os recién tituladas/os. La nueva situación de principiantes, de las enfermeras/os noveles, que genera presión, se une a la presión asistencial real de los centros sanitarios. La presión por tanto, no solamente viene determinada por la inexperiencia, si no por varios factores: Se identifican al menos seis: (a) la escasez de personal en relación al excesivo trabajo asistencial, es la situación que se da con más frecuencia en las organizaciones sanitarias privadas y en alguna unidad de Hospitales públicos. Otros factores que influyen y aumentan la presión en la práctica son: (b) la falta de compañerismo; (c) la inexperiencia del trabajo asistencial en unidades especiales que requieren conocimientos especializados; (d) el trabajo de noche; (e) las deficiencias estructurales y de recursos; y (f) el trabajo enfermero diario en distintas unidades asistenciales.

El escaso personal enfermero repercute en la práctica, ya que atienden y son responsables, de un número mayor de personas enfermas. Los testimonios de dos enfermeras expresan la presión asistencial a que están sometidas, por el escaso personal. El primer testimonio es el de una enfermera, que trabaja en una Clínica privada, en el año 2000, refiere la presión por exceso de trabajo. El segundo testimonio ofrece datos objetivos de “carga de trabajo”, en una Clínica privada, en la década de los años ochenta.

“Lo que pasa es que tenemos muchos niños en neonatos para 2 enfermeros que somos, hemos llegado a tener 16 neonatos, no todos son de UCI, pero con que sólo tengan 3 intubados ya todos los demás como que se te quedan un poco descolgados, [...] entonces eso los padres normalmente allí son bastante exigentes, son "yo cojo al niño y quiero que me lo pesen ahora que para eso estoy yo aquí", entonces hay un poco...hay de los 2 extremos, gracias a Dios, hay más padres menos exigentes” (E23)

“Es una sala de medicina interna, con 35 camas, una sola enfermera y dos auxiliares que llevaban muchísimos años trabajando allí, con muchísimos vicios adquiridos y con muchísimas limitaciones” (E19)

La sobrecarga laboral no es actual, en la década de los años setenta, diversos testimonios revelan la presión en el trabajo, por esta causa. Los testimonios de dos enfermeras, en la década de los años setenta, describen la presión asistencial que aumenta, en Hospitales públicos. La sobrecarga de trabajo deteriora el ambiente laboral. Va en detrimento de la calidad de la asistencia.

“No daba tiempo porque en aquella época piensa que en pediatría, [...] y en aquella época llevaban veintidós lactantes la enfermera, de los cuales muchas veces todos llevaban máquinas. Exacto, la parte humana estaba siempre y, claro, [...] entonces todos tenían vidrios, y tú estabas trabajando en un box y veías que pasaban de uno a otro pero claro, tenías que salir y entrar, y me acuerdo una día un niño que estaba mordiendo a otro, que llegué y ya le había pegado el mordisco

Tabla 5.4
Estrategias de asesoramiento de enfermeras/os expertas.

Motivaciones para poner en práctica las estrategias	Características de las estrategias	Rasgos/valores que incorporan al comportamiento
Recuerdo vivido	Siempre a punto para ayudar	Altruista
Altruismo	Perciben la necesidad de ayuda a otro.	Espontáneo
Buen ambiente laboral	Perseverancia en el asesoramiento	No reconocimiento
		Voluntarista

Elaboración propia

había cosas de aquellas inevitables, [...]les que había tal exceso de pacientes que recuerdo que los boxes que lo normal hubiera sido que hubieran cabido siete, ocho yo recuerdo diez y once" (E3)

"Había una relación muy de compañerismo pero [...] las cosas hubo un momento que cambiaron... Claro, es que a medida, más que cambiaron es que claro cada vez el número de visitas había aumentado y seguíamos siendo el mismo personal , [...]los primeros roces fueron más que con los médicos con los mandos intermedios porque queríamos más personal" (E2)

La falta de compañerismo se expresa con indiferencia, o bien desconsideración manifiesto. El testimonio de una enfermera, expone que al principio de la trayectoria profesional, trabaja en un Hospital privado, en el año 2000. Recuerda la presión por exceso de trabajo y la indiferencia de sus compañeras/os.

"Situaciones de mucho trabajo de sobrecarga de trabajo y mucha medicación y que puede ser que al principio vas muy lenta, te lo vas a mirar todo más, y que, y que llega un, ves que llega la hora y que ni bajaba a cenar, días que lo doblaba, que trabajaba catorce horas y que a lo mejor eran las diez de la noche y no había cenado porque prefería no cenar, bajar a cenar que tenerlo todo un poco controlado, y poder ir escribiendo [...]Tampoco se preocupaban mucho. Puede ser no se enteraban, no sé, ahora no me acuerdo" (E17)

La presión asistencial aumenta ante la gravedad de las personas enfermas y la atención especial que requieren. La tensión a que están sometidas/os en determinados servicios especiales, como urgencias, repercute negativamente en las relaciones laborales, y personales que se establecen entre el equipo asistencial. La manifestación de estrés laboral de algún miembro del equipo, la soportan las enfermeras/os recién tituladas/os. Sufren, por ser las más vulnerables, el despotismo de una compañera/o. El testimonio de una enfermera expone la situación de presión que vive en un Hospital público. Dos factores juntos: el despotismo de una compañera y la presión del servicio especial. Los hechos pasan en la década de los años noventa.

"En urgencias estaba más o menos bien porque el equipo de enfermería [...] fue un equipo bastante "heavy", bastante duro, fue duro porque ya de entrada me preguntaban "ah, una suplencia de una año", yo estaba muy contenta, [...]era el turno malo, "¿y qué quiere decir esto de malo?", "ah, ya verás, ya lo verás" y claro, realmente la bienvenida fue bastante, bastante durilla. [...]eran tres, enfermeras y una auxiliar y un camillero, la que llevaba un poco la voz de mando me preguntó "¿tú ya has estado aquí?" y yo también dije poco para que no esperase mucho, pensé, prefiero que luego ella se llevara la sorpresa y pensara a pues sí, funciona. Y ya...haciendo... o sea en la bienvenida hizo "tse", eso de pues vaya, otra que no tiene ni idea" (E13)

El trabajo de noche es otro factor que influye, es un factor añadido a la inexperiencia de la enfermera/o recién titulada. El testimonio de una enfermera que empieza en el turno de noche expone sobre el tema.

"Me acuerdo que empecé de noche, la primera, el primer día que fui a trabajar fui de noche, que yo no había trabajado de noche nunca, estuve trabajando un fin de semana de noche en, medicina y...bueno, de la época de las primeras suplencias tuve experiencias de todo, más agradables y...menos agradables en cuanto te encuentras personas que te ayudan más y personas que no te ayudan" (E17)

Las deficiencias estructurales, y de recursos aumentan la presión asistencial. El testimonio de una enfermera expone la situación caótica que vive en un Hospital público, en la década de los años setenta. Escasos recursos materiales y deficiencias arquitectónicas graves, aumentan la presión en la asistencia.

"Lo que recuerdo es muchísima presión asistencial, malas condiciones [...]por ejemplo en urgencias y no tener camillas, no enfermos, quiero decir la presión era muy importante, [...] y trauma sin urgencias, entonces estando yo en urgencias de trauma inauguraron las urgencias, que como lo hicieron también sin contar con nadie, pues por ejemplo lo que era donde tú recibías, porque claro había unos boxes [...]entonces en aquel pre-quirófano cuando tú metías el politraumatizado, el carro de anestesia, el de rayos X y no sé qué, teníamos que estar con las puertas abiertas porque no cabíamos y con la pega que estas puertas daban a un pasillo que el pasillo estaban al lado de calle, con lo cual la familia estaban en la calle intentando hacer presión, [...]en un sitio como éste que se tenía que enchufar todo habían 2 enchufes" (E3)

La presión asistencial que genera el trabajo, en una unidad diferente cada día, es intensa. A esta situación se añade la inexperiencia de las enfermeras/os recién tituladas. No pueden asumir la diversidad de situaciones que presentan los enfermos, la diferente forma de trabajar de los equipos asistenciales, y los cambios estructurales. La enfermeras/os trabajan con una presión asistencial extrema. Sin reconocimiento ni de tipo económico, ni personal, mas bien indiferencia. El testimonio de una enfermera expone como vive esta situación cuando empieza a trabajar en un Hospital público al final la década de los años ochenta

"Muy estresada me encontré dentro, muy estresada, piensa que estás cada día en un sitio diferente, no tienes tiempo de ubicarte en los sitios, en las salas con lo cual estás todo el día preguntando "oye, dónde está esto, dónde esta lo otro" porque allí vas un día y al día siguiente no vuelves, hasta que ya no coges la rutina más o menos de que has ido varias veces al mismo sitio pues es como empezar cada día en un sitio [...] Luego hay gente que te recibe muy bien y gente que te recibe muy mal, entonces había unos servicios que están marcados digamos a fuego, que todo el mundo teme, teme a horrores ir a allí [...] entonces si te mandan allí ya sabes que vas a sufrir durante 7 horas pero no hay más remedio" (E19)

Las situaciones de sufrimiento, situaciones límite a las que se enfrentan las enfermeras/os noveles, en la práctica profesional aumentan la presión asistencial. Las vivencias en contextos límite, por profesionales recién titulados, provocan reflexión, y análisis de los hechos. Retienen en su memoria los acontecimientos y las percepciones de: (a) impotencia; (b) de huida para no producir dolor; (c) inseguridad y miedo hacer daño; y (d) perplejidad. Situaciones vividas con sufrimiento, por el sufrimiento del otro. Son experiencias de compasión, que consisten en percibir como propio el sufrimiento ajeno (Torralba, 2002: 88). Aunque no es una compasión totalmente dinámica, ya que las enfermeras/os, al inicio del ejercicio profesional, tienen escasos instrumentos y formación para hacer frente a situaciones límite. Son realidades y experiencias vividas en una etapa profesional, en donde la inexperiencia provoca prudencia, sin un posicionamiento ético definido. Diversos testimonios de enfermeras/os recuerdan con detalle situaciones límite, y expresan la reflexión de los hechos, desde la perspectiva actual. La percepción de impotencia es expresada por una enfermera que trabaja en una unidad de quemados, de un Hospital público, en la década de los años ochenta, es ilustrativa al respecto. Refiere la situación de una persona con sufrimiento límite, que la ciencia no puede aliviar. Provoca la reflexión sobre la eutanasia.

"Recuerdo otra vez que para mi fue, [...]un chico que se quemó porque estaba en un barco y el barco a explotar era un petrolero y él se tiró al agua pensando que se salvaría y el agua estaba hirviendo, [...]fue la primera vez que me planteé la ayuda a morir, en serio, porque aquel chico estaba completamente quemado de cabeza a pies,[...] y con un sufrimiento enorme, y nada más te decía señorita porque le mojabas los labios pero no podías hacer absolutamente nada más por él, y claro aquella tentación de ponerle algo para que muriese, ayudarlo a morir yo fue la primera vez y la más fuerte que la he sentido, y a veces todavía me arrepiento de no haberlo hecho todavía hace, después de quince o veinte años, madre de Dios; porque duró dos días más, y fue espantoso, porque no había manera, no tenía vías, no se le podía hacer absolutamente nada" (E1)

Las percepciones de huida, para no hacer daño en la aplicación de técnicas, están en la memoria de enfermeras/os. Las técnicas analgésicas en la actualidad, evolucionan. Pero en la década de los años setenta, no pueden evitar el dolor que producen determinados procedimientos terapéuticos. El testimonio de una enfermera, expone que en los primeros años de ejercicio profesional, vive situaciones de sufrimiento extremo en niños, que presentan quemaduras en parte de su cuerpo. Aunque sabe que ha de curar las heridas, y este procedimiento causa dolor, retrasa la cura programada. Son situaciones en las que el cuidador se culpabiliza a si mismo, precisamente por la impotencia que le provoca el sufrimiento ajeno que causa.

"Era terrible y cuando a mí castigo, se puede decir castigo, lo peor, lo que más me costaba lo que dejaba, era la cura de los quemados,[...] porque era durísimo para la enfermera allí y para el enfermo,[...] recuerdo por el sufrimiento que creaba en aquella situación, el niño y yo, era un sufrimiento que no le podías ahorrar nada, [...] Íbamos a lo vivo. [...]tenía la sensación que les hacíamos mucho daño [...] una sonda es un segundo pero aquello era largo, gritos, una sensación del grito del niño " ay, basta y[...] Y que todo era culpa de que alguien no la había vigilado, una madre. Situaciones muy duras [...]alguno se había sentado en una paella de aceite caliente, el otro se había metido en la bañera, la madre sin vigilar y el otro [...]un minipimer en la boca [...] curarlos se me hacía muy duro [...] me preocupaban mucho, claro que se tenían que hacer e inevitablemente no podía dejar de hacerlo pero en algún momento hubiera hecho incluso hacer trampa, decir que lo había hecho, aquello que tienes tentaciones de decir mira hice tal hecho o mira decir he olvidado pero claro, suerte que tenemos cabeza y el niño no se lo merece, si no...." (E9)

La percepción de inseguridad, y hacer daño, en la práctica profesional, es habitual en personas recién tituladas. Esta percepción se vive con sufrimiento si se añade la sensación de producir dolor a la persona enferma, en la aplicación de técnicas. Las experiencias de sufrimiento, inquietud, impotencia, de las profesionales son mas intensas cuando mas vulnerable es la persona atendida. El cuidado de personas con alto grado de vulnerabilidad, agudiza también los rasgos propios de la escasa experiencia práctica de las enfermeras/os noveles. Percepciones de inseguridad, de temor, de no ser útiles, de hacer daño. Factores que están descritos en la relación terapéutica que establecen los/as profesionales sanitarios, pero que son más acentuados al inicio de la práctica enfermera (Tizón, 1988: 24-53). El testimonio de una enfermera expone la situación que vive, de inseguridad y sufrimiento, relacionados con la vulnerabilidad de las niñas/os que atiende. Se agrava por la falta de recursos materiales, no desechables. Todo ello junto a la escasa experiencia profesional en la década de los años setenta. Son experiencias que al acumularse pueden ser altamente perjudiciales, nocivas, y angustiantes para las enfermeras/os. El testimonio lo constata ampliamente.

"Recuerdo una época de mucho trabajo, de mucho sufrimiento porque yo por la noche soñaba, a aquel le habré puesto [...] eran unos niños que llevaban unas listas de medicación que había a veces que se ponía bastante medicación intramuscular, claro, en unos culitos que apenas se veían, diez centímetros porque claro a veces era tal cantidad de penicilina que cuando pinchabas es que ya no sabías cómo hacerlo... Jeringuillas de vidrio [...] las agujas se despuntaban... Y las jeringuillas se atascaban [...] además las tenías que cocer cada día, después ponerlas en alcohol, limpiar y sacar el alcohol porque tampoco se podía tirar todo cada día" (E3)

La percepción de perplejidad, ante situaciones límite son vividas por primera vez por enfermeras/ os recién tituladas. El testimonio de un enfermero, en sus primeros años de práctica clínica, en el extranjero; expone la perplejidad e impotencia, que vive ante una situación. La inexperiencia y la condición de extranjero, hace que en aquellos momentos no tome posición ante una situación éticamente compleja.

"Me acuerdo de un enfermo que hizo un intento de auto lisis que era médico, que los médicos respetaron su decisión y no se hizo nada, se le dejó dormir, tranquilamente se iba despertando y qué tal, y esto es, lo aceptaron plenamente. [...] Pero a ver, éste, éste médico era un médico que se quiso matar y le dejaron, o sea respetaron su decisión de morir [...] al cabo de... llevo 20 años de ejercicio profesional seguro que he visto muchos enfermos, no sé cuántos un día los conté el cálculo de puede ser y he visto 25.000 enfermos [...] pero me sorprendió el hecho, claro, la situación que se plantea con otra manera con este señor en concreto, supongo que era una decisión personal porque... y de ponerse fin a la vida por lo que sea, y los otros desde esta óptica lo respetaron es decir ni lavado gástrico ni carbón activo y venga, y despierta, no, la guardia, los temas de los horarios que duró este señor fue una cosa de... de vigilar, estaba vigilia, no estaba vigilia y punto y se murió" (E21)

Cuidar en situaciones límite, como las expuestas, de personas con múltiples dimensiones y vivencias, es difícil, requiere saber. Este saber se adquiere a través de la práctica, reflexión y estudio de las situaciones vividas. Requiere trabajo y reflexión ética individual y de equipo. Las enfermeras/os en los primeros años de ejercicio profesional, necesitan de profesionales expertas/os, que actúan como referentes. El peligro de las enfermeras/os, especialmente las noveles, de no poder elaborar esas situaciones, que si son frecuentes pueden provocar estrés y ansiedad. Si las instituciones no ponen ningún medio frente algunas situaciones penosas para su personal, es un ejemplo más de violencia institucional. Estos aspectos son esenciales en el trabajo profesional enfermero, y requieren ser investigadas en profundidad.

La inseguridad de las enfermeras/os, al inicio de la trayectoria profesional, se muestra mas intensa, en la relación que establecen con los familiares de las personas enfermas. Las enfermeras/os noveles durante el ejercicio profesional, se sienten presionadas por la presencia de los familiares, en especial en el ámbito hospitalario. Perciben a la familia como un elemento más de estrés. La propia inexperiencia, en los primeros años de práctica asistencial, hace que la presencia de familiares sea interpretada como fiscalizadora, especialmente en procedimientos complejos. Los testimonios de tres enfermeras, tienen en común el cuidado de niños/as, en los primeros años de trabajo profesional. Exponen experiencias que viven a través de su relación con los padres. El primer testimonio es una enfermera, que ejerce en la unidad de urgencias de un Hospital público. Los hechos ocurren a finales de la década de los años setenta.

"De noche no había nada de eso dentro del servicio entonces era sencillo, al no tener los padres pues tú no dejabas a los niños y no tenías problema, en realidad, los problemas es más cuando estás en urgencias por ejemplo, que ya intervienen los padres,[...] al tratarlos es más difícil el tratar a los padres que a los niños, [...]pues era más difícil estar allí con la madre que estar sin ella. Me acuerdo por ejemplo de una situación que vino una madre con un niño, con un...llevaba una válvula, [...]tuve un enfrentamiento de la madre porque, bueno, estaba haciendo lo que en aquel momento creía que tenía hacer. Y me dijo:"usted, ojalá usted cuando se quede embarazada y tenga un niño le salga así. Y eso me acuerdo que me lo dijo cuando era super joven, igual tenía, no sé si haría, hacia poco tiempo que había acabado, [...]me quedé tan parada[...]eso pues claro te impacta" (E2)

El segundo testimonio corresponde a una enfermera que trabaja en una unidad de pediatría de un Hospital público. Expone la percepción de presión asistencial que le produce la presencia de los padres detrás de los cristales. Los hechos ocurren en la década de los años setenta.

"Los padres, en general los padres los iban viéndolos a través de vidrios, a parte había esta característica que de tres a cinco que creo que era la hora de la visita tú no podías hacer nada, lo único ir cambiando en la primera fila a los niños que claro, ellos lo venía todo y no podía correr las cortinas porque solo tenían dos horas, y recuerdo que era una presión asistencial brutal" (E3)

El tercer testimonio es una enfermera que reconoce abiertamente la presión, y la percepción de fiscalización y control que le produce cuidar a los niños/as, con los padres delante. La situación se desarrolla en un Hospital público de atención infantil.

"Yo trabajaba mejor sola que no con padres, sobretodo al principio. Yo recuerdo haber puesto suero, pinchar y sí yo cuando estaba sola con la enfermera decía sí pudiéramos sacar a los padres yo me sentiría más libre porque los padres quieras o no te achuchan un poco, te obligan a hacerlo perfecto, entonces, claro, sí que quieres pero no siempre es perfecto" (E9)

La presencia de la familia es fundamental en el cuidar. La persona enferma necesita de presencias cotidianas y conocidas (Torralla, 1988: 328). En la planificación de cuidados, las enfermeras/os han de ser sensibles a la realidad de la persona y su entorno. Incluir a la familia en la práctica cuidadora. Incorporar a la familia en la planificación de los cuidados, es un aspecto fundamental y aumenta la humanización de la asistencia. También hay que ayudar a que las enfermeras/os se sientan cómodas con la participación de la familia y aprender a gestionar esa colaboración.

La *Tabla 5.5* muestra los factores clave, que unidos a la escasa experiencia práctica provocan presión asistencial en las enfermeras/os noveles. Se realiza una aproximación a los valores que sustentan las actitudes y conductas profesionales. Los factores se dividen en tres grupos afines para facilitar el estudio. Entre los factores estructurales parece que posee especial significado la escasez de personal, por las repercusiones sobre la calidad de la asistencia, y el mantenimiento del equilibrio personal de las enfermeras/os, especialmente las recién tituladas. La asunción de responsabilidad, y la presión estructural producida es difícil de sostener. Las situaciones de estrés laboral provocan en las personas que lo padecen reacciones de hostilidad, sufridas algunas veces por las enfermeras/os noveles. El valor altruista consolidado en ellas, posibilita soportar manifestaciones de indiferencia, y desconsideración. Otro factor que influye, es que empiezan a trabajar en unidades especiales.

Tabla 5. 5
Presión asistencial en las enfermeras/os noveles: Identificación de factores clave.

Factor inicial y desencadenante que mantiene la presión	Factores asociados	Valores y actitudes en las enfermeras/os noveles
<i>1. Estructural</i>		
Falta de experiencia práctica y referentes	Escasez de personal por el aumento de pacientes	Verdad: Responsabilidad
	Falta de compañerismo	Altruismo posibilita soportar manifestaciones de indiferencia, desconsideración
	Trabajo en unidades especiales	Justicia: percepción de impotencia
	Trabajo de noche	Libertad: percepción de soledad
	Deficiencias estructurales Falta de recursos	Igualdad: percepción de impotencia
	Cambio diario de unidad	Altruismo: esfuerzo suplementario
<i>2. Situaciones de sufrimiento, situaciones límite</i>		
Escasos: conocimientos e instrumentos Falta de experiencia	Necesidad de elaboración personal de algunos procesos y situaciones	Altruismo: compasión Justicia: percepción de impotencia. Verdad: inseguridad y temor a causar dolor
<i>3. Inseguridades en el ejercicio profesional</i>		
Falta de experiencia práctica y de referentes	Temor al “control” familiar	Justicia: percepción de fiscalización

Elaboración propia

Son unidades que por su carácter, requiere profesionales expertos y especialistas. Las enfermeras/os noveles, sienten impotencia ante esta situación. Sus trayectorias profesionales contienen alto grado de precariedad laboral, y en estas circunstancias es difícil no aceptar el trabajo que la organización sanitaria ofrece. Las experiencias son difíciles.

Otro factor que desencadena presión es el trabajo de noche, la carga de trabajo es menor, y en consecuencia es menor el número de personal. Las enfermeras/os noveles en algunas unidades, no tienen enfermeras/os referentes. Finalmente, otro elemento que preocupa porque afecta directamente a la calidad de los cuidados, es el trabajo diario en unidades diferentes, y sin ubicación fija, que realizan, a menudo, las enfermeras/os noveles. La situación se produce, cuando enfermeras titulares de un determinado espacio profesional están de baja laboral, y otra enfermera/o suple su trabajo. Estas plazas se deben de cubrir con enfermeras/os expertas, con remuneración adecuada al tipo de trabajo y responsabilidad que realizan. Estas situaciones descritas son evitables. El máximo responsable es la organización sanitaria, especialmente las enfermeras/os gestoras, que permanecen pasivas/os. Son problemas que afectan al colectivo profesional, especialmente al futuro de las enfermeras y enfermeros noveles.

Se toma conciencia, al inicio de la trayectoria profesional, que las enfermeras/os gestoras, y los colegios profesionales no luchan lo suficiente, para cambiar esas situaciones que limitan y perjudican en la propia práctica profesional, para quienes la experimentan, y para todo el colectivo. Solo desde el valor del altruismo consolidado, en las enfermeras/os noveles, y la necesidad de trabajo, se puede comprender que sigan ejerciendo la profesión. Otro factor relevante que influye en la práctica enfermera novel, es cuando se enfrentan a situaciones límite, relacionadas con el sufrimiento de las personas que atienden. Tienen la necesidad de elaborar esos procesos, a nivel personal. Es imprescindible proporcionarles los instrumentos y conocimientos al inicio de las trayectorias profesionales, para aumentar la calidad de los cuidados en un futuro inmediato. Otro recurso facilitador, que sería necesario potenciar son las sesiones de trabajo en equipo. En esas reuniones de enfermeras/os expertas y noveles, sobre los procesos de cuidados de las personas que atienden, es posible consensuar conductas profesionales y actitudes. Proporcionar cohesión y sentimiento de pertenencia a un colectivo profesional.

Las enfermeras/os viven de forma negativa la situación de intrusismo profesional. Se ha realizado la búsqueda de información sobre este tema, en dos bases de datos de enfermería⁹⁴. No se ha encontrado investigaciones recientes en el campo enfermero. Aunque los resultados sobre una encuesta de opinión a enfermeras/os colegiadas/os en Barcelona, muestran la preocupación que el tema merece. Identifican esta preocupación por el tema en un 80,6 % de las respuestas⁹⁵. Es un problema importante desde la perspectiva profesional, y se apunta como tema de estudio en investigaciones futuras. El intrusismo profesional no se puede enmarcar en una época determinada, es una situación que se mantiene, especialmente en organizaciones privadas. El control laboral es menor, y se priorizan los intereses económicos. El intrusismo profesional según el diccionario Larousse es la acción de ejercer actividades profesionales sin título legal para ello. La acreditación académica garantiza que las personas que cursan los estudios poseen competencias en un área determinada. En el caso de la profesión enfermera, las estudiantes acceden a la titulación después del esfuerzo formativo, que se acompaña de un gasto económico importante, dado el carácter privado de un alto porcentaje de Escuelas.

⁹⁴ Bases de datos consultadas: “Cuidatge” y “Cuiden”.

⁹⁵ Fuente: Colegio Oficial de Infermería de Barcelona. “Enquesta d’opinió” Julio del 2003.

El testimonio de dos enfermeras exponen que en su primer trabajo, se encuentran con personas que ocupan un espacio profesional, sin estudios previos. El primer testimonio es el de una enfermera que empieza a trabajar en un quirófano, de un Hospital público, en la década de los años noventa. Conoce la situación irregular de una persona que desarrolla el trabajo de enfermera instrumentista, sin formación académica, aunque con gran experiencia práctica. La imagen social de esta persona es buena.

"Bueno, allí había "un mal ambiente", había dos bandos de enfermería, [...] porque incluso había alguna auxiliar que instrumentaba una por la mañana y otra por la tarde pero que resulta que la de la tarde era precisamente la que tenía más experiencia de todas porque era la más mayor[...]no había hecho de enfermería, ni ATS ni nada, no, era auxiliar de enfermería pero claro, pero sabía mucho, sabía mucho y más de una vez pues acababas, le acababas preguntando a ella y ella tenía su puesto allí y estaba bien considerada" (E13)

El segundo testimonio es de una enfermera que en su primer trabajo vive una experiencia negativa. Necesita trabajar y accede a un puesto de trabajo de titulación menor. Trabaja con una persona que sin formación académica, ocupa la plaza de enfermera. Expone la reflexión sobre esta experiencia de papeles cambiados e intrusismo. La situación ocurre en un centro privado en el año 2000.

"También lo bueno es que estuve dos meses o tres haciendo de gerocultora [...]Y también lo que me hizo mucho daño es porque en el puesto de la enfermera de la tarde había una auxiliar y entonces estaban como los papeles cambiados. Ya entiendo que tenía la experiencia o tiene experiencia, yo nada más tenía un título pero te ha costado tu esfuerzo, te has gastado tu dinero, llevas un tiempo de prácticas es decir quieras o no [...]la ver, hace daño que estés barriendo y que otra persona esté dando la medicación, que sientes que, [...] era lo que había que bueno, a ver, me sentía mal yo, no con ella si no yo" (E15)

En la *Tabla 5.6* sintetiza los factores de riesgo del intrusismo profesional y las repercusiones en la práctica profesional enfermera. Algunos centros sanitarios contratan, en la actualidad, a personas sin formación acreditada. Estas instituciones no respetan ni a los profesionales, ni a las personas que atienden. La organización social actual, utiliza mecanismos formativos para acreditar a las personas que desempeñan una responsabilidad social. Es preciso defender del fraude con posicionamientos éticos, y formación. En este tema los Colegios profesionales juegan un papel fundamental. El esfuerzo formativo que realizan las personas que realizan los estudios de enfermería es considerable. Se preparan para adquirir conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les capaciten para cuidar a las personas. Es un aspecto más en relación con "el no reconocimiento" institucional que contribuye a mantener una identidad profesional débil.

La práctica profesional enfermera en cárceles, es desconocida. La práctica profesional de las enfermeras/os recién titulados se desarrolla en escenarios diversos. Comprender situaciones y experiencias de la práctica enfermera, en los primeros años de ejercicio profesional, e identificar las actitudes y valores que la sustentan, es un objetivo de la presente investigación. Por su carácter singular, este espacio profesional, es ignorado incluso dentro del propio colectivo. Se enmarca en un ámbito social duro: la difícil realidad penal de personas que trasgreden normas sociales. Las enfermeras/os en el ejercicio profesional comparten parte de su vida con las personas reclusas, desde una perspectiva de prevención y rehabilitación de la salud, sin entrar a enjuiciarlos.

A través del testimonio de una enfermera, expone las experiencias del día a día. Se comprende la relación de ayuda con las internas/os, en el contexto donde se produce. Los temas que se analizan en este contexto son: (a) los rasgos de la relación de ayuda; (b) la implementación enfermera del programa de metadona y desintoxicación; (c) el programa de enfermedades transmisibles; (d) las diferencias de género desde la perspectiva enfermera; (e) las causas más habituales de la atención de urgencias; y (f) las estrategias utilizadas por las internas/os para entrar droga en la cárcel. Los datos que se analizan son extensos, sobre la vida cotidiana de las profesionales enfermeras/os en cárceles, y las personas reclusas. Esta información es clave en el análisis sociológico. La enfermera que aporta esta experiencia, descubre este campo profesional en prácticas asistenciales de tercer curso. La curiosidad ante lo desconocido, motiva la práctica en la etapa formativa. Mas tarde, recién diplomada en enfermería, con la esperanza de ser útil, acepta el trabajo profesional en cárceles. Empieza con un contrato temporal de suplencias. Expone la dura realidad de la prisión, temas que preocupan a la sociedad en general, y al colectivo en particular.

La relación de ayuda que la enfermera establece con las personas internas, en las cárceles, mantiene los siguientes rasgos: habilidad para hacer comprender la ayuda que puede ofrecer; mantener el equilibrio entre cercanía y respeto; y finalmente autonomía profesional.

"Has de estar con ellos con una relación de "yo estoy aquí paraayudarte, soy la enfermera pero no soy tu amiga," [...] "estoy aquí pero no te pases" (E12)

La implementación del *programa de metadona y desintoxicación* a personas con drogadicción, es importante en este contexto. Compara y expone la aplicación de estos programas. El alcance de la atención profesional a internos/as, a nivel sanitario y de relaciones sociales. Los hechos tienen lugar al final de la década de los años noventa, principios del año 2000. Los datos se exponen a través de la comprensión del contexto que realiza la enfermera.

"En C. B. (cárcel) comencé en el módulo pero pocos días, después la suplencia primera que me dieron larga sí que fue en metadona pero fue en el módulo de mujeres [...] mi trabajo allí con mujeres consistía en [...] el programa de mantenimiento de metadona [...]no es de desintoxicación [...] porque es un programa de reducción de daños, mientras aquellas personas están en este programa tú los tienes más o menos estables, y entonces no se pinchan con las jeringas que puedan haber por allí, y ha bajado mucho la incidencia de HIV, de enfermedades que se transmiten vía parenteral y de sobredosis, porque como ya están estabilizados no buscan la sustancia [...]cuando la gente allí hace desintoxicación normalmente es porque tienen un juicio cerca y queda muy bien decir que se está desintoxicando porque esto lo entienden como que se está rehabilitando [...] lo que pasa que desintoxicación fracasa porque sí tú los desintoxicas [...]ellos no soportan el síndrome de abstinencia, ni estar encerrados ni todo esto comporta y entonces, a la mínima recaen" (E12)

A través del relato de la práctica enfermera en cárceles se evidencia el alto grado de conocimiento sobre las personas encarceladas que tiene. Las profesionales enfermeras/os, a través de la relación de ayuda se acercan a las personas reclusas. En este campo el colectivo profesional puede aportar datos importantes e investigar desde las ciencias sociales. El testimonio de una enfermera expone la práctica profesional diaria en el programa de metadona. Las reacciones de las personas internas, personas sin recursos, que utilizan el tráfico de drogas en la prisión para mantener a su familia. El equipo sanitario constituido por

Tabla 5.6
Factores de riesgo en el intrusismo y repercusiones en la práctica profesional

Características de las personas que practican intrusismo	Factores de riesgo que supone el intrusismo	Percepción de las enfermeras/os tituladas acerca del intrusismo
Experiencia basada exclusivamente en la práctica.	Riesgo a recibir daño a causa de “mala práctica”	Percibir que el esfuerzo formativo parece no tenerse en cuenta.
Ausencia de conocimiento teórico.	Confundir a los pacientes acerca de expectativas de salud	Sentirse mal por el hecho de recibir la misma consideración la enfermera profesional que la persona intrusa.
Incorporación de “rutinas” adquiridas en aprendizajes sin supervisión profesional experta.	Contribuir a mantener malentendidos debido a distintos agentes que intervienen en la atención durante la hospitalización.	Rechazo hacia la persona intrusa sin formación
Imagen social buena/mala según factores no determinados		

Elaboración propia

la enfermera y el médico, la responsabilidad que asumen en el programa de metadona, y en la consulta sanitaria.

"Entonces sí ellos te dicen que quieren disminuir la dosis o que quieren hacer el programa de desintoxicación, entonces tú pactas con ellos, [...] la enfermera [...] dispensa metadona, la que hace controles analíticos, es la que valora sí está en condiciones o no porque a veces vienen que han consumido y vienen a buscar la dosis de metadona, y entonces tú valoras sí le das [...] el médico del programa de metadona hace un poco de referente para hacer las inclusiones en el programa, las exclusiones y de hacer todas las variaciones que tú le vas comentando, [...] Todas las normas y les hagan un contrato porque hay unas normas también de expulsión porque allí es muy típico que intenten entrar metadona para hacer negocio [...] es motivo de expulsión también dar positivo, tres positivos mientras estas en este programa de consumo, también negarte a hacer la analítica cuando la enfermera te lo pide Coaccionar a otros pacientes para que te saquen metadona [...] es otro mundo, [...] la droga que te puede costar en la calle cinco mil pesetas allí dentro vale quince, entonces mucha gente está manteniendo a la familia con el tráfico que está haciendo dentro" (E12)

Los programas de *prevención de enfermedades transmisibles*, son parte del trabajo profesional diario de las enfermeras/os. El testimonio de esta enfermera expone la aplicación de los programas de prevención. Determina la colaboración con el médico y la autonomía que ejerce en la aplicación de los programas de prevención.

"A ver, allí, [...] es como una consulta como el médico del seguro, que tú vas allí y te apuntas y vas allí y explicas lo que pasa, entonces el médico pasa esta consulta y la enfermera está en su consulta porque son consultas separadas pero que están conectadas haciendo pues todas las curas que el médico dice, administrando todos los tratamientos pero a parte tú también sigues tus programas, todo el programa de vacunaciones lo llevas tú, allí hay un programa de TBC (Tuberculosis), [...] todo esto lo lleva enfermería, el tema de hepatitis también lo lleva la enfermería, el tema de HIV [...] porque al fin y al cabo eres tú la que estás allí todo el día, la que llevas todos los programas" (E12)

Las *diferencias de género*, en cárceles tienen rasgos propios. Las mujeres reaccionan más rápidamente, ante cualquier estímulo externo. Mientras están internas acostumbran a tener una pareja mujer. Los hombres internos, que tienen a su esposa, o compañera en prisión, ven este hecho "natural". Piensan que la mujer está más protegida.

"Las mujeres son mucho más folloneras. Te montan unos sidrales pero en menos que canta un gallo. Sí, en cambio los hombres son, son diferentes, sí, son más violentos pero son diferentes, no sé, la relación la puedes tener mejor. [...] es muy típico en cárceles, esto se ve mucho en el módulo de mujeres, que allí dentro ellas tengan una pareja de mujer pero tengan también una pareja de hombre fuera, o en otro módulo o en la calle [...] Y el hombre que está en cárceles, que tiene la mujer también interna, ve bien que esta mujer tenga una compañera [...] porque lo ve como una protección "de que las mujeres son más cariñosas y es normal que como están todo el día solas y..." lo ven bien. [...] se dio un caso de que había una pareja de dos mujeres y una de ellas le gustaba un auxiliar que había allí y entonces la otra por celos hizo una carta diciendo que ese auxiliar le había suministrado tranquimacines [...] esto los hombres no lo hacen, los hombres se pelearan y [...] aquí se acaba" (E12)

Las causas más comunes de la atención de urgencias es un elemento importante para comprender el cuidado a las personas internos/as. La enfermera en este contexto realiza un

trabajo complejo, diverso, y con riesgo. Las situaciones de urgencias son provocadas por las personas internas por motivos diferentes. Las enfermeras/os atienden la situación de gravedad. Cuando se estabiliza la persona, se traslada a un centro asistencial. La marginalidad de este contexto, y de las personas internas, se manifiesta en la rapidez que los profesionales del Hospital general devuelven a la persona enferma, al centro penitenciario. No siempre con criterios estrictamente profesionales.

"Las urgencias pues normalmente sobredosis, son normalmente autolesiones porque allí gente, se autolesionan únicamente para suicidarse si no para reivindicar cualquier cosa o para conseguir cualquier otra cosa y entonces son autolesiones muy importantes[...] tanto el módulo de enfermería como el de psiquiatría es privilegio estar en estos módulos porque tú estás compartiendo vivienda con cuarenta personas [...]Allí tienes una atención más específica no es vida ordinaria, [...]muchas veces se autolesionan porque tienen una deuda y le están acusando y entonces una manera de salir de medio [...] se autolesionan con...latas de coca-cola o cualquier cosa [...]si es necesario le envías al hospital porque intenten restablecerlo un poco pero a la mínima te lo devuelven ya porque es un penitenciario y no se lo piensan dos veces. Muchas veces nos hemos encontrado con sobredosis con parada cardio-respiratoria, [...]le envías al hospital para que les hagan un seguimiento, ahora el hospital a las dos horas te los han devuelto y qué ha pasado, que han vuelto a la prisión y les hemos tenido que volver a sacar" (E12)

Las estrategias de los internos/as para *entrar droga en la cárcel*, son complejas. En el módulo de tercer grado, las personas internas han cumplido una parte importante de condena y tienen permisos. Los permisos son utilizados por los internos, como vía de entrada de droga.

"Es un módulo de tercer grado, tercer grado quiere decir que es gente que ha cumplido mucha parte de la condena y que tienen derecho a permisos o están a punto de tenerlos, por tanto allí tienes gente que ha hecho todos los delitos y es muy conflictivo porque como salen de permiso es la vía de entrar droga" (E12)

La *Tabla 5.7* muestra las características de la práctica profesional enfermera en un espacio profesional específico y poco conocido: las cárceles. A través de esta práctica, se determinan las actitudes y conductas profesionales. Se identifican los valores más relevantes por su significado en esta práctica profesional. Son valores de carácter humanista, que imprimen en las enfermeras/os una imagen cercana a las personas recluidas en cárceles. Es un ejercicio importante, aunque socialmente "invisible" por el contexto. Es una práctica profesional compleja, sin otro reconocimiento que el trabajo bien hecho, de ayuda a las personas internas. Es un campo profesional enfermero poco explorado. Pueden abrirse líneas de investigación futuras que aporten conocimiento social y profesional en este ámbito. Las enfermeras/os, por su situación privilegiada y conocimientos, podrían investigar conjuntamente con sociólogos/os, sobre las situaciones y procesos que viven las personas recluidas.

El deseo de empezar de nuevo en ámbitos diferentes, es común entre las enfermeras/os en los primeros años de incorporación al mundo laboral. En esta etapa la relación contractual muchas veces no es estable. Algunos factores inciden en tal decisión: (a) presión asistencial; (b) interés por conocer otros campos profesionales; y (c) conseguir una plaza en propiedad. Sea una u otra la motivación que induce al cambio, perciben que vuelven a empezar. Hipótesis estudiada por Benner, cuando aplica la tabla Deyfus a la profesión enfermera (Benner, 1987: 49). El testimonio de una enfermera expone que cuando accede a un puesto de trabajo nuevo,

Tabla 5.7
Práctica profesional en situaciones específicas: cárceles.

Cuidados enfermeros	Actitudes y conductas profesionales	Valores
Relación de Ayuda	Comprensión del contexto Autonomía profesional Habilidad para que se acepte la ayuda Equilibrio entre respeto y cercanía	Altruismo Libertad Dignidad humana
Programa de mantenimiento de metadona y desintoxicación.	Valorar la inclusión en el programa ⁹⁶ Estabilizar a la persona interna Iniciar la desintoxicación solo en caso de Juicio	Justicia Igualdad Verdad
Programa de prevención de enfermedades transmisibles	Prevención de enfermedades	Altruismo
Atención enfermera en las diferencias de género	Prudencia en la atención a las mujeres ⁹⁷ internas	Dignidad humana Justicia
Atención enfermera en situación de urgencia: sobredosis, autolesiones	Autonomía Creatividad Humanidad	Libertad Estéticos Dignidad humana

Elaboración propia

⁹⁶ El programa de mantenimiento de metadona es un programa de reducción de daños de los internos/as que lo siguen. Permanecen estables, y en consecuencia no se pinchan con jeringuillas no controladas. En la cárcel, sobre todo en condenas largas, generalmente los internos no soportan el síndrome de abstinencia.

⁹⁷ A través del testimonio de una enfermera que ejerce en cárceles, describe las diferencias en la atención, a varones y a mujeres. Las enfermeras tienen más dificultades en establecer la relación de ayuda con las mujeres internas.

le exigen un nivel de responsabilidad, aún no asumida, y en consecuencia hace un proceso de autoaprendizaje. Los hechos tienen lugar en un Hospital público, en la década de los años setenta.

"Me sentí bien, mucha faena, lo pasaba muy mal porque aquí sí que era trabajar de enfermera y seriamente y además eras enfermera y tenías que hacer de enfermera y aquí sí que lo viví así pero enseguida tenía que coger una responsabilidad muy importante, [...]yo me acuerdo me lo apuntaban una libreta, a las ocho entro, pues tengo que pasar visita a las nueve, después pasar la historia, después hacer las curas para que no me olvidara de nada, hacer la farmacia [...]pero te pedían de enfermera, quiero decir que me obligaban a mí coger una responsabilidad que ya tocaba pero que todavía no la había tenido yo" (E9)

El proceso de aprendizaje ante un cambio de trabajo, también es expuesto por una enfermera que en los primeros años de práctica profesional, cambia de unidad de trabajo, en un Hospital público.

"Estuve también una época con adultos, entonces lo que más me costó era que acostumbrada a calcular la medicación para niños y en adultos yo recuerdo perfectamente ir a la habitación, poner la medicación y volver a comprobarlo porque decía no puede ser que esta cantidad, me parecía que aquello era una burrada de medicación" (E3)

La presión asistencial percibida por las enfermeras/os, en los primeros años de incorporación al mundo laboral, es un motivo de cambio de trabajo. El testimonio de una enfermera, expone que el motivo de cambio es la alta presión asistencial, y los escasos recursos en la unidad que trabaja de una Clínica privada. Decide dejar el trabajo, y consigue una plaza en un Hospital público.

"El mismo día que salí de finiquitar aquí en este sitio[...] y compré un periódico y aquel día [...]venía un anuncio en la Vanguardia de Hospital precisa personal de enfermería[...]yo pensé "has acertado", ha sido, si tenía una duda de que me había equivocado porque claro dejar un trabajo sin tener otro, cuando yo decidí que lo dejaba yo no tenía nada pero sí que sabía que yo no podía seguir así, no podía porque me estaba costando la salud y además no me gustaba como estaba trabajando, no me gustaba, yo, yo no salía contenta cada día de trabajar pensando has hecho lo que tenías que hacer, no porque me, o sea tenía tantas limitaciones, y no eran por mi parte, yo estaba dispuesta a trabajar pero cuando no se puede, cuando no te dejan pues no puedes hacer nada más" (E19)

El interés por conocer nuevos campos profesionales es otra motivación percibida por las enfermeras/os, para empezar de nuevo. La inquietud profesional de conocer otra realidad. Las enfermeras/os son conscientes que necesitan formación complementaria. Especialmente en unidades de alta complejidad, vigilancia y tratamientos. Esta necesidad percibida también se ve reforzada por la exigencia de respeto hacia sí misma, y hacia las propias compañeras/os profesionales. El testimonio de una enfermera que pide traslado a la unidad de cuidados intensivos de un Hospital público, expone que no solo solicita la plaza si no que se forma para el cambio.

"Y entonces me preparé para intensivos, [...]cuando había una plaza pues la solicité y sí, me cambiaron" (E2)

Conseguir una plaza en propiedad es otro factor de cambio. Repercute de forma positiva en la seguridad profesional, personal y económica. El testimonio de una enfermera, expresa como consigue la plaza en propiedad, en la década de los años setenta.

"Entonces nos entraron en aquel concurso que aún estaba abierto y el resto de especialidades no habían terminado con lo cual conseguí una plaza aquel año, en el 79. Conseguí una plaza de atención primaria [...]y me mandaron al laboratorio. [...]allí había dos opciones: o hacer de bolígrafo automático con el médico o hacer pues en el laboratorio" (E4)

El contexto de la práctica enfermera narrada en el párrafo anterior es Atención Primaria antes de la reforma, que en Catalunya empieza en el año 1990. El trabajo profesional enfermero antes de la reforma, tiene dos opciones: práctica en el laboratorio; o bien práctica al lado del médico rellenando recetas.

La *Tabla 5.8* sintetiza los factores que desencadenan el deseo de empezar de nuevo en otro contexto profesional. Las enfermeras/os cuando se incorporan al nuevo espacio laboral, perciben la necesidad de aprender para ofrecer un servicio de calidad. Asumen la responsabilidad en este proceso formativo. Buscan acrecentar y consolidar actitudes y conductas profesionales, que por diferentes factores no pudieron implementar en el primer trabajo profesional. La contradicción interna con los principios de la profesión, provoca en las enfermeras/os la búsqueda de alternativas laborales favorables.

Las enfermeras/os descubren los beneficios "al otro", de la práctica profesional en los primeros años de trabajo enfermero. La toma de conciencia sobre la importancia de cuidar, es experimentada con más intensidad, en aquellos contextos en que el enfermo, tiene un nivel de dependencia elevado. Las enfermeras/os en la práctica profesional suplen parcial o totalmente a la persona, en aquellas actividades que ella no puede realizar por su estado de salud. Los cuidados de suplencia están más cerca de "hacer al otro" sin tenerle muy en cuenta, que "hacer con el otro", acciones más cercanas a la excelencia en el cuidar (Domínguez Alcón, 1989). En los primeros años de ejercicio, la enfermera sigue un proceso de reafirmación profesional, de aumento de competencia, a través de aprender de situaciones vividas. Es el paso de trabajar de enfermera a ser enfermera. Expresiones que en los testimonios se repiten cuando exponen las experiencias en la etapa profesional inicial. El relato de una enfermera reflexiona sobre la importancia de sentirse útil, y la satisfacción personal de ayudar al enfermo, en un Hospital público.

"La época de los quemados yo la encuentro como una de las épocas profesionales, parece mentira porque el trabajo era durísimo, físicamente el trabajo era muy duro, Y entonces allí es cuando comienzas a encontrar esto, la importancia que puede llegar a ser cuidar, de decir bueno, yo hoy estoy contenta porque he trabajado bien pero es porque la persona está más bien, hace una sorpresa cuando acabas el turno, o cuando llegas por la mañana y te dice que he dormido bien, o que aquella cura que le hiciste le ha permitido mover el brazo[...]bueno estos aspectos cuando más intangibles y que están mucho más ligados a la entiendo a la profesión, Y que posiblemente no era muy consciente a la hora que lo hacía" (E1)

Creatividad y cuidar, son elementos unidos en la práctica enfermera. En contextos que las decisiones en cuanto a materiales, comidas etc, no las pueden tomar las enfermeras/os, ponen en práctica la imaginación necesaria para que el cuidado sea efectivo, y se obtengan los

Tabla 5.8
Deseo de empezar de nuevo.

Factor desencadenante	Actitudes y conductas profesionales	Valores
Presión asistencial: Limitaciones de recursos materiales y humanos.	Contradicción interna con los principios de la profesión	Verdad, libertad Dignidad humana Justicia
Interés por conocer nuevos campos profesionales	Inquietud profesional Percepción de empezar de nuevo, responsabilidad en el autoaprendizaje.	Altruistas Libertad Verdad
Conseguir una plaza en propiedad	Búsqueda de seguridad profesional/ personal/ económica.	Justicia Libertad

Elaboración propia

resultados esperados. El testimonio de dos enfermeras exponen situaciones en que la creatividad es vital, para una correcta evolución de las personas atendidas, desde la perspectiva biológica y psicológica.

"Teníamos además en toda esta mezcla, había un box de los niños que necesitan una transfusión, que para estar en esta zona nosotras ya hicimos una sección en todo el box lo tuvimos que aislar porque claro, entre las meningitis allí era,[...] le ponían mucha imaginación porque yo recuerdo además que habían los niños que comían papilla, les daban potitos y los de carne se los comían bien pero los de pescado era[...] yo recuerdo que ideábamos de todo" (E3)

"Tomábamos decisiones en aquella época insólitas, pues como por ejemplo me acuerdo una vez que tuvimos una vez ingresados juntos un padre y un hijo que tuvieron un accidente de tráfico que murió la madre y el otro hermano, situaciones dramáticas y tomábamos decisiones insólitas como era que se vieses por la tarde cuando estaba totalmente prohibido porque lo enfermos están completamente aislados, pues pasamos del aislamiento, y que el padre y el hijo pudieran verse, [...]porque era aquella época que el aislamiento era muy estricto" (E1)

Las decisiones autónomas sobre cuidados de salud, son asumidas por las enfermeras en el transcurso de las últimas décadas. A medida que los estudios, las leyes sanitarias y el contexto social evoluciona, la asunción progresiva de autonomía es un requisito unido al proceso profesional. Anteriormente las decisiones autónomas son tomadas a título individual y personal, legalmente solo han de ayudar y aplicar las ordenes médicas. El testimonio de una enfermera pone de manifiesto la autonomía profesional de la década de los años setenta.

"Época donde el individualismo iba mucho, sí tú considerabas que está bien, tú lo haces y te haces responsable pues tú podías hacerlo, por tanto, yo vivía con respecto, como te digo, pues mira, puedo hacer lo que yo considero que puedo hacer, supongo que tampoco es muy bueno hacer lo que quieras" (E1)

Actualmente las decisiones autónomas aunque son individuales, se enmarcan dentro del consenso profesional. Son gradualmente exigidas por las instituciones sanitarias y a nivel legal. La *Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias*, LOPS, que desde 1986, año en que se aprobó la *Ley General de Sanidad*, esta pendiente, desarrolla el área de responsabilidad y autonomía de los profesionales enfermeros.

La Tabla 5.9 muestra a través de las primeras experiencias laborales, como las enfermeras/os toman conciencia de los beneficios "para el otro", cuando aplican cuidados a las personas. Se sienten mas cómodas cuidando para el otro, aplicando cuidados de suplencia. Manifiestan los rasgos del estadio profesional de enfermeras noveles. Siguen el proceso para alcanzar la madurez profesional. Para articular adecuadamente la práctica profesional enfermera en un centro asistencial, es imprescindible tener en cuenta, los diferentes grados de experiencia profesional.

Tabla 5.9
Descubrir los beneficios “al otro”, en la práctica profesional enfermera

Factor desencadenante	Actitudes y conductas profesionales	Valores
Toma de conciencia: a través de la práctica profesional	Sentirse útil Satisfacción Creatividad Asunción de autonomía	Altruistas Estéticos Libertad

Elaboración propia

Consolidación de valores y actitudes

En la primera etapa profesional, las enfermeras/os asumen la responsabilidad de los cuidados que ofrecen a las personas. Son conscientes de las limitaciones fruto de la inexperiencia. Suplida por una fuerte convicción y vocación de ayuda a los demás, y el aprendizaje diario de las situaciones diversas en contextos diferentes. Se enfrentan día a día a experiencias no favorecedoras en el ámbito laboral, de presión asistencial, en situaciones límite, en contextos difíciles. No dudan y siguen conviniendo por la trayectoria profesional enfermera. Son mujeres y hombres fuertes, constantes y llenos de humanidad. Definen el estatus de profesional enfermera novel con la frase “*trabajo de enfermera*”, que se traduce en “*ser enfermera*” cuando llegan a la esportezza profesional. La entrada al mercado laboral de las enfermeras/os no es fácil, se mantiene en las décadas estudiadas una situación de precariedad laboral. Inician la trayectoria profesional en un contexto contradictorio: organizaciones sanitarias creadas para cuidar, que no cuidan a los profesionales, especialmente a las enfermeras/os recién tituladas. Las expresiones de ansiedad, miedo, malestar, caos, indecisión, impotencia, muestran los sentimientos expresados por las enfermeras/os, en la primera experiencia laboral. Se detectan factores que agravan la situación de inexperiencia profesional: ser la única enfermera; el trabajo de noche, el trabajo en unidades especiales; y el cambio frecuente de unidad de trabajo. Instituciones privadas mantienen una jerarquía de valores incongruentes con los valores profesionales de las enfermeras/os. Personas receptoras de cuidados inmersas en un contexto sanitario privado, que prioriza la imagen a la salud. Ante esta situación general, manifiestan decisión para superar con éxito la incorporación al mundo laboral. En la escala de valores profesionales priorizan los valores altruistas y de dignidad de la persona. Un factor central que ayuda al proceso profesional, es la ayuda de las/os profesionales expertas. Es una ayuda altruista, espontánea, voluntarista y no reconocida por las instituciones sanitarias.

En los primeros años de práctica asistencial las enfermeras/os se enfrentan a factores que agudizan la presión asistencial, que la propia inexperiencia profesional comporta. Estos factores analizados son: el escaso personal enfermero, que provoca ambientes de trabajo con falta de compañerismo; trabajo en unidades especiales que requieren formación especializada; el trabajo de noche, sin soporte; las deficiencias estructurales y de recursos materiales, el cambio diario de unidad. También las enfermeras/os noveles se enfrentan a situaciones límite, de sufrimiento, manifiestan compasión⁹⁸, tienen escasos instrumentos y formación para hacer frente. La relación profesional con la familia del enfermo, revela las inseguridades de la condición de enfermeras/os noveles. Otra agresión que soportan es el intrusismo profesional, tienen reciente en su memoria el esfuerzo formativo y económico del proceso de socialización profesional. Aceptan retos profesionales, en ámbitos de trabajo difíciles, por ejemplo en cárceles. No dudan a cambiar de lugar de trabajo, en los primeros años de práctica profesional, para satisfacer las expectativas de mayor seguridad, de trabajo en mejores condiciones adecuados a los principios profesionales, y de prestar asistencia en campos que requieren nuevo esfuerzo formativo. En el nuevo trabajo perciben que han de empezar de nuevo, asumir más autonomía profesional. Descubren la aportación personal de la práctica enfermera, se sienten útiles, manifiestan satisfacción.

⁹⁸ Compasión: Consiste fundamentalmente en percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, en la capacidad de interiorizar el padecimiento de otro ser humano, y de vivirlo como si se tratara de una experiencia propia (Torralba, 2002: 87).

En el análisis realizado de la práctica enfermera, en los primeros años de incorporación al mundo laboral, las organizaciones sanitarias públicas y privadas, juegan un papel importante. Han de incorporar políticas para aumentar la calidad de la asistencia. Estrategias que faciliten la incorporación de las enfermeras/os recién tituladas. Son futuras enfermeras/os expertas. Incorporan actitudes de: ayuda a los demás; vocación; perseverancia; respeto; equidad; confianza; equilibrio personal; humanidad; compasión; objetividad; autonomía profesional; inquietud profesional; tolerancia; aceptación; compromiso; honestidad; imaginación, creatividad, y satisfacción. Estas actitudes se adhieren a los valores profesionales de: altruismo, y dignidad humana en el primer lugar de la escala. También conectan con los valores de igualdad, libertad, justicia, verdad y estéticos.

La *Tabla 5.10* sintetiza los valores y actitudes consolidadas en las enfermeras/os que inician la trayectoria profesional. Conseguir que los valores consolidados y adheridos a la práctica enfermera, en los primeros años de ejercicio profesional, se conviertan en emergentes, y se consolidan en el transcurso de la práctica profesional es un reto. Un objetivo que va más allá de las opciones individuales, son opciones que la organización social, en general y de políticas sanitarias en particular, han de emprender. Las líneas de investigación abiertas en la presente investigación pueden contribuir a profundizar en el conocimiento, y ayudar en la planificación de estrategias sanitarias futuras. Las organizaciones sanitarias han de ver en las enfermeras/os noveles, no una fuente de beneficio a corto plazo, dado que han de retribuirles menos, si no una oportunidad. Articular el asesoramiento de las enfermeras/os noveles por parte de enfermeras/os expertas, que son los referentes imprescindibles, supone aumentar la calidad de la atención enfermera. Las enfermeras/os noveles aportan motivación, convicción, y las enfermeras/os expertas especialmente experiencia. Combinar en los centros asistenciales las diferentes aportaciones enfermeras/os, es crear un potencial humano que ofrezca cuidados con competencia profesional, y avanza hacia la excelencia de la práctica.

Tabla 5.10
Valores y actitudes consolidadas

Valores	Actitudes
Estéticos	Imaginación Satisfacción Creatividad
Altruistas	Ayuda a los demás Vocación Perseverancia Compasión Compromiso
Igualdad	Aceptación Tolerancia
Libertad	Equilibrio, autodisciplina Autonomía profesional emergente Inquietud profesional
Dignidad Humana	Respeto Confianza Humanidad
Justicia	Equidad en la asignación de recursos Objetividad
Verdad	Honestidad

Elaboración Propia

6

EXCELENCIA Y NUEVAS RELACIONES INTRA E INTERPROFESIONALES

6. Excelencia y nuevas relaciones intra e interprofesionales

El valor de una/un profesional, en la disciplina enfermera o en otras disciplinas, no depende solo de los estudios realizados y del conocimiento adquirido, si no de su expertise profesional. La madurez profesional se consigue a través de experiencia práctica, y actualización de conocimientos, que son la base para poder valorar y actuar ante nuevas situaciones complejas. En el caso de enfermería son las que se encuentran las personas en relación con la salud y la enfermedad. Este saber polifacético no puede plasmarse en pautas, o protocolos (Benner, 1997:63). Las experiencias y sentimientos expresados por una parte de las personas entrevistadas en la presente investigación, que por su trayectoria han llegado a la expertise profesional, ayudan a valorar que es “ser profesional”, los rasgos y valores que caracterizan, e identifican al colectivo, y las estrategias para salir de la tradicional “invisibilidad” (Buresh, 2001: 3; Garcia Bañón, 2004; Cano- Caballero, 2004; German Bes, 2004; Fajardo Trasobares, 2004) mostrando lo que hacen las enfermeras/os, la especificidad de la profesión. En el presente capítulo, también se describen y analizan los valores y actitudes en las prácticas emergentes, en el ámbito sanitario, que responden a la demanda desde nuevas necesidades, en diversos contextos sociales. Se analiza también la gestión enfermera, y las relaciones de poder que se ejercen en las organizaciones sanitarias. Se estudia el proceso de asunción de autonomía profesional en Asistencia Primaria. En el último apartado del capítulo se identifican las actitudes y valores emergentes, que permiten asumir la identidad enfermera, y el cuidado avanzado de las personas (Cohen, 1988) .

Expertiza y madurez profesional

Describir y analizar una actividad humana, incluye una dosis elevada de complejidad, teniendo en cuenta que no se trata de una actividad aislada, si no de una actividad al servicio de las personas, en el ámbito de la salud. La características formales de la profesión enfermera no tienen significado si no se entienden en su contexto. En esta radiografía profesional se desarrollan los factores que dan sentido al trabajo enfermero desde la expertise. Se parte de la idea de que la excelencia en el cuidar, o el mejor cuidado se realiza con la aplicación del conocimiento experto (Domínguez Alcón, 1986:223). Benner define este conocimiento como el acopio de experiencia que permite a la enfermera captar por vía intuitiva todas la situaciones, centrándose en el núcleo del problema (Benner, 1997).

Los elementos clave que construyen e identifican la expertise profesional, desde la reflexión crítica de la práctica enfermera son: (a) el equilibrio personal; (b) el esfuerzo físico y emocional; (c) la satisfacción profesional; y (d) el ser enfermera versus trabajar como enfermera, que comporta un nivel alto de seguridad, confianza y necesidad de formación; y (e) la actualización de conocimientos y formación.

El equilibrio personal es el factor central, y básico de las personas que desarrollan una actividad humana para los demás y con los demás. Diversas autoras/es (Domínguez Alcón, 1986; Cohen, 1988; Perraut, 2001; Gracia Guillen, 2004) defienden su relevancia. Este equilibrio se mantiene a lo largo de toda la trayectoria profesional, mediante el desarrollo de actitudes y valores profesionales. Las enfermeras/os atienden a personas que presentan o pueden presentar, un estado de vulnerabilidad física, psicológica, y/o social, o de inferioridad pasajera, y tienen en las/os profesionales un referente, un punto de apoyo. Este parámetro es fundamental cuando se habla de la calidad de los cuidados. El cuidado de la persona constituye el núcleo de la ética del cuidar, pero este cuidado debe considerarse mutuamente implicado con el cuidado de sí (Torralba, 2002: 150). La frase “cuidarse para poder cuidar”, es

fundamental porque solo es posible cuidar a otra persona, desde el respeto, el equilibrio, y la estimación de una persona en sí misma como ser humano. El “cuidarse” no es una acción gratuita, que viene dada, es un trabajo personal, e institucional paralelo a la práctica profesional. Los testimonios son claros al respecto.

“Ser una persona altruista de cara a los pacientes, una persona madura, se ha de estar madura y equilibrada [...] porque sí tienes que cuidar a otra persona pues como tú vas a estar con tu vida totalmente desorganizada y tú que tienes que organizar” (E2)

Sin embargo las organizaciones sanitarias, entes en donde se desarrolla de forma mayoritaria las acciones de cuidar, no suelen contemplar en la planificación, las estrategias encaminadas a este quehacer. La madurez personal esta íntimamente relacionada con el mantenimiento del equilibrio entre el caos y el orden. Las autoras que en el siglo XX, conceptualizan los principios fundamentales de la práctica enfermera, articulan el cuidar en la relación enfermera y persona, los dos actores se benefician de esta relación, en crecimiento personal, (Nightingale, 1859; Peplau, 1952; Henderson 1955; Jonson, 1958; Orem, 1959; Abdellan, 1960; may, 1961; Orlando, 1962; Levine, 1967; Rogers, 1970; Roy, 1971; Leininger, 1978; Newman, 1979; Watson, 1979; Parse, 1981; [Fuente: Kérouac, 1996]. En la misma idea que expresan también otros autores: (Dominguez Alcón, 1986; Medina, 1999; Perraut, 2001; Benner, 1987; Cohen, 1988). La acción de cuidar no es instrumental, es una relación dual, su sentido radica en el acto humano y las actitudes que denotan. Este encuentro es catalizador para la reelaboración y reconstrucción de la persona que cuida y es cuidada (Medina, 1999: 36-37). Pero aunque una parte importante de la madurez profesional, corresponde a la experiencia acumulada en la práctica asistencial, se ha de complementar, y consolidar paralelamente, con aportaciones más allá del quehacer profesional, del ámbito de la salud (Tey, 2004:622).

El *esfuerzo físico y emocional de cuidar* en la confrontación cotidiana con el sufrimiento, debilidad, y el proceso de muerte de las personas, las enfermeras/os reconocen que no es gratuita. Requiere de un sentido de la responsabilidad alto, día a día, y se relaciona con el compromiso que las enfermeras/os establecen con las personas que cuidan. Compromiso unido a la percepción y conocimiento, que es esencial la ayuda que ofrecen, especialmente en situaciones de vulnerabilidad extrema en que se encuentran las personas. Las enfermeras/os realizan intervenciones y acciones cuidadoras, generalmente, en contacto directo con las personas. Esta relación de ayuda no esta exenta de sentimientos y emociones, que ellas/os, intentan gestionar para que no sea un elemento negativo que interfiera. El esfuerzo de esa gestión, a veces difícil, es el esfuerzo que las enfermeras/os expresan. Entra en relación con el trabajo de actitudes profesionales a nivel personal, y en equipo, realizan. Los testimonios ilustran la idea de dureza en las situaciones del quehacer profesional. El primer testimonio es el de una enfermera que actualmente trabaja en cuidados paliativos pediátricos en un Hospital público. El segundo testimonio corresponde a un enfermero que trabaja en la unidad de oncología, en un Hospital público.

“Quiero decir que encima de ser enfermera, encima de tener un trabajo duro que es enfermería, estás donde estás porque enfermería, estás donde, es una especialidad dura o una, o una profesión dura enfermería, estás donde estás” (E9)

“Porque el enfermero de hematología, [...] un caso puede ser un enfermo que te ingresa hoy, que le habían hecho una analítica y que no tenía absolutamente nada y de repente le dicen que le hemos de poner un Drum y empezar una

quimioterapia y se pasará aquí 2 meses sin salir y, cómo le vendes esta película, a esta persona quiero decir y, entonces aquí sí que pienso un...te hablo como persona de equipo y también personal, quiero decir que ha sido una de las experiencias más duras profesionales" (E21)

El testimonio de una enfermera que trabaja en un Hospital privado, reafirma la idea del esfuerzo físico y emocional en la práctica enfermera. Expone que la presión asistencial se soporta, ya que la media de edad de las enfermeras/os que trabajan es joven. Es un Hospital privado con una historia reciente de aproximadamente una década.

"No sé, de aquí cuando tenga 40 años trabajando al ritmo que se trabaja, no porque no me gusta lo que estoy haciendo si no porque el ritmo de trabajo es duro [...] la media de edad será pues, puede ser ahora alrededor de los 40 años, alrededor, o sea la mayoría de gente es joven claro esto también choca, al entrar en aquel hospital, que no ves gente mayor como en otros sitios" (E17)

Este esfuerzo físico y emocional supone *satisfacción personal* que aporta la relación de ayuda. Conviene destacar tres procesos, y actitudes que producen esa compensación personal y profesional: (1) estar presentes/cuidar en el proceso de recuperación, o acompañamiento en el caso de muerte de la persona; (2) Comprender, cuidar con la persona; y (3) ayudar en la recuperación del proceso de enfermedad de la persona. En la práctica asistencial, no siempre la misma enfermera puede cuidar a las personas enfermas en todo el proceso. En la organización sanitaria actual, las unidades donde enfermeras/os atienden a personas enfermas con patologías crónicas, permiten hacer un seguimiento y cuidado continuado durante todo el proceso. Esta atención en sí misma, comporta unos rasgos que repercuten en un alto nivel de satisfacción de las/os profesionales. En la unidad de digestivo de un Hospital público un enfermero explica como repercute, en la relación de ayuda a la persona enferma, cuidarlo durante todo el proceso.

"A ver, yo te digo éstos [enfermos, el tono era de respeto] [...]los ves aquí desde que empiezan su debut de la cirrosis hasta que se van apagando. Pero claro, igual son ocho, diez, quince años, y ya pues como si fuéramos de la familia como aquel que dice, ves desde que ingresa, cómo hace la evolución y cómo va empezando a empeorar.....el enfermo. Quizás tengamos más trato por el hecho de estar tanto tiempo en relación con ellos" (E18)

En la misma línea una enfermera experta en la unidad de oncología de un Hospital público, relata a través de su experiencia, la relación de ayuda que establece con niñas, niños, y sus familias. La acción de cuidar facilita los recursos de tiempo y espacio, incluso extralimitando normas. La finalidad es que el paciente y la familia reciban la mejor atención posible. Estas acciones son la recompensa a nivel personal y profesional.

"A mi la oncología me gustaba mucho porque es todo esto, todo esto que son niños que te necesitan, son familias que te, que estás muy acompañada, haces mucho servicio, es una especialidad que tiene, tiene como un no sé, da como mucha compensación, no sé...aunque algunos mueren pero eran unos niños que se hacían querer mucho, mucho.[...] Recuerdo niños que te quieren mucho, [...]era una planta donde se aprendía mucho, sobretodo de los padres,[...] venían unos padres diferentes. Yo diría que los padres que tienen niños de oncología son padres más sensibles, son padres que sufren mucho, que necesitan mucho de nosotras, [...] que tengan la idea de que este hijo puede morir, entonces claro, cambian el chip, cambian los valores, no,[.....] estos maduran de otra manera, tienen un comportamiento que a mi me gustaba más atenderlos porque te sentías mucho más útil delante de ellos,[...] Necesitan mucho más de nosotros [...]eso nos gusta mucho en

enfermería, que se nos necesiten, a mí por lo menos, [...]te pedían que les dedicaras un rato, cogellos, venir a la cocina a fumar un cigarrillo, o te llevo un café, [...]eran capaces de llorar y esto a nosotros, a mí, veías que no sé, que eran padres sensibles que te podías acercar, que te dejaban acercar, hay de todo pero la mayoría..." (E9)

La gratificación personal y profesional que comportan determinados procesos curativos, es expresado por una enfermera atendiendo a las personas enfermas de problemas oftalmológicos de un Hospital público, en la actualidad. El sentir cultural de prudencia ante la ceguera hace aún mas espectacular los logros terapéuticos de este problema de salud.

"Oftalmología es una cirugía muy agradecida, claro piensa que la gente viene siempre...y en la mayoría de los casos se va viendo, entonces...uno como que piensa que si se rompe una pierna se la van a escayolar y si todo va bien por narices que va a tener que andar pero el ojo....cuando uno deja de ver no está tan claro, que vuelvas a ver otra vez, entonces es una cirugía agradecida, cuando tú quitas un apósito, la primera cura y un paciente que no ha visto nada, dice "pues veo luz, oiga, pues, le veo la bata o le veo la cara, um...todavía borroso pero..." Entonces claro, eso es como muy gratificante, muy gratificante" (E19)

La relación de ayuda comporta dos flujos continuos y potentes, de ida y vuelta, entre el profesional, el paciente y la familia. Son experiencias, que dan sentido al quehacer profesional, suponen la excelencia del cuidar, y ayudan a humanizar la asistencia. En el proceso profesional, de cuidar a personas en situaciones que implican mayor esfuerzo, o otras que son gratificantes, se va manifestando la importancia que las actitudes presentan. Son actitudes profesionales, sustentadas por valores, que requieren de una labor consciente, para articularlas con autenticidad, en la relación de ayuda.

Ser enfermera versus trabajar de enfermera, resume la consolidación o asunción de identidad profesional, llegar a la expertise. Las enfermeras/os reconocen que ser profesional, no significa solo tener y aplicar conocimientos técnicos. Ser profesional es reunir una serie de requisitos de saber, saber hacer, y saber estar. En la sociedad, y en la profesión va perdiendo peso la idea que relaciona ser profesional como únicamente buen técnico. La madurez profesional, la expertise, o dicho de otra forma un profesional que cuida con excelencia, es el que sabe resolver las situaciones, se siente segura/o en sus decisiones, vive la práctica asistencial con confianza en si misma/o. Esta confianza es manifestada cuando el conocimiento experto le lleva a: (a) poder establecer una relación de ayuda, no solo con el paciente sino también con la familia; (b) tomar decisiones autónomas precisas, poniendo en práctica la inteligencia intuitiva, que va más allá de manuales y protocolos; (c) permite reunir en la valoración, análisis, e intervención todo el saber de la experiencia acumulada. Esas son las condiciones que hace que se sienten enfermeras/os, manifiesten su condición profesional. Incluso en la práctica asistencial los usuarios confunden la enfermera/o con el médico, y le identifican como profesional autónomo. Este factor de sentirse "profesional autónomo", el sentimiento de pertenencia a un colectivo profesional, y por tanto la asunción de identidad enfermera en la etapa de madurez, es la característica que diferencia a las enfermeras/os expertas, con años de práctica, de los recién diplomados, que explicitan en sus relatos que "trabajan de enfermeras/os". El testimonio de un enfermero experto expone que reafirma su identidad profesional, cuando le confunden como médico, aunque no es por el hecho de pertenencia a otro colectivo profesional, si no por la diferencia de sentirse "profesional autónomo".

"De médico me han confundido pero yo siempre he dicho que yo no soy médico, yo soy enfermero, yo la profesión de médico si hubiera querido la hubiera hecho pero no quiero, yo quiero ser enfermero....y yo siempre he dicho no, yo no soy médico, "no, es que tú sabes más que él..." y digo " no, que sepa más yo no lo vamos a discutir pero yo, soy enfermero, ante todo soy enfermero y aquí (en el uniforme) no pone médico aquí pone enfermero" , y lo entienden" (E18)

La autonomía profesional es una actitud profesional sustentada por el valor de la libertad. Los usuarios/as cuando confunden a las enfermeras/os con médicos/as, es porque ellos/as ejercen su labor profesional con autonomía.

La práctica profesional experta, de enfermeras/os con años de experiencia profesional, es percibida y descrita a través de diferentes elementos y actitudes. Las más relevantes son: confianza, tolerancia, humanidad, creatividad. Diversos testimonios ilustran en palabras como se sienten profesionalmente, cuando llevan años desarrollando la misma actividad de cuidado. Acrecientan la experiencia que les permite cuidar con excelencia. La primera aportación es la de una enfermera de 27 años que trabaja en un Hospital privado. Ella describe el cambio que se produce: tiene más seguridad, consigue una relación con la persona enferma, y la familia mucho más satisfactoria, trabaja en complementariedad, en equipo con los médicos. Comenta otro factor que influye, es la seguridad y confianza en si misma, en la realización del trabajo. También describe la dureza del trabajo asistencial, comentado anteriormente.

"Como enfermera veo que he evolucionado mucho, o sea en pocos años me encuentro mucho más segura, me continua gustando [...]ahora más incluso que al principio, la relación con el paciente también es diferente [...]la relación con el paciente también es diferente, entras más en el paciente que antes, no te da miedo de hablar, de preguntar de cosas, la relación con los médicos pues también porque y haces más equipo [...] también al tener una cosa segura esto te da mucha estabilidad" (E17)

El segundo testimonio corresponde a un enfermero, en una unidad que atienden a personas con problemas de salud del aparato digestivo, en un Hospital público. Expresa el proceso de acopio de experiencia, pero también la percepción de conseguir este grado de esperteza, aunque es consciente de que si pasa a ejercer sus funciones en otra unidad, habría de retroceder de categoría de experto, al tratarse de un nuevo contexto. Ese elemento, de cambio de contexto profesional, en relación a la esperteza, esta ampliamente descrito en un estudio sobre la adquisición de habilidades en enfermería (Benner, 1987: 49).

"Cuando estás en sangrantes hay situaciones críticas,...hacen hemorragias tienes que correr, pero lo que pasa claro,[...] estamos aquí tanto tiempo ya sabíamos por donde iban los tiros, mientras subía o no subían el médico nosotros ya estamos poniendo las sondas [...]son muchos años también, y la formación, el estar mucho encima, ver mucha gente, todo esto claro llega un momento que sí, que aprendes. Y intentas solucionar problemas [...] Pero aquí en (la unidad) llevo desde el ochenta y tres,[...] quizá eso también te da confianza El hecho de llevar mucho tiempo en una especialidad [...] porque yo estoy seguro que me llevarían ahora a intensivos, a cardio, a pediatría, a cualquier otro sitio, iría como nuevo, como si viniese de la calle. Entre que no conoces la medicación, no conoces el paciente, no conoces la unidad, todo esto, vaya, yo estoy seguro,[...]Y bueno, a ver, cada vez me gusta más. Y ahora ya no cambiaría esto por nada. Te lo digo sinceramente" (E18)

El testimonio de un enfermero de empresa, expone, desde el conocimiento, la situación global. Tiene seguridad y confianza en su criterio, sustentado por los conocimientos

habilidades y actitudes, acumulados por los años de dedicación profesional en el mismo campo.

"Es muy importante, porque hace unos días pues aquí mi compañero me decía "¿pero cómo sabes que esto no era de hoy?", digo "porque esto no es de hoy" [...] vino un señor con un problema de cervical, le digo "¿esto no es de hoy?", "bueno, sí, esto ya ayer ya me dolía, sí, porque tal, me puse una pomada...", no sé qué y te dicen que se lo han hecho hoy hace una hora, claro cosas de experiencia, y ves y claro a veces ya es también necesitas un poco de casi psicología, [...]es mucho especializarte bien especializado en temas[...] vas buscando ya los puntos justos donde, donde siempre se origina más dolor dan más problemas, aquí, vale, ya vas al sitio. Claro, has de entender anatomía para saber bien los puntos dónde están, los ligamentos" (E8)

El testimonio de una enfermera, experta en gestión, expone el perfil que busca en las profesionales que contrata. Manifiesta los aspectos importantes que examina en las aspirantes. Prioriza la calidad humana de la persona, por encima de la calidad técnica. Actitudes profesionales, relacionadas con los modelos de cuidados, que las enfermeras/os aspirantes muestran en la selección del lugar de trabajo.

"Lo que más valoramos es esto, más la persona, más que la técnica porque en principio la persona cuando empieza pues está dispuesta a aprender [...] y con el tiempo puede ser una buena profesional, [...] pero la forma de ser [...] el ser humana, el ser una persona que tenga ganas de trabajar, que en principio parezca una persona afable [...]esto la gente lo trae puesto [...]es lo que más valoramos a la hora de seleccionar más que una gran profesional (técnica). A veces tienes grandes profesionales (técnicas) pero son completamente...robots, o sea, hacen muy bien las técnicas pero son incapaces de acercarse a un enfermo" (E2)

En la gestión, desde la perspectiva pública y de Atención Primaria, el testimonio de un enfermero experto, valora las actitudes personales, por encima incluso de un currículum brillante. Argumenta que las actitudes, ayudan a la persona a avanzar profesionalmente.

"La actitud. Es decir conocimientos y actitud. Conocimientos en principio se supone, [...] mirando un currículum es complicado, [...] personas pueden haber hecho una carrera mediocre y pueden saber mucho, ...o pueden aprender mucho posterior a la carrera [...] pero lo que sí que condiciona que aprendan o no aprendan o que sepan o no sepan, lo que lo pone en marcha es la actitud de la gente. Iniciativa, creatividad, ganas de hacer las cosas, predisposición, tener poco miedo...bien, probar, las cosas se han de probar, se han de experimentar y se han de investigar y si no estamos dispuestos a hacer esto pues no tiraremos. Pienso que lo primordial es esto y que la gente sepa escuchar, hombre, el nivel intelectual, la inteligencia y todo junto[...]las habilidades de relación de las personas yo creo que son importantes" (E11)

Los diversos testimonios de enfermeras/os expertas, a través de su experiencia profesional, muestran el papel fundamental que las actitudes profesionales ejercen en la profesión. Destacan las actitudes de: autonomía, confianza, humanidad, tolerancia creatividad, sustentadas por los valores de libertad, dignidad humana, igualdad, y estética.

La necesidad de *actualización de conocimientos y formación* se pone de manifiesto a lo largo de las trayectorias profesionales. En el ámbito sanitario ese es un requerimiento constante en todos los colectivos, debido al avance de las ciencias humanas, tecnológicas, metodológicas,

y terapéuticas. Las profesionales enfermeras/os para iniciar estudios complementarios a su formación tienen en cuenta algunos aspectos. Por ejemplo: (a) la complejidad de los procesos humanos; (b) la velocidad de generación de nuevos conocimientos, aplicables a la práctica; y (c) la confección de currículum adecuado a las nuevas expectativas. Las distintas trayectorias profesionales van articulando la formación. Se recogen diferentes testimonios profesionales sobre las motivaciones personales, y/o de la empresa que llevan a actualizar los conocimientos. El índice de personas que acceden a formarse, en diferentes niveles de especialización, en el colectivo profesional es elevado. En la muestra de la presente investigación, compuesta por veintiséis enfermeras/os, la totalidad ha realizado o piensa estudiar en un futuro inmediato, un curso posgraduado. Los cursos, postgrados o master, en general, se orientan al quehacer profesional enfermero.

En general, la formación ofrecida y seleccionada por las/los profesionales se diversifica. En décadas anteriores a la de los años ochenta, prevalece una oferta formativa de orientación técnica. Progresivamente los temas relacionados con las ciencias sociales, son temas que preocupan, y acerca de los que tienen interés en formarse una parte importante del colectivo. Esta formación de carácter humanista ayuda a la reflexión, y modificación de actitudes profesionales. El estudio sobre la complejidad de los procesos humanos, en los que esta implicados posicionamientos éticos, de valores y actitudes, y comunicativos, son temas valorados por una parte del colectivo. Aportan beneficios personales, y profesionales a lo largo de toda la trayectoria profesional. Diversos testimonios ilustran el tema. El primer testimonio es de una enfermera, que trabaja en la gestión, reflexiona sobre el curso que mas le aporta a nivel personal y profesional.

"Como curso o algo así que me impacto fue el curso que hice en el Instituto Borja de bioética que se trataban temas de moral, temas de aborto, de genética y tal, y la verdad esto sí que, ese curso pues me impacto por el contenido y, por la gente que lo dio" (E2)

El segundo testimonio es una enfermera que a lo largo de la trayectoria profesional, se forma en aspectos relacionales y de comunicación. Reflexiona sobre la importancia del trabajo en grupo sobre los aspectos relacionales de la relación de ayuda. Es un ejemplo del trabajo que sobre actitudes profesionales llevan a cabo.

"Los grupos valium son, el Valium era un psiquiatra americano que empezó a trabajar con profesionales sanitarios pero para trabajar aspectos emocionales de la relación asistencial, no tanto aspectos clínicos si no aspectos emocionales, es decir qué te genera a ti aquella persona, porque te, qué te moviliza cuando te pone nervioso sólo de verla esperando, o sea, entonces iban cada 15 días, [...]había un psiquiatra que era un poco el que conducía el grupo [...] eran aquellos casos que a ti te, no sabes porqué pero te desestabilizaban, no los puedes cuidar de la misma manera que a los otros, [...]porque el que tenías que cambiar la actitud eras tú y ayudar el otro a que la cambiase" (E4)

La velocidad de generación de nuevos conocimientos, aplicables a la práctica, influye y crea la motivación necesaria para formarse. Una parte importante de formación que realizan las enfermeras/os a lo largo de los años, se relaciona en la actualización de conocimientos de la práctica profesional específica que realizan. El testimonio de un enfermero que trabaja en una unidad de personas con problemas de salud del aparato digestivo, expone la importancia de mantener la formación para cuidar.

"Del tema digestivo cada uno de los que han hecho en el colegio nos ha gustado,[...] tienes que estar cada día haciendo formación" (E18)

La motivación para formarse, procede de la especificidad del ámbito en donde desarrollan la práctica profesional, por los nuevos conocimientos, y técnicas que se generan. El testimonio de un enfermero de empresa, ilustra el tema. El segundo testimonio de una enfermera higienista en un Hospital público, describe la necesidad de actualizar conocimientos.

"Radiología porque claro aquí el tema de rayos x pues claro, era interesante que tuviéramos a parte un poco esa formación, hice un curso de radiología un año, cuando acabé radiología, hice medicina de empresa" (E8)

"Y lo hacemos aquí en el pabellón Ave María y cada 2 meses vienen y nos dan, siempre estamos al día, con la formación, siempre, en cuestión de infecciones. [...], es muy rico" (E16)

La formación en aspectos teóricos, técnicos, y relacionales, en ámbitos concretos, es una fuente de motivación profesional y de las organizaciones hacia sus empleados que se mantiene a través de las décadas. Dos factores pueden influir: el mercado de trabajo, progresivamente competitivo, y el presupuesto que las empresas destinan a la formación, en algunas ocasiones ayudados por políticas generales.

La confección de un currículum conforme a nuevas expectativas, en la trayectoria profesional de enfermeras/os, es otra fuente de motivación en las/os profesionales. Destaca la gestión enfermera como uno de los estudios posgraduados que escogen parte de las/os entrevistadas/os, con la perspectiva profesional de dedicación en este ámbito. Aunque se enmarca esa decisión de estudios en gestión, en unas décadas determinadas: sesenta a finales de los noventa, que en Epaña y Catalunya no esta instaurada la carrera profesional. Por tanto, el único mecanismo de movilidad profesional, en el si del colectivo, es asumir un cargo de gestión. Varios testimonios ilustran este tema. El primer testimonio es una enfermera que en la década de los años noventa se forma en gestión. Gracias a esta formación accede a un puesto de supervisión. El segundo testimonio corresponde a una enfermera, que también en los años noventa realiza un master en gestión, y en la actualidad ocupa el cargo de directora de enfermería de una Clínica privada.

"Estudié entonces mientras trabajaba [...] pensé cómo mínimo estudia algo de supervisión, bueno recursos humanos y supervisora y lo justito" (E13)

"Fuimos a informarnos (de un master en gestión enfermera)y nos dijeron que era para directores y para adjuntos de enfermería pero que posiblemente dejarían dos plazas para, que hubiera alguien de base, total que hicimos unas cuantas la preselección y tuve la suerte que me cogieron" (E2)

El testimonio de una enfermera expone que después de formarse en gestión, ocupa una adjuntia en Asistencia Primaria. Años después se dedica a la investigación en Asistencia Primaria, como actividad principal.

"Porque yo entonces quería formarme, no sé y entonces me dijo "pues ves a hacer este curso de gestión", (la persona jerárquicamente superior)[...] Y entonces me fui a hacer el curso, me lo pagaron ellos de gestión de enfermería en E. en el año 82 también, o sea que fue una época [...]de pasar de estar tranquila, relajada, en el laboratorio, mi turno de 8 a 2 y luego a mi casa [...]a la gestión" (E4)

El testimonio de un enfermero expone que accede a un puesto de responsabilidad en Asistencia Primaria, a través de la formación que realiza. El segundo testimonio es el de un enfermero que actualmente trabaja en una unidad de oncología de un Hospital público, y aunque la satisfacción laboral es alta, la inquietud formativa le lleva a estudiar la licenciatura en derecho, y un master en gestión en enfermería. La formación que realiza orienta su segunda dedicación laboral a la docencia.

"Y me puse allí y la verdad es que lo que intenté era formarme más con, con la orientación enfermera [...]me puse a hacer un master [...]me fue muy bien porque me formó en gestión[...]cuando entré de adjunto al cabo de tres meses empecé,[...] no dude ni un momento y fui a hacer el master, y la verdad es que me ayudó mucho, me ayudó mucho a formarme como enfermero y como directivo" (E11)

"Lo que tenía claro es que quería estudiar algo más y cogí el derecho [...]porque me quedé preocupado por el tema de los derechos humanos y el tema de tienes derecho [...] entonces estudié derecho, [...]y entonces hice el master de gestión y administración en enfermería" (E21)

En el periodo comprendido entre la década de los años setenta y principio del siglo XXI, se produce un proceso de cambio importante, aún por concluir, en Asistencia Primaria. La formación específica para todas/os los profesionales, especialmente las/os que proceden de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario, sitúa y capacita ante los nuevos retos asistenciales. Los estudios de ATS habilitan a las enfermeras/os, específicamente para la asistencia hospitalaria. No cursan ninguna asignatura que oriente al desarrollo de la atención enfermera en Atención Primaria, a la prevención y promoción de la salud. El testimonio de una enfermera expone que descubre la importancia sanitaria de la prevención, y orienta la actividad laboral en este ámbito.

"Entonces como me tocó hacer el curso de nivelación (de ATS a Diplomado de enfermería)yo pensé "yo en tres meses esto me lo liquido" entonces ahí descubrí la salud pública y me gustó y entonces pensé si hago una prevención bien hecha, como yo había experimentado [...]si voy a la primaria y hago una primaria bien hecha podré hacer una buena prevención y distanciar más los ingresos hospitalarios. Entonces con esta idea fui [...]estudié salud comunitaria y estudiando salud comunitaria salieron unas oposiciones de atención primaria y tuve la suerte de aprobar las oposiciones" (E14)

Se aprecia una formación diversa que atiende a las diferentes necesidades del colectivo profesional. Los testimonios permiten constatar la orientación en la formación profesional escogida. Pierden peso los estudios técnicos, aunque se mantienen y emerge el interés por estudios de naturaleza humanista.

La *Tabla 6.1* muestra los elementos clave que identifican a la enfermera/o experta. El factor central y básico para cuidar con excelencia es el equilibrio personal. Diversos autores⁹⁹ defienden su relevancia, y trascendencia en una actividad de naturaleza social. Este elemento clave en la práctica enfermera, necesita de una atención continua a lo largo de la trayectoria profesional. Políticas encaminadas a ofrecer recursos preventivos y/o curativos son imprescindibles en todas las profesiones, que su actividad profesional es estar al servicio de las personas. Los colegios profesionales y las organizaciones sanitarias, en este ámbito, son las responsables de implementar estrategias, y cuidar a sus cuidadores. Es importante

⁹⁹ Domínguez Alcón, 1986; Perraut, 2001; Torralba, 2002; Gracia Guillen, 2004.

promover investigaciones que validen o refuten la importancia de este factor, en la práctica profesional.

Las enfermeras/os expertas cuidan con las personas y familias, este hecho comporta responsabilidad y compromiso. Dos valores se adhieren el de la verdad, que implica responsabilidad y el altruismo que se relaciona con el compromiso. La confrontación cotidiana con sufrimiento, dolor, y proceso de muerte de las personas, exige compromiso e integridad de las personas que cuidan. Las enfermeras/os sienten satisfacción personal a lo largo de su trayectoria, en los cuidados que realizan a las personas. Esta satisfacción por el trabajo bien hecho, de sentirse útiles en situaciones de vulnerabilidad humana, esta desligada de formas contractuales, y organizativas. Es a nivel personal e íntimo. Pueden ayudar, y tienen conocimientos específicos para hacerlo. La adherencia al valor altruista en la práctica profesional es alta.

La identidad enfermera, se refleja en el hecho de que se sienten enfermeras, no solo trabajan de enfermeras/os. Ponen en práctica el saber intuitivo, fruto del conocimiento y la experiencia práctica acumulada. Los valores que confieren identidad profesional se relacionan con la igualdad, que orienta a proporcionar cuidados basado en las necesidades individuales de las personas y sus familias. El valor de la libertad relacionado con la asunción de autonomía implícita en el cuidado en la excelencia. Y el valor de la estética, que imprime la promoción de una imagen positiva del cuidar. Las organizaciones sanitarias habrían de articular mejor los diferentes niveles de experiencia enfermera. Repercute en la calidad de los cuidados, objetivo fundamental de toda organización sanitaria. Finalmente interesa resaltar la toma de conciencia entre las enfermeras/os de la necesidad de actualizar los conocimientos. Influyen varios factores: la complejidad de los procesos humanos, la velocidad en que se genera los nuevos conocimientos, la confección de un currículum personal adecuado a nuevas expectativas laborales, y la implementación paulatina de la carrera profesional. Las actitudes de responsabilidad, autodisciplina, y compromiso parece que muestran especial significado. Estas actitudes corresponden a los valores de: verdad, libertad y altruistas respectivamente.

Los rasgos que identifican y caracterizan a las profesionales enfermeras/os son diversos. Los cuidados a través de la historia, a través de la estructuración de las sociedades complejas, se especializan y profesionalizan. En los sistemas de salud, hoy la práctica enfermera es clave. Sin embargo al inicio del siglo XXI no se consigue un reconocimiento social acorde, y coherente con su quehacer profesional. Los factores que determinan que una actividad humana esencial e intrínseca a la persona, en el devenir de los tiempos, no consiga esa valoración son diversos. A través del análisis de los rasgos que identifican y caracterizan la práctica enfermera, transmitidos por sus protagonistas, enfermeras y enfermeros, se comprende la práctica actual. Se reflexiona sobre elementos, factores, y dimensiones de la práctica, que influyen en el proceso profesional. Son dificultades que actualmente presenta el colectivo, que reconociéndolas puede iniciar diversas estrategias de futuro. Los elementos de la práctica profesional que se desarrollan son : (a) la invisibilidad de los cuidados; (b) el estrés profesional; (c) las críticas internas en el colectivo profesional; (d) la conciliación de la vida laboral enfermera con la vida familiar y personal; y (e) la identificación en las enfermeras/os y/o sus familiares, de los problemas de salud de los enfermos/as.

El trabajo de cuidar es *invisible* (Domínguez Alcón, 2001: 58; Buresh, 2001; Fajardo, 2004:10; Cano Caballero, 2004:35; German Bes, 2004:8; Garcia Bañon, 2004: 46; Vives, 2005). Solo la persona que en un momento de su vida los necesita, valora, aunque es corriente que pronto se olvide la importancia de los cuidados. Cuidar supone distintas acciones, los

cuidados técnicos unidos y relacionados con la tecnología médica, tienen reconocimiento, tanto social como profesionalmente, mientras que los cuidados de salud o que acompañan a los tratamientos médicos, son invisibles y están infravalorados (Fajardo, 2004: 10). La sociedad no quiere ver la miseria, la vejez, el sufrimiento, la dependencia física y mental, la locura, ni la muerte. Son las enfermeras/os en su quehacer cotidiano las que hacen frente a estas situaciones. Ese rechazo al reconocimiento social, es una difícil carga que al colectivo enfermero le cuesta asumir (Perraut, 2001: 146). La sociedad, conoce los temas sanitarios desde la perspectiva médica, biológica. La información llega a las personas, como experiencias personales, a través de noticias que se construyen desde los medios de comunicación respecto a hechos que trascienden la normalidad. Pero hay un gran desconocimiento de cómo se enfrentan, como viven, como afectan a las personas, y a las familias en su vida cotidiana, los problemas de salud. Ese es el núcleo entorno al cual se articulan los cuidados enfermeros. Y estos temas permanecen, se mantienen en el nivel privado. El valor del cuidado no aparece ni se encuentra como aspecto importante de la aplicación de los principios de la bioética (Camps, 1998: 78). Una enfermera experta en bioética expresa la impotencia al exponer a un jurista, determinados aspectos del enfermo que son importantes en la práctica enfermera.

"Claro, no a veces con X lo decimos "es que no nos entienden" en la reunión hablas con un jurista y el jurista no te entiende como hablas, quiero decir, hablas en chino, o sea, hablas de algo que a él no se le ha ocurrido nunca de la vida, porque se ha acercado siempre a los temas sanitarios desde una perspectiva médica y legal"(E1)

Diversos factores tienen que ver en el escaso reconocimiento social de la profesión. La enfermera/o aún está condicionada por dos ideologías: la "concepción religiosa del cuidar" y el "papel social de la mujer" (García Bañón, 2004:46). La práctica profesional se desarrolla en el ámbito institucional, la práctica liberal enfermera es infrecuente. Las organizaciones sanitarias se centran en la enfermedad y tratamiento, desde una visión biomédica. Se relaciona el ejercicio profesional con aspectos instrumentales, aplicación de la pauta médica, ya que las acciones propias de cuidar quedan siempre en un segundo lugar. A nivel legislativo hace escasamente dos años que se desarrolla la *Ley de ordenación de las profesiones sanitarias*. En los medios de comunicación, la aportación específica de las enfermeras/os está ausente. Las enfermeras/os aparecen en los medios habitualmente por cuestiones negativas o reivindicativas. No por su aportación como agentes de salud, esenciales en la atención y cuidados. Estos factores no facilitan el reconocimiento social, pero no son concluyentes. Las enfermeras/os y las organizaciones que las representan, adoptan una actitud pasiva. Se limitan a expresar la realidad: "no están reconocidas". Es una preocupación prioritaria del colectivo, que se desprende de la "Encuesta de opinión", que el Colegio Profesional de Barcelona realiza en el año 2003. Aunque de esa preocupación no se desprenden actitudes, y acciones enérgicas que potencien cambiar la situación. El testimonio de una enfermera que compaginaba trabajo con dedicación a un Colegio profesional, ratifica esa idea de pasividad enfermera.

"Tuvimos un problema a nivel de colegio con el consejo general tenían que subir su cuota, once mil pesetas más al año, y resulta que había una asamblea que se convocaba a los veintiséis mil que había en Barcelona, y venían ciento cincuenta personas, qué preocupación tienen por su profesión, esta persona que realmente tendría que defender sus intereses y no los defiende, a dónde va a poner esta persona su profesión si ella es la primera que no va a reivindicar o a interesarse que es lo que está pasando" (E14)

Tabla 6.1
Elementos clave que identifican a la enfermera/o experta

Factores identificativos	Actitudes y conductas profesionales	Valores
<i>Factor central y básico:</i> Equilibrio personal	“Cuidarse para cuidar” Respeto, equilibrio, Estimación de si misma	Dignidad humana Justicia
Esfuerzo físico/emocional	“Estar con”: responsabilidad y deber. Confrontación cotidiana con el sufrimiento, debilidad y el proceso muerte de las personas que atiende.	Verdad Altruismo
Satisfacción personal de la relación de ayuda.	Estar presente/ cuidar en el proceso de prevención, recuperación, y proceso muerte de la persona que atienden. Comprender, cuidar con la persona. Ayudar en la recuperación del problema de salud de la persona atendida.	Altruismo
Ser enfermera versus trabajar de enfermera.	Establecer la relación de ayuda no solo con el paciente si no también con la familia. Tomar decisiones autónomas precisas, poniendo en práctica la inteligencia intuitiva. Práctica profesional basada en todo el saber de la experiencia acumulada.	Igualdad Dignidad humana. Libertad Estéticos
Necesidad de actualización de conocimientos y formación.	Aspectos que motivan: La complejidad de los procesos humanos La velocidad de generación de nuevos conocimientos. La confección de un currículo adecuado a nuevas expectativas.	Libertad Altruistas Verdad

Elaboración propia

Las enfermeras/os necesitan creer y convencerse del poder terapéutico de los cuidados. Deben validar los efectos positivos que producen los cuidados. Dar a conocer los resultados de la aplicación de los mismos. Diversos testimonios exponen la opinión sobre factores indicados y desarrollados en estas líneas que influyen en el escaso reconocimiento social. El primer testimonio es una enfermera, directora de enfermería de una Clínica privada, que expone un factor: *el político*.

"Luego hay un problema político de que bueno, quizás no interesa, que también sigamos, que funcionen las licenciaturas y que la enfermera, tenga otra posición, que tengan otro nivel cultural, o sea también me imagino que a nivel de política pues interesa que estemos como estamos" (E2)

Las enfermeras/os hacen frente y resuelven situaciones complejas que afectan a las personas enfermas, pero saben que sus acciones quedan en el ámbito de la privacidad. El testimonio de una enfermera reflexiona sobre la necesidad de tener un nivel alto de altruismo que compense el escaso reconocimiento social. Expresa la diferencia que existe entre la motivación fuerte de las enfermeras/os recién tituladas, y más baja en profesionales antiguos, diferencia desencadenada, entre otros factores por la falta de reconocimiento, y pasividad de lo propios profesionales en Enfermería.

"Tiene que ser una persona madura, altruista también porque a muchas veces prestas unos servicios que sabes que no van a estar reconocidos ni van a estar valorados y entonces pues bueno, es un trabajo un poco...la verdad es que es desesperante, [...] le falta mucho porque necesita un reconocimiento social, [...]quizás sería básico para que la enfermera pudiera evolucionar, tener un reconocimiento de la gente que en realidad la figura de la enfermera es algo importante, no sé, para empezar, sí la gente de la calle y sí los pacientes vieran que este trabajo que está desarrollando la enfermera realmente es tan importante como el trabajo que está desarrollando el médico, sí la gente lo entendiera y demandara más enfermeras pues también sería, sería distinto. Te encuentras que, sobretodo gente antigua que, le cuesta, la gente nueva sale de las escuelas con muchas ganas de hacer cosas y tal pero la gente antigua a veces les cuesta moverse" (E2)

El testimonio de un enfermero ejerciendo en un Hospital público, muestra el desfase existente entre el escaso reconocimiento que se recibe, y la alta responsabilidad que se asume. Expone dos factores de influencia: ideologías de género, y medios de comunicación.

"No está reconocida, no está reconocida quizás porque no la han vendido bien, quizás porque no tiene buena fama, no lo sé, digo no lo sé pero...no está reconocida como lo que se hace y la responsabilidad que tienes[.....]la veo como un poco de la mano de Dios entre comillas, de dejada en el sentido que [...] "vais a la clase de enfermeras y médico para ligar", noventa por ciento lo dice, y la enfermería no es ligar, la enfermería es una responsabilidad que la gente cuando ingresa lo ve dice "osti, que no pensaba que...que trabajarais tanto", de cara al exterior la gente dice "oh, en el hospital no hacéis nada" pero yo mucha gente que piensa así le haría pasar por el hospital"(E18)

El testimonio de una enfermera ilustra acerca de la pasividad y el mantenimiento de la invisibilidad social. Muestra la esperanza que se resuelva, y se reconozca socialmente el trabajo enfermero. Aunque la solución las han de generar desde el propio colectivo profesional.

"Es que a mí me hace mucha rabia esta actitud que muchas veces tenemos las enfermeras de que hemos de esperar a tener la situación ideal para hacer, hemos de esperar a que nos digan que nos quieran, y a mí si no me quiere nadie pues seré una desgraciada pero yo, si quiero mucho, me gusta, me gustaría ser quién dijese "escucha", me gustaría..., quiero decir, si no lo digo no se entera, eso es una premisa, esto lo aprendí mucho en psiquiatría, no sé si.., el enfermo queda que lo que tú le dices él no se entera y muchas veces tú explicándolede otra manera" (E1)

La invisibilidad, la falta de reconocimiento, y el silencio se producen debido a factores externos e internos. Los elementos internos tienen mayor peso. Actualmente las enfermeras/os tienen la fuerza, los recursos y el conocimiento para pasar a la acción. La valoración de los servicios sanitarios realizada por el *Departament de Sanitat* de la *Generalitat de Catalunya*, en el segundo semestre del año 2003, muestra algunos datos significativos al respecto. En concreto la valoración positiva que hacen los usuarios (90%) del trato dado por las enfermeras/os, y la percepción que manifiestan de "estar en buenas manos"¹⁰⁰. En este apartado se muestran los factores que, en parte, afectan el escaso reconocimiento social de la profesión. Factores que influyen y son reconocidos por el propio colectivo: la repercusión de ideologías religiosas y de género; la práctica profesional mayormente desarrollada en organizaciones sanitarias, sustentadas por una visión biomédica; el cambio legislativo que se inicia en los últimos dos años; y en los medios de comunicación, que las enfermeras/os permanecen ausentes, y no expresan sus aportaciones a la salud de las personas. Aunque hay una preocupación intensa del propio colectivo por el escaso reconocimiento social, sorprende la pasividad que manifiestan. Esta pasividad solo puede ser entendida por el desarrollo del valor altruista, en detrimento del progresivo impulso de otros valores profesionales en el sí del colectivo. El valor altruista vocacional, que se acompaña de actitudes de ayuda a los demás, de compromiso, de comprensión, y de generosidad, es un valor que las personas que inician la socialización profesional ya lo manifiestan, unido al valor de dignidad de las personas. Los valores profesionales que habrían de desarrollarse intensamente en la formación, y en la práctica profesional son: la libertad, la estética, la igualdad, la justicia y la verdad. Favorecerían al avance profesional y al reconocimiento social.

El estrés profesional es un trastorno que frecuente entre los profesionales de enfermería. Diversos estudios sobre este tema, muestran la preocupación del colectivo profesional (Fornés, 2001; Ferrer, 2001; Cabanas, 2002; Carmona, 2002; Tomás, 2002; Muñoz 2003; De Mendoza, 2004; Cano Caballero, 2004: 37). Las profesiones que en la práctica mantienen un contacto directo y continuado con las personas, después de un periodo de tiempo variable, pueden presentar estrés laboral. El síndrome de agotamiento profesional o estrés laboral es definido por primera vez en el año 1974 por el psicoanalista Herbert Freudenberger. Se trata de un conjunto de síntomas biológicos, psicológicos y sociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía, causada por la desproporción entre los esfuerzos realizados, y los resultados obtenidos, que no compensan las expectativas del profesional (De la Peña, 2002:59). Poco tiempo después, en el año 1977, Maslach define el "estrés laboral específico de profesionales asistenciales" como: la exposición a ciertos elementos estresantes en el contexto laboral, que condicionan una respuesta personal de estrés según como sean vividos, resueltos y afrontados (Tomas, 2002:7). Las/os profesionales pueden manifestar síntomas relacionados con el cansancio emocional, la despersonalización, que se caracteriza por un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia las/os pacientes, acompañado de un incremento de irritabilidad. También aparecen

¹⁰⁰ Datos que recoge la *Encuesta a los usuarios del Sistema Sanitario público*. Segundo semestre del 2003. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya.

sentimientos negativos de realización personal, evitación de relaciones interpersonales y profesionales. Acompañado todo ello con baja productividad, e incapacidad para soportar la presión, además de baja autoestima (Carmona, 2002: 33). El testimonio de una enfermera experta, que trabaja desde hace años en una unidad de cuidados paliativos expone el proceso de cambio, personal y profesional que sufre. Indica como lo percibe, y aunque busca recursos fuera del trabajo, no son suficientes.

"Me siento cansada psicológicamente, me siento cansada, es decir yo al principio, esto es una cosa muy interna [...] O sea yo a los padres de los niños, durante unos años, mira los primeros años eran tremendos porque no sabíamos nada, todo era aprender, cuando aprendes te sientes muy bien cuando vas aprendiendo, aprendes a cuidar a los padres, aprendes a cuidar a los niños, aprendes a ir al domicilio, aprendes, [...] llega una temporada parece, que ya no aprendes, que ya sabes todo lo que tienes que saber [...]ya no le encuentro el gusto que le encontraba antes, ni aprendo más ni disfruto tanto como disfrutaba, me noto cansada, cuando estoy con unos padres que están sufriendo y que necesitan que les digamos alguna cosa, ya no es lo que digo, ya no es lo que decía, yo me doy cuenta, ya no tengo las palabras que tenía, ya estoy mucho más callada, yo sé que se tiene que estar callada pero una sabe cuando debe estar callada y cuando no, pero que te das cuenta que no eres la que eras, pues ya te digo es una cosa mía porque no sé si la gente se da cuenta, [...]yo necesito un tiempo de descanso de separarme de esto, de recargarme pilas y después volver y eso que yo tengo ayuda fuera del hospital [...], pero me fue muy bien porque necesitaba yo un espacio para poder expresar todo mi dolor, todo aquello" (E9)

Los profesionales sanitarios y específicamente las enfermeras/os, en la práctica conviven con la enfermedad, el dolor, el proceso de muerte de las personas y las familias. Estas vivencias, a menudo, no son fáciles de sobrellevar. Otros factores influyen en el estrés laboral: (a) el sufrimiento de las personas (b) el ambiente laboral negativo; (c) aumento de las cargas de trabajo; (d) bajo nivel de satisfacción laboral. Estas son las causas investigadas y publicadas por diferentes autores que encuentran relación directa con el estrés profesional. La práctica asistencial requiere que se adopten actitudes de fortaleza, de apoyo, y equilibrio personal durante toda la trayectoria profesional. Cuando uno o varios factores inciden en la práctica enfermera, sin medidas preventivas, es frecuente que se produzcan procesos de estrés en las profesionales enfermeras/os (Montroi, 2004). La convivencia profesional con el sufrimiento y el proceso de muerte de las personas, es el factor que se relaciona más directamente con el estrés laboral (Muñoz, 2003: 8; Tomas, 2002: 12; Tizón, 2004). El testimonio de una enfermera ilustra el tema, y muestra el sufrimiento y estrés en el ejercicio profesional.

"Entonces es cuando decidí cambiar [...]tener a madres [...]Y estar siempre haciéndote tú la fuerte siendo totalmente joven y haciéndote tú la fuerte, y dar explicación de cosas que no la tienen porque que se te muera un hijo. Pues con un problema cerebral, un tormento..... no tiene mucha explicación, entonces, él tener que dar todas las explicaciones, él tenerte que hacerte tú la fuerte durante tanto tiempo pues también te quemas. Entre eso y entre que también estaba siempre rodeada de gente bastante nueva" (E2)

El estrés laboral está relacionado con el ambiente de trabajo alterado que se instaura en algunas unidades. Los departamentos o servicios, que debido a la especificidad de la atención que prestan son cerrados, parece tienen mayor incidencia de estrés, aunque los estudios realizados conclusiones aún no son concluyentes. Dos testimonios de enfermeras exponen la experiencia de vivir en un contexto de ambiente laboral no adecuado. La situación está

provocada por personas con liderazgo, que atraviesan una crisis personal o profesional (de estrés) no contenida. El ambiente laboral no adecuado, incide y a modo de bola de nieve, repercute negativamente en la asistencia. El primer testimonio es una enfermera que trabaja en la unidad quirúrgica.

"Nunca había habido un ambiente así [...]a mi me da miedo, me da miedo esto porque es que petará por alguna parte porque es gente con unos caracteres muy especiales allí, o sea hay que tiene, bueno hace diez años que está allí porque pienso que por sus características físicas o por lo que sea es la que más sabe y...pero tiene un carácter muy especial, es muy agresiva, es muy agresiva con todo el mundo que viene de fuera,[...] primero ha de cargar, después ya se lo piensa,[...] después había otro que le hacía el juego, y después habían las dos que llegaron más jovencitas que bueno, una les seguía el juego porque dijo "o les sigo el juego o van contra mi" (E13)

El segundo testimonio es de una enfermera que entra a trabajar en una unidad de un Hospital público y la explicación de su experiencia ilustra ese tipo de situaciones.

"Cuando llega alguien nuevo primero lo inspeccionan y miran a ver para donde y, como que hay varios sectores y varios bandos todo el mundo quiere atraerte hacia el suyo pero claro, atraerte hacia uno significaba indisponerte con el otro y yo intentaba mantenerme porque además aquí eso está muy acusado, mucho, por la mañana muchísimo, que trabajábamos los 3 turnos [...] yo intentaba mantenerme al margen [...] entonces los dos se indispusieron conmigo, [...]Hasta que un día llegó la supervisora y me dijo..[...] "intenta mantenerte al margen de todo [...]Y realmente tenía razón y así lo hice y al final, bueno, una de las enfermeras salió de la sala casi expedientada,[...] las cosas estaban que ardían pero bueno, en cuanto se marchó esta persona ya las aguas volvieron a su cauce y muy bien [...]aquí había mañanas que el aire se cortaba así con un cuchillo [...] era como una dinámica así muy fuerte hasta que ella pues se marchó" (E19)

En la práctica asistencial, no siempre se reconoce la situación de estrés que sufre la enfermera. Existe el riesgo de que las gestoras/es las etiqueten de personas poco motivadas, con escaso interés por lo que hacen, y con bajo nivel de satisfacción profesional, sin llegar a relacionar esa situación con el síndrome de estrés. Este análisis equivocado provoca que no traten de forma efectiva el problema, y se perpetúe esta situación. En consecuencia afecta también a la asistencia. El testimonio de una enfermera gestora ilustra esta situación.

"A ver la relación con los enfermos es que hay dos tipos de personas: hay gente pues que bueno, que ya sabes que no llega a más [...]sin embargo esta gente, la relación con los pacientes es buena [...]luego está la típica pasota el mismo comportamiento que tiene, con las compañeras lo tiene con nosotras [...], de permisos, de lo que fuera, incluso esto te lo tiraba en cara, esto era porque era gente pasota y esto en clínicas privadas no pasa [...]no pasa tanto [...]Son gente, que hacen lo mínimo, bien porque no saben, bien porque no quieren. No están motivadas, no están motivadas o porque están quemados" (E2)

Algunos factores tratados están relacionados con el incremento del estrés laboral, especialmente en la etapa de la madurez profesional. No reconocer la situación de estrés, ni por la misma persona que lo padece, ni por parte de las compañeras/os, y gestoras, provoca consecuencias negativas en todo el equipo de trabajo. La detección precoz del problema, y especialmente la prevención, tiene repercusiones positivas para las enfermeras/os, las

organizaciones sanitarias¹⁰¹, y especialmente en la atención a las personas con problemas de salud.

Las críticas internas en el colectivo enfermero no favorecen el proceso de profesionalización. En la privacidad las enfermeras/os expresan que algunos factores internos limitan el avance profesional. Reconocen que es difícil, a veces, implementar mejoras en la atención enfermera, si están liderados por personas del mismo colectivo. La tendencia a no reconocer la valía profesional, coexiste con la crítica. Estos hechos se mantienen, en la década de los años noventa dos autoras (Alberdi, 1997:69; Mompart, 1996:9) exponen la dificultad de ejercer liderazgo por parte de las enfermeras/os que por su trayectoria profesional destacan. En la década anterior a los años ochenta, las enfermeras/os no tienen las condiciones académicas, ni laborales adecuadas, y hay escasas enfermeras que actúan como referentes (Duran, 2002: 23). Desde hace más de veinticinco años, destacan enfermeras, que por su trayectoria, ejercen, lideran y favorecen la evolución profesional. Por parte de otros testimonios informales se constata la misma situación, de que las enfermeras/os “marginan” a colegas que destacan por algún motivo. El testimonio de una enfermera experta, expone las críticas recibidas por compañeras de profesión.

“Yo si diría, fíjate tú si es gordo, que si alguna vez me he sentido poco valorada o menospreciada ha sido más por compañeras, que tenían otra manera de pensar y entonces no éramos capaces de decir "bueno, pero tú porque me dice esto y yo porque te digo” (E1)

La crítica interna también repercute de forma negativa a la hora de proceder a innovaciones y retos. Son percibidas como amenaza en vez de como oportunidad de mejora y avance de todo el colectivo. Diversos factores están relacionados con la dificultad de implementar cambios liderados por enfermeras/os. (a) antes del inicio y aprobación en Catalunya de la carrera profesional, en los centros asistenciales, especialmente en los públicos, las enfermeras/os son consideradas todas igual (Durán, 2002: 26); (b) los cambios promovidos en la asistencia, son unidireccionales desde las direcciones de enfermería; (c) la falta de formación específica de las enfermeras/os, y adecuada al nivel asistencial. Los cambios en la práctica asistencial promueven la asunción de autonomía profesional, favorecen la investigación, que evidencian, mediante resultados, que las intervenciones de cuidados de las enfermeras/os contribuyen a la salud de las personas (Teixidor, 2002: 9). Ayudan al avance profesional. Algunos proyectos de cambio avanzan, pero otros fracasan. El éxito o el fracaso se relaciona, entre otros factores, con la planificación de estrategias de implementación¹⁰². Se asegura que todos/as los miembros del equipo enfermero, pueden sentirse participes de un proyecto colectivo de mejora profesional. El testimonio de un enfermero expone el fracaso de un proceso de cambio en Asistencia Primaria, en la década de los años noventa. El rechazo total al cambio, lo imputa al contrato de estabilidad laboral, que tienen las enfermeras/os en la Sanidad pública. A través del relato parece probable que falle las estrategias para conseguir la motivación enfermera suficiente para asumir nuevos retos.

“Mira con la plantilla de enfermería lo que encontré, básicamente fue rechazo a cualquier iniciativa diferente a la que llevábamos, pero bueno, es una actitud también bastante frecuente dentro de una empresa en la cual

¹⁰¹ En un estudio reciente sobre el síndrome de Burnout, establece una asociación directa entre absentismo laboral y el estrés profesional (De Mendoza, 2004).

¹⁰² Proceso de cambio: análisis de la situación de partida y futura; identificar obstáculos del contexto; diagnóstico; objetivos, estrategias, intervenciones y sistemas de evaluación consensuadas por los miembros que lideran el cambio; Gestión respetando la cultura del contexto y necesidades específicas de los grupos (Teixidor, 2002: 54).

hay una estabilidad absoluta [...] y los objetivos que nos marcaban desde profundizar en el modelo, en los cuidados de enfermería todo pues resultaba difícil, con horas y horas de discusión y con la oposición de la mayoría de la plantilla de enfermería, a veces porque no lo entendían, a veces porque significaba más trabajo y a veces porque significaba más complicación y en la vida diaria cuando muchas de las persona venían, trabajaban sus horas, se iban a su casa, olvidarse de su trabajo y con poca vocación enfermera...muy poca vocación de enfermera y ésta es...yo pienso que es la nota que me ha dejado más mal sabor de boca por mi paso como adjunto, que lideraba un grupo de personas muy concreto [...]y cuando se habla de temas concretos de enfermería continúan apareciendo las mismas preguntas de hace siete años....de cómo se tiene que aplicar un modelo de cuidados enfermería de Virginia Henderson" (E11)

El testimonio de una enfermera que durante años ocupa un cargo de gestión pública, en el área de Asistencia Primaria, expone los factores que dificultan el avance.

"Yo creo que continuaba un problema muy importante que es la interiorización de todo esto, o sea yo siempre pongo el ejemplo que la enfermería está en la situación de nuevo rico, o sea alguien que de repente le tocan muchos millones pero que no está acostumbrado a vivir con ese ritmo de vida, y entonces cuesta, no podemos convencer ni a los otros profesionales ni a los usuarios de la importancia de lo que hacemos [...]tú nunca puedes convencer de algo, la gente no es tonta, la gente rápidamente nota si tu discurso tú te lo crees o no, y yo pienso que, muchas (enfermeras),[...] tienen un discurso que ellas mismas, o sea, si tú les preguntas ellas responden con unas cosas que no practican porque no se las creen, y yo pienso que esto pues está pasando mucho en todo el rol autónomo y movimiento de la enfermera, que lo verbaliza pero no se lo acaba de creer y no lo practica, [...]las enfermeras a la hora de la práctica lo que han de hacer es creerse que lo que han de hacer es realmente importante, [...]la gente se siente mucho más segura en la parte técnica que en la parte de rol autónomo y de toma de decisiones y de responsabilidad y de creer que el apoyo psicosocial influye tanto" (E3)

Los cambios en la práctica enfermera tienen que ver con la asunción de paradigmas enfermeros y nuevas concepciones de cuidados, basada en valores profesionales que aseguran prácticas reflexivas y autónomas. Se trata de cambios no solo instrumentales, y metodológicos, si no mas profundos, a nivel de desarrollo de valores profesionales. Las críticas internas en el seno del colectivo profesional son expresiones de: formas unidireccionales de liderar el cambio, y la no adecuación de la formación sustentada en valores profesionales, a la práctica enfermera cotidiana.

Conciliar la vida familiar con la vida laboral no es fácil, en una profesión en la que la práctica asistencial especialmente la hospitalaria, esta estructurada para atender, estar junto al enfermo las 24 horas del día. Solo las personas que necesitan cuidados de enfermería ingresan. Diversos elementos de la vida laboral y la vida familiar, personal interfieren entre si. Un estudio reciente (Domínguez Alcón, 2001), profundiza en este tema y la aproximación que realiza puede aplicarse a la profesión objeto de la presente investigación. En una profesión preponderantemente femenina, el proceso de avance se mantiene paralelo a las mejoras en la evolución del papel de las mujeres en la vida social (Domínguez Alcón, 2001: 30). La conciliación de la vida laboral y familiar es compleja y aún no esta resuelta. Los horarios de trabajo de las enfermeras/os no facilitan esa conciliación, más bien generan la confrontación de valores profesionales y familiares, especialmente en las mujeres. Un periodo en la vida de las mujeres que su presencia familiar es percibida esencial, y "natural" es cuando los hijos son pequeños. En esos periodos muchas enfermeras frenan sus trayectorias

profesionales. Diversos testimonios ilustran el tema. El testimonio de una enfermera que a través de estrategias profesionales, quiere resolver y conciliar la vida laboral y familiar.

"Entonces pensé que esto (educación sanitaria en grupo) lo puedo profundizar y ofrecerlo a la empresa pero desde los ambulatorios, para no trabajar sábados y domingos porque claro, una de mis hijas me decía, "mami, porque todas las madres se quedan en casa los domingos con sus hijos y tú no" y esto te marca, porque los niños... al menos a mi, yo pienso que los hijos los has tenido porque has querido y tienes la obligación de estar con ellos" (E14)

El segundo testimonio de una enfermera expone la precariedad de dejar de trabajar en el periodo maternal, a causa de sus dos hijos. Cuando decide incorporarse de nuevo a la asistencia, los horarios frenan su deseo, el valor familiar entra en contradicción con el valor profesional a causa de los horarios.

"Ya me volvió un poco las ganas de volver a la asistencia. Seguí un año más todavía en casa y al año siguiente dije..al hospital me costaba mucho volver por horarios, porque son los festivos y fines de semana con 2 niños pequeños en cierta manera me parecía que, les estaba robando tiempo de yo misma a ellos o no sé, que me perdía alguna cosa, tantas horas fuera de casa. Entonces, hablando con la gente [...]"pues ven a primaria porque primaria es más cómodo para poderte compaginar con la familia" (E22)

El testimonio de una enfermera que se incorpora al mundo laboral, después de ser madre, señala dos elementos que son objeto de reflexión en la toma de decisión. El horario y las características del lugar de trabajo.

"M., están hablando de curas paliativas... no sabes qué, "es que no sé muy bien lo que es", "es que me parece que para ti te podría ir bien, porque no vienes a escuchar unas charlas" y yo con la pequeñita y fui a escuchar un día a un médico que vino a explicar qué eran las curas paliativas, no sé, pensé, me presento porque a mi esto me puede gustar esto, es todo en horario de mañana, pues como yo, puedo hacerlo, a mi oncología me gustaba, y bueno, me presenté a esto" (E9)

El avance profesional de las enfermeras, al igual que en otras profesiones y trabajos, esta limitado en el periodo de maternidad y crianza de hijos/as pequeños/as. El desarrollo de dos trabajos paralelos: la familia, el hogar y la profesión son difíciles en la estructura social actual. La estrategia seguida por las enfermeras es, en general, pasar el nivel profesional a un segundo lugar durante unos años. Dado el carácter femenino de la profesión, repercute de forma negativa a nivel personal y a nivel del colectivo profesional. El testimonio de una enfermera reflexiona sobre este tema.

"También hay que contar que el hecho, de ser tantas mujeres y el tener un doble trabajo porque tienes tu casa y tienes los niños, que durante una etapa de tu vida dejas bastante aparcada la profesión, o sea, te limitas hacer pues, más bien lo justo, hay gente que esta etapa le dura más, [...] es una etapa mientras los niños son pequeños y después reinicias otra vez, te vuelves a poner en marcha" (E2)

El testimonio de otra enfermera constata la prioridad hacia la familia. Esa situación limita su proyección profesional durante toda la trayectoria.

"Pienso que hay muy pocas, de las treinta mil que estamos en Cataluña podría decir que somos cinco mil, fíjate, porque no defienden su profesión,

yo para mí que ellas lo tienen, muchas personas lo tienen como un trabajo secundario del marido, como una forma de ganarse la vida" (E14)

La conciliación de la vida profesional y familiar, en el colectivo profesional enfermero, es complicado. Requiere, entre otros, de estrategias activas implementadas en las organizaciones sanitarias, para facilitar ese proceso. Específicamente las gestoras enfermeras/os habrían de ser sensibles a esta problemática que conocen, y liderar esos cambios. Las diferencias de género en la profesión enfermera, se manifiestan en la jerarquía de valores profesionales, y familiares, personales. El pluriempleo, está más consolidado en los hombres que en las mujeres. Este hecho a nivel social, también acontece a nivel de la profesión enfermera. De las entrevistas realizadas, 21 mujeres y 5 hombres, solo una mujer explica el pluriempleo en su trayectoria profesional, a diferencia de los hombres que es su forma habitual de trabajo. El testimonio de una enfermera pluriempleada ilustra el tema.

"No, estaba entre, estaba de comadrona de noche y en asistencia primaria de día, entonces iba al ambulatorio por las mañanas y a la maternidad por la noche, entonces trabajaba en el ambulatorio de enfermera y en la maternidad de comadrona [...] Entonces procuraba trabajar viernes, sábados y domingos de noche para poder trabajar el resto de la semana de día en primaria. En el impás también hacía guardias en X (clínica privada) de comadrona, en el Y (Hospital público), en el hospital de C." (E14)

La identificación de los profesionales, descrita en el psicoanálisis, es frecuente en la práctica asistencial (Tizón 2004: 62). Identificación aplicado a las/os profesionales, es un proceso psíquico inconsciente, que se manifiesta en forma de vínculo emotivo con otras personas, o situaciones en las que las enfermeras/os se conducen como si fueran la persona o situación a la que le une el vínculo¹⁰³. Este fenómeno, desencadena tensión en la enfermera/o que la padece, y es difícil prevenir su aparición. Los testimonios de dos enfermeras/os expertas exponen como la perciben. El primer testimonio es una enfermera que trabaja en oncología pediátrica, y describe su experiencia sobre este tema. El segundo testimonio es de un enfermero que trabaja en oncología, y también expone una posibilidad similar frente al problema de salud de la persona que atiende.

"También no te pienses que trabajar con niños, embarazada, eso es muy fuerte, es fuertísimo para las madres que están así y esto nos pasa a todas porque te imaginas que el tuyo se muere" (E9)

"Y entonces incluso en el sentido de, claro, mejor ahora soy más mayor también con lo cual hay más posibilidad de hacer proyecciones equivocadamente, sin querer porque te encuentras con alguien que tiene una edad que tiene como tú que está (enfermo), y, no quieres pero bueno, entonces te tienes que preservar más" (E21)

La *Tabla 6.2* sintetiza los rasgos que identifican a las profesionales enfermeras/os. Los hechos, características, situaciones descritos forman parte de la realidad profesional enfermera. El análisis de una parte de la práctica profesional, junto con el resto de datos de la presente investigación, ofrece un marco general para reconocer actitudes y valores, actuales y emergentes de la profesión enfermera. La observación del ejercicio enfermero muestra elementos y actitudes que tienen peso en el colectivo, y no favorecen el avance profesional. Los cuidados propios, parte importante del trabajo enfermero, han de empezar a valorarse desde el propio colectivo profesional, solo así conseguirán un espacio social reconocido. Creer en el valor terapéutico que los cuidados producen, es el primer paso significativo. Mantener

¹⁰³ Según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Salvat (1976)

una línea de investigación, sobre la validación de sus efectos es relevante. La energía de todas las enfermeras/os no puede emplearse solo en compensar lo negativo, y seguir manteniéndose en la pasividad. Es preciso reconocer las satisfacciones gratuitas que aporta la práctica profesional, y pasar a la acción.

Otro rasgo que caracteriza al colectivo profesional es el estrés laboral. Es un tema que preocupa en el seno del colectivo, y diversos estudios recientes tratan sobre ello. Diversos factores influyen: estar cerca de las personas que sufren; ambiente de trabajo negativo, a veces provocado por compañeras/os que presentan estrés, aunque ellas/os no sean conscientes; aumento de los estándares de calidad, unido a la reducción de personal. Estos elementos desencadenan en las enfermeras/os un bajo nivel de satisfacción laboral y estrés. El estrés profesional se manifiesta por: aumento de bajas laborales; cansancio emocional; despersonalización; irritabilidad; baja productividad; dificultad en las relaciones profesionales; baja autoestima. Mantener el equilibrio personal entre las/os profesionales que trabajan con personas, es vital. Cuidar a los cuidadores debería de ser un objetivo prioritario de las organizaciones sanitarias. Es un estándar de calidad, que repercute directamente en las personas receptoras de cuidados.

Un elemento negativo y difícil de tratar, son las críticas internas del propio colectivo profesional. Es un elemento que limita el avance profesional. Escasos estudios profundizan en ese tema. Es un problema emergente que requiere de investigación para determinar las causas y ofrecer soluciones. En la presente investigación se apuntan dos posibles factores que repercuten y favorecen la crítica interna: las formas unidireccionales de liderar los cambios en la práctica profesional; y la no adecuación de la formación postbásica a la práctica enfermera. Otra dificultad que mantiene el colectivo, sin vías de solución a corto plazo, es la conciliación de la vida familiar con la vida laboral. En una sociedad plural, con personas capaces de analizar los problemas, desde una visión global, es factible encontrar soluciones facilitadoras. La creatividad y voluntad de las gestoras/es enfermeras/os, es un reto ante este tema que preocupa a los/as profesionales y repercute en la calidad de la asistencia. Las características descritas no facilitan el avance profesional, y marcan una *identidad profesional débil*. Es importante recordar que es la asunción de valores profesionales sólidos que orienta las conductas profesionales del colectivo.

Las estrategias del colectivo para el avance profesional se inician progresivamente. Las enfermeras/os detectan los elementos sobre el colectivo, que no favorecen el avance profesional¹⁰⁴. También las estrategias teóricas y prácticas de progreso profesional aumentan. Actualmente el proceso de profesionalización se ve reforzado por decisiones políticas, o cambios en la configuración de los estudios. Aunque las estrategias decisivas han de partir del propio colectivo profesional. Las enfermeras/os han de pasar a la acción. Las Asociaciones y Colegios profesionales representantes del colectivo profesional también han de tener un papel más activo. Las estrategias que favorecen el avance profesional giran en torno a: (a) aumentar las investigaciones que demuestren la acción terapéutica o preventiva de los cuidados a las personas; (b) aplicar los cuidados en base a modelos de cuidados, metodologías y resultados de las investigaciones; (c) comunicar los resultados a través de los medios de comunicación; (d) dar la opinión sobre temas de salud en los debates socio-sanitarios; (e) potenciar la

¹⁰⁴ El Colegio profesional de Enfermería de Barcelona, realiza una “Enquesta d’opinió” entre los colegiados/as, en Julio del año 2003. Se identifican los problemas de la profesión. Destacan el no reconocimiento del trabajo enfermero y las condiciones de trabajo.

entrada en política de enfermeras/os; (f) instaurar la carrera profesional en todos los ámbitos; (g) actualización de conocimientos con métodos reflexivos y críticos; y (h) creatividad en las condiciones laborales para facilitar la conciliación de la vida profesional y familiar. Los testimonios de enfermeras/os ilustran y opinan sobre algunas estrategias de avance profesional. El testimonio de una enfermera gestora, reflexiona sobre la situación del colectivo profesional.

"Hombre, yo creo que ha mejorado la enfermería en muchas cosas, quiero decir, ha mejorado o sea en la formación, ha habido un cambio importantísimo sobretodo en el lenguaje, en general yo pienso que ha habido un cambio de lenguaje, ha habido un cambio de concepción, se ha iniciado la investigación" (E3)

Dar a conocer lo que hacen las enfermeras/ os, es salir de la invisibilidad social, y favorecer a las personas que atienden. El salir del anonimato, y defender la acción cuidadora, es esencial. El testimonio de una enfermera experta, expone la defensa profesional por el propio colectivo. Esperar que el reconocimiento surja desde el exterior es estéril.

"La persona que ha estudiado enfermería debe considerarla tan importante como el que ha estudiado ingeniero, como el que ha estudiado medicina, [...]para mi es tan importante, y tan digna que me duele como hay gente que no le da el valor que creo y el respeto que necesita, que merece esta profesión. Y claro, así nos va, si no somos nosotras la que la defendemos, la que lo ponemos en el dintel más alto, nadie nos va a poner. Entonces tenemos que ser nosotros con nuestro día a día, con nuestra lucha, con nuestro predicar constantemente el que digamos estamos ahí, la comunidad cómo te va a reconocer si tú no te reconoces como tal, si tú no proyectas que eres enfermera y que estás ahí para cuidar a esta persona [...]es que me duele tanto [...]es que podría ser una maravilla y realmente que es una profesión para mi maravillosa y que no se defienda como tal" (E14)

La estrategia de potenciar la investigación en el saber enfermero, es una de las claves del avance profesional. En la actualidad, la investigación va unida a una dedicación que sobrepasa ampliamente el horario laboral. Investigación que han de potenciar y promover las instituciones, con el compromiso profesional. La actitud profesional de compromiso en la investigación, es una actitud que denota la pertenencia al colectivo y que ayuda al avance profesional. Diversos testimonios ilustran el tema. El testimonio de un enfermero que trabaja en la gestión, en Asistencia Primaria, expone la importancia de la investigación y el compromiso profesional.

"Nadie en las organizaciones quiere conflictos, y en cambio se pueden conquistar muchas cosas sin la necesidad de tener conflictos y esto es primordial, o sea, yo no quiero una persona que imponga que esto ha de ser así porque pensamos que así es enfermería y pensamos que tiene que trabajar de esta manera y a partir de ahora trabajaremos de esta manera, escucha, o vendemos el producto o lo que se hace es un conflicto que además sólo pueden ganar los que tienen el poder y ya sabemos quienes son (la clase médica) con lo cual nos conduce otra vez a recibir unos cuantos golpes y a mantenernos a raya. Y no, yo pienso que no es la estrategia,[...] en cambio sí que conseguir cosas demostrándolas y poniendo de nuestra parte y a veces esto quiere decir hacer trabajo fuera de horarios y trabajo, fuera del entorno" (E11)

Tabla 6.2
**Características y factores relacionados con la práctica profesional
al inicio del siglo XXI.**

Características de la práctica	Factores relacionados	Posicionamiento enfermera/o
Invisibilidad	<p>Consideración del cuidado como ámbito privado e individual</p> <p>Rechazo, en general, del dolor y sufrimiento personal.</p> <p>El cuidado profesional se relaciona con la ideología: religiosa y el papel tradicional de la mujer.</p> <p>Escasa práctica liberal.</p> <p>Organizaciones biomédicas.</p> <p>La práctica enfermera se relaciona mayoritariamente con técnicas.</p> <p>Se mantiene la subordinación.</p> <p>La voz enfermera no existe en los Medios de Comunicación.</p>	<p>Actitud pasiva ante la ausencia de reconocimiento social.</p>
Estrés profesional	<p>Sufrimiento de las personas.</p> <p>Ambiente laboral negativo.</p> <p>Aumento de cargas de trabajo.</p> <p>Bajo nivel de satisfacción laboral.</p>	<p>Aumento de bajas laborales</p> <p>Cansancio emocional</p> <p>Despersonalización.</p> <p>Irritabilidad.</p> <p>Baja productividad</p> <p>Dificultades en las relaciones profesionales.</p> <p>Baja autoestima</p>
Críticas internas	<p>Instauración lenta de la carrera profesional.</p> <p>Cambios promovidos de forma unidireccional.</p> <p>Falta de formación adecuada a la práctica asistencial (teoría aplicada).</p>	<p>No reconocimiento de la valía de enfermeras/os que destacan.</p> <p>Críticas internas</p> <p>Cambio percibido como amenaza no como oportunidad.</p>
Conciliar vida laboral y familiar, personal.	<p>Horarios de trabajo no facilitados.</p> <p>Confrontación de valores familiares/ Profesionales.</p>	<p>Priorización de la familia y la profesión pasa a un segundo plano.</p>
Identificación		Tensión

Elaboración propia

El testimonio de una enfermera también ilustra la importancia de la investigación para evidenciar resultados. Dos ideas relacionadas con la investigación enfermera son relevantes: primero es esencial porque valida la acción profesional; y en segundo lugar los resultados deben ser comunicados a la población.

"Tenemos un tema, una asignatura pendiente muy importante que es demostrar los resultados, quiero decir, las acciones de enfermería reportan beneficios o no, porque si no reportan es que no es necesario hacerlos, es un reto" (E3)

La validación de los efectos terapéuticos que ofrecen los cuidados a las personas, ha de ser difundida. También ha de llegar las reflexiones, opiniones, y percepciones de las enfermeras/os, a través de debates, a los medios de comunicación. El testimonio de una enfermera que postula esa idea de que las enfermeras/os han de pasar a la acción.

"Pero pienso que uno busca y se lo cree y está convencido, bueno trabaja en un grupo de gente que también, claro, puede encontrar respuestas, y hoy en día pasa lo mismo, o sea, a ver veo un anuncio en el periódico por ponerte un ejemplo sobre una determinada población que no diré cual es y que habla para los profesionales sanitario y no para las enfermeras, le hago una carta y le digo "escuche, parece mentira que usted siendo como es ban, ban, ban" bueno, para la próxima convocatoria te invitaré a ir,[...] en el ámbito sanitario que era tan obvio, por ejemplo estar en los debates de la televisión que a veces no ha salido perfecto o cartas en los periódicos evidentemente a veces no salen, pero esta postura un poco activa, madre de Dios, si están hablando ustedes del ámbito sanitario no puede ser que no haya una enfermera o que no se tenga en cuenta o si no hay una enfermera cuando hable el médico hable de todos, como si voy yo como enfermera no hablaré nada más de lo que hacen las enfermeras, no me miro solo el ombligo, hablo de lo que hacen todos, o sea un ámbito un poco más amplio" (E1)

Las aportaciones de las enfermeras/os en el ámbito de la salud, que son esenciales e intensas, no pueden quedar en el ámbito privado, porque repercute en el escaso reconocimiento social. Y en consecuencia afecta a la identidad profesional del colectivo. Son factores que pueden estar interrelacionados. El testimonio de una enfermera gestora también expone la importancia de la opinión de las enfermeras/os en los medios de comunicación.

"Continúo insistiendo, yo veo muchas veces que le hacen entrevistas a médicos y enfermeras bien pocas salen, no recuerdo ningún debate en el que se trate un tema médico sanitario, un tema sanitario en el cual intervengan todos los profesionales de la salud, no sólo la enfermera, la asistente social,[...] en la entrevista del médico y entonces todo lo que es la parte de enfermería queda aparcada [...]tenemos que estar en más medios y así como hay muchas veces que en programas, en radio o por publicación o por lo que sea hay más médicos" (E2)

Otra estrategia que favorece la visibilidad de la práctica enfermera, es la promoción de enfermeras /os que entren en la política. Es a este nivel donde se toman decisiones importantes respecto a las profesiones y sus prácticas. Si observamos el colectivo médico, tienen una representación amplia en la política activa, que favorece las expectativas profesionales. La identidad profesional fuerte de un colectivo, favorece la expansión de sus miembros a diferentes ámbitos sociales, que les benefician. El testimonio de una enfermera experta reflexiona sobre este tema.

"Yo pienso, yo que sé, si las enfermeras fuéramos capaces de entrar un poco a lo mejor en la política sería importantísimo. O sea que el alcalde de Barcelona fuera enfermero o enfermera, es una manera de ver las cosas que tiene que ver, pues no sé, entiendo que tiene que ver con la profesión" (E1)

El testimonio de un enfermero gestor, expone una estrategia del colectivo, para favorecer el avance profesional. Este ejercicio ha de hacerse con la habilidad suficiente para mostrar el servicio enfermero a la sociedad.

"No te cagues en Dios porque si él se caga en nosotros tenemos las de perder,[...] me acuerdo de mi padre que me lo decía y pienso que tiene razón y a ver el poder es el poder y hemos de saber contestar, colocado y situado, y con él hemos de jugar, y hemos de ser suficientemente hábiles para entrar, para entrar y vender nuestro producto; que es complicado, que costará años y que es difícil, sí, pero hemos de poner esfuerzos porque si no lo conseguiremos" (E11)

Otra estrategia activa ha de estar potenciada y marcada por los colegios profesionales. Son instituciones constituidas para la defensa de los intereses del colectivo. En España y Catalunya, la legislación obliga a la colegiación de todas/os los profesionales activos. El colegio profesional tiene la representación de la totalidad del colectivo enfermero. El colegio no ha motivado lo suficiente a las enfermeras/os, para activar la participación. El testimonio de dos enfermeras defienden posturas diferentes. El primer testimonio es el de una enfermera experta, que reflexiona sobre la ineficacia del colegio profesional.

"Está por parte nuestra también, está por parte de los colegios, también los colegios también están para algo, tendríamos que tener un apoyo que no siempre está por parte de las organizaciones y por parte de nosotras mismas, que realmente se diga el trabajo que se hace" (E2)

El segundo testimonio es una enfermera experta que durante ocho años se dedica a trabajos en una vocalía del colegio profesional. Expone la satisfacción que le produce y la implicación del colectivo.

"Entonces paralelo a esto entré en el colegio de enfermería [...]dinamizar todo esto entonces yo pienso que es otra parte de la profesión importante y que todos tenemos que implicarnos un día u otro, a mi me ha tocado ocho años y ahora ya que vengan otros, había muy buena unión,[...] hay veces que me siento muy contenta de todo lo que hemos trabajado, también llevábamos los artículos de la revista" (E14)

La articulación de las estrategias, en el seno del colectivo, encaminadas a la asunción de valores y actitudes profesionales, poco desarrolladas, potencian la identidad enfermera fuerte.

La *Tabla 6.3* muestra las estrategias para el avance profesional, argumentadas desde el propio colectivo enfermero. Las enfermeras/os han de romper el estereotipo que el modelo hegemónico les otorga. Valorarse a si mismas, y los cuidados propios que realizan, se relaciona con el aumento de la calidad, y el reconocimiento social esperado. El reconocimiento debe empezar desde dentro, desde el mismo colectivo profesional. Creer y demostrar que los cuidados que aplican son importantes. Solo las enfermeras /os tienen la competencia y están preparadas para resolver problemas de salud o prevenirlos. Valorar las situaciones de salud complejas que presentan las personas, de una forma global y dar respuestas. Esta especificidad esta basada en el conocimiento experto.

Tabla 6.3
**Estrategias que identifica el colectivo enfermero como útiles
para el avance profesional**

Estrategias	Acción enfermera y valores asociados
Aumentar la investigación	Posicionamiento activo. Altruismo, libertad, estéticos.
Aplicar los cuidados en base a modelos, con método y evaluando resultados.	Investigar Libertad, justicia Comunicar resultados Verdad Opinar sobre temas de salud. Justicia, verdad
Incrementar la presencia de enfermeras/os en los medios de comunicación con imágenes y modelos positivos.	Aportar creatividad Estéticos
Favorecer la participación en política y presencia en toma de decisiones que afectan a las enfermeras/os.	Posicionamiento activo Libertad
Potenciar la implementación de la carrera profesional	
Aumentar los métodos Reflexivos y críticos en la actualización de conocimientos.	Igualdad, libertad, justicia verdad, y estéticos.
Creatividad en la planificación de las condiciones laborales.	Estéticos

Elaboración Propia

Las enfermeras/os han de avanzar y hablar. Cuando empiecen, serán los propios medios de comunicación que reclamaran su asistencia. Las estrategias se concretan en: el aumento de investigaciones sobre los efectos de los cuidados. La comunicación de resultados. La opinión sobre temas de salud a través de medios de comunicación y política. Aplicar cuidados en base a modelos enfermeros, utilizar las metodologías y la evidencia científica que esta desarrollada. Potenciar la implementación de la carrera profesional en todas las organizaciones sanitarias, que reconozca las diferentes trayectorias enfermeras, repercute en la autoestima profesional, y en la economía. Dotar de métodos reflexivos y críticos en la actualización de conocimientos, es desarrollar el potencial profesional del colectivo, y aumentar la calidad. Por último potenciar la creatividad en las gestoras/es especialmente, en la búsqueda de estrategias facilitadoras en la conciliación de la vida familiar y laboral, es importante en el avance profesional. En todas las estrategias determinados valores profesionales están implicados. Valores estéticos, de libertad, verdad, y justicia tienen un papel fundamental. Llegar a desarrollar a través de actitudes y conductas profesionales estos valores, es potenciar el valor de la dignidad humana unido a la excelencia del cuidar. En la década de los años noventa estas estrategias se sugieren entre las líneas de acción prioritarias, en un estudio sobre la profesión enfermera (Domínguez Alcón, 1990:137). Quince años después el propio colectivo profesional defiende las mismas ideas, pero se mantiene en la pasividad.

Prácticas emergentes: Cuidados Paliativos, Enlace Hospital/ Primaria; Empresa, y Higienista.

Actualmente existen prácticas enfermeras en determinados contextos, que por diversos factores son poco conocidas. Estos espacios profesionales están relacionados con: (a) a quien se cuida y la naturaleza del cuidar, como cuidados paliativos; (b) el cambio de enfoque en la atención: de rehabilitadora a preventiva como la enfermera/o de empresa; (c) y prácticas emergentes que dan respuesta a problemas sanitarios, como la enfermera higienista y la enfermera de enlace Hospital y Asistencia Primaria. El objetivo del análisis es reflexionar sobre los significados, las actitudes y valores, de estas prácticas profesionales. A través de testimonios de enfermeras/os expertas en estos ámbitos.

Los cuidados paliativos son una forma de ejercer la profesión, en el ámbito hospitalario y domiciliario, que se caracteriza por el trabajo en equipo, para dar soporte a las personas enfermas y las familias en situaciones críticas. Es una práctica compleja, las situaciones en que el proceso de enfermedad que padece la persona, es evolutivo, y no tiene curación con los tratamientos biomédicos actuales, los cuidados paliativos son una forma específica, y esencial de aplicar cuidados. Se trata de acompañar a las personas en su proceso de muerte, y a las familias. En este contexto las enfermeras/os tienen un doble reto: en primer lugar desde el punto de vista social, y cultural porque la muerte constituye, todavía, un tema tabú; y en segundo término porque se trata de un proceso personal y singular de la persona (Torralba, 1998: 257, 363). Ante las personas con vulnerabilidad extrema, los cuidados enfermeros, a través de la relación de ayuda, son intensos y encuentran todo su significado. Los rasgos que identifican esta práctica esencial son: (1) el contexto de la unidad; (2) las personas enfermas y sus familias; (3) los rasgos, y percepciones de las enfermeras/os; (4) la naturaleza de los cuidados. El testimonio de una enfermera que vive el proceso de constitución del equipo transdisciplinar, y la evolución de una unidad funcional de cuidados paliativos ilustra ese proceso importante al ofrecer soporte a las personas en su proceso de muerte, y a las familias, en el Hospital y en el domicilio. Son profesionales expertos/as que acceden a esta unidad, con experiencia en el ámbito oncológico. Es una de las primeras unidades de cuidados paliativos

que se construyen, para dar atención y soporte cuando las personas enfermas están ingresadas o en el domicilio.

"Si, la abrimos nosotros nueva, no existía, no sabíamos que era, la comenzamos el doctor M. y todos nosotros [...]son unos años, doce años ya son años" (E9)

"Tenemos los dos tipos (de enfermos): los que están ingresados y los que se van a casa, tenemos los dos nos los llevamos los dos no tenemos camas propias, somos unidad funcional de curas paliativas, funcional, quiere decir, no tenemos camas propias" (E9)

Las/os profesionales que forman el equipo son personas con una trayectoria personal y profesional amplia, y experiencia en oncología. Las características de ese tipo de unidades requieren de un aprendizaje específico en el mismo contexto. Son profesionales expertos, ya que la atención es compleja y específica.

"Yo pienso que por eso que me cogieron porque yo había estado en oncología y había estado en hospital de día y lo que sí está claro es que no puede estar una enfermera novata, imposible, has tenido que pasar para estar al cien por ciento y saber lo que es la cura, esto de luchar por curar, después, a luchar porque hasta al final esté bien" (E9)

Se trata de una unidad que ejercen dos profesionales enfermeras/os: un hombre y una mujer. Sus caracteres son diferentes, pero saben compartir y complementar el proyecto profesional.

"Y al ser hombre-mujer va muy bien porque él puede entrar a un tipo de padres, con un tipo de adolescente, yo al ser mujer entro mejor con un tipo de adolescentes, con un tipo de padres y damos los dos" (E9)

"Él bueno es él y ya está. Él es un de aquellas que persona que nunca tiene ningún problema de nada, nunca, y yo en cambio los tengo todos pero eso cada uno es como es" (E9)

La naturaleza de cuidar esta relacionada con los aspectos emocionales y comunicativos. La práctica enfermera en la unidad de Cuidados paliativos no es improvisada, se trata de aplicar conocimientos sobre el proceso de muerte de las personas, y "saber estar" en cada una de las situaciones. El cuidar requiere estar abierto, y avanzarse a las necesidades, temores y ansiedades de la persona, y de la familia. Las actitudes que transmiten son: generosidad y consideración (Torralba, 1998: 364). La aportación de una enfermera experta, con su testimonio, traduce los aspectos fundamentales del cuidar en este contexto. Es fundamental, en la acción cuidadora, el respeto al tiempo y el espacio de las personas que atienden.

"Pasas a una unidad en la cual tienes que cambiar el chip totalmente, eres otra enfermera, una enfermera que no tiene que correr nunca, normalmente, solo tiene que aprender a estar y si no se hace hoy, se hará mañana, es un cambio, un cambio bestial" (E9)

Ayudar a las familias en este proceso es esencial, y especial si se trata de niños y niñas. Las madres y los padres, viven en un contexto, en que la muerte por enfermedad, de niños y niñas no es habitual. Son las familias, con el soporte de enfermeras/os, las que mas pueden aportar a las personas enfermas, por los lazos emocionales que les unen.

"El objetivo es cuidar a los niños que nos vienen ya a nosotros cuando ya no hay nada más que hacer, se han de morir, pues darles hasta el final de

su vida una buena calidad, hasta el final de su vida, hasta el último día” (E9)

“Son ellas (las enfermeras/os de las unidades asistenciales) que los cuidan, nosotros vamos solo de equipos de apoyo” (E9)

Los cuidados están relacionados con la comunicación, con el análisis de la situación global. Por ello, las enfermeras/os ofrecen recursos, se anticipan a las demandas, cuidan “con” las personas y sus familias.

“En el hospital y en casa,[...] en el hospital, aquí de apoyo. Sí está en la novena, las enfermeras cuidan al paciente, todo lo hacen ellas, nosotros estamos por si la familia lo necesita, por si el dolor, la medicación falta aumentar, sí hay algún momento que los padres tienen que hablar con los médicos nosotros nos estamos con el niño, [...]algún momento de espera, hacerles compañía porque las enfermeras ya tienen suficiente trabajo con lo que tienen, nosotros hacemos de soporte, sí hemos de coger a los padres y dejarlos en el despacho y estar hablando y volver a hablar de lo que está pasando, sí están de acuerdo o no, donde estamos en el tratamiento” (E9)

A través de este testimonio se describe en palabras la importancia clave de “saber estar”, la prudencia, la compasión, saber acompañar al niño y a la familia en este proceso, sin tratar de buscar sentido en sí mismo, porque no lo tiene. El trabajo profesional que a nivel individual y de equipo, hacen sobre actitudes cuidadoras, es esencial, y mantiene el equilibrio personal de las enfermeras/os en este ámbito.

La enfermera de enlace es una práctica reciente. Su trabajo consiste en dar soporte, y facilitar recursos a los usuarios del Sistema Sanitario público cuando proceden de la Asistencia hospitalaria, y su estado de salud requiere la atención en Asistencia Primaria. A partir de la reorganización del Sistema Sanitario Español, mediante *La Ley general de Sanidad* (1986) y la reforma del Sistema Sanitario catalán, en el año 1990, se procede a implementar unos cambios en la asistencia para aumentar la calidad de los servicios sanitarios. Esas modificaciones afectan positivamente al papel profesional de las enfermeras/os. También, y en consecuencia, repercute y aumenta el nivel de bienestar y salud de las personas. Cualquier cambio que se produce en un sistema no es rápido, se instaura progresivamente a lo largo de los años y las modificaciones que promueven de la práctica asistencial se producen progresivamente en las diferentes profesiones sanitarias. Los espacios profesionales enfermeros unos son emergentes, y otros van perdiendo peso, en función de las necesidades sociales en materia de salud. Entre los emergentes esta la enfermera de enlace de la Asistencia Hospitalaria y la Asistencia Primaria.

A través del testimonio de una enfermera experta, que vive durante los últimos años de su práctica asistencial, la experiencia de este tipo de trabajo, se muestra relevante esa aportación profesional. El análisis se centra en (1) el contexto; (2) los rasgos que caracterizan a la enfermera/o de enlace; y (3) la naturaleza de la práctica profesional.

En el contexto sanitario, se quiere dar solución a un problema real: la difícil comunicación de los profesionales de dos sectores asistenciales: hospitalario y primario, sobre la atención sanitaria a las personas. El papel profesional de la enfermera de enlace, para los usuarios es esencial, porque son ellos que padecen la falta de información y orientación sobre sus problemas de salud. La unidad de trabajo de la enfermera/o de enlace es funcional, depende de la demanda del usuario, se realiza en el Hospital y/o en el centro de Atención Primaria.

"Desde la dirección del sector tienen en proyecto hacer esto, se ve la falta de información del paciente cuando sale del Hospital, desde el Hospital no se conoce primaria, y desde Primaria no se conoce el Hospital, y entonces qué vueltas da el pobre enfermo antes de encajar el engranaje de Primaria, y con toda esta inquietud se crea la figura de enfermera de enlace [...] lo iniciamos en el año 2000, en el octubre del 2000 comenzamos" (E22)

Este tipo de trabajo requiere ser realizado por enfermeras/os con experiencia profesional en Primaria y Hospitalaria, enfermeras/os expertas, porque la atención es compleja. Ellas/os marcan pautas, y articulan la atención, en base a unos conocimientos teóricos y prácticos. Se trata especialmente de acompañar en el proceso de recuperación, y adaptación sobre el problema de salud de las personas. El testimonio de una enfermera experta describe la práctica diaria en este campo profesional, en las unidades de hospitalización y en la consulta de enfermería en Asistencia Primaria.

"Que el paciente salga lo más encaminado y lo más informado y lo más educado posible del Hospital para Primaria, que no le sea necesario ir al ambulatorio y llamar al ambulatorio para pedir visita a una enfermera, que salga ya sabiendo qué enfermera tiene, qué persona le vendrá mañana a casa, con qué persona ha de contactar mañana en el ambulatorio[...]lo ha de hacer la enfermera del Hospital" (E22)

El testimonio muestra la importancia del trabajo de la "enfermera de enlace" y la repercusión sobre la salud y el bienestar de las personas, en un contexto en que las enfermeras/ os asistenciales en el Hospital, tienen presión asistencial. La práctica de la enfermera de enlace, va más allá de las tareas hospitalarias y proporciona una orientación imprescindible al paciente.

"En el hospital que estoy yo, no pueden, están colapsadas el personal de enfermería, el personal de enfermería del hospital no se puede parar a explicar una insulina, [...]y además, en el momento del alta aunque todo esto lo supieran, en el momento del alta este enfermo tampoco sabe con quién tiene que contactar, "vaya a su médico de cabecera", [...] el médico de cabecera podrían tardar 2 o 3 días en dárselo porque no será una urgencia, del médico habrás de pasarlo a la enfermera, todo esto habrá pasado una semana que no lo habrá controlado nadie, un (una persona) insulino-dependiente, [...]que lo importante son los primeros días [...]este enfermo marcha con un control mañana a tal hora con su enfermera y con todas las cosas más o menos aprendidas [...]yo le puedo educar y si es una persona mayor que no le puedo enseñar o que se niega rotundamente en primaria (la enfermera) también le va mejor saber y tener controlado que mañana tiene que ir a hacer aquel domicilio que no que mañana venga la familia, empieza a dar vueltas" (E22)

Se pone de manifiesto, la importancia de acompañar a las personas, en el proceso de adaptación del problema de salud a su vida cotidiana. Se aprecia el valor del servicio personalizado que facilita, y proporciona la enfermera que "sabe estar" en cada situación personal y familiar. Ese es un espacio profesional donde la enfermera/ o tiene plena competencia, y autonomía. Las actitudes específicas que desarrollan las enfermeras/os en su práctica asistencial son: facilitar la independencia y la adaptación, acompañar y el desarrollo de la autonomía profesional.

La enfermera/o en empresas es una forma de ejercicio tradicional, pero aumenta progresivamente. En las empresas la atención sanitaria cambia de orientación en los últimos años. Tradicionalmente se basa en la atención a los problemas de salud reales de las personas

que trabajan en la empresa, y la orientación actual se centra en la prevención, además de la atención habitual. El cambio no es fácil, la dificultad empieza en las propias empresas. No se favorece el trabajo de personas expertas, para establecer estrategias de prevención sobre problemas de salud. El tema se impone desde las administraciones, debido a la alta siniestralidad laboral en España y Catalunya¹⁰⁵. Antes del cambio de orientación en la asistencia sanitaria, los/as profesionales sanitarios son percibidos por la empresa como personas que pueden dificultar la producción, y aumentar el gasto en medidas preventivas. En ese periodo, anterior a la década de los años noventa, la formación posgraduada para las enfermeras/os, es básicamente preventiva, ello genera una dicotomía entre los estudios y la práctica profesional, que es asistencial. El testimonio de un enfermero experto, que vive toda su trayectoria profesional en este ámbito ilustra el tema.

"Llevo 26 años [...]cuando hice lo de ATS de empresa ya funcionaba muy bien, lo de la prevención, lo que no se llevaba a cabo [...] porque las empresas no querían que entrara gente a crear conflicto en sus zonas de trabajo, no querían, pero nosotros, [...]estábamos marginados "usted póngase en este despachito pero no moleste, haga las visitas pero no moleste, no salga de aquí, por fábrica y por ningún lado, hombre de pasar, a lo mejor a revisar los botellines, si faltaba alguna bolsa por allí pero meterte en sitios de decir "bueno pues todo está mal colocado, esta gente está sin la mascarilla...", todo esto no querían[...]Entonces decía en plan asistencial, viene alguien a curarse, o tiene un problema o le duele algo pues esto [...]de que estaban haciendo insecticidas, de protegerse, no era una época, principios de 80" (E8)

La prevención laboral de las personas que trabajan en las empresas, no esta totalmente resuelta en la práctica cotidiana. Los ejemplos descritos por el testimonio de un enfermero experto en este ámbito, muestran la falta de medidas preventivas básicas en fábricas, que ofrezcan seguridad a las personas que trabajan en ellas.

"Si tenía una tendinitis o un golpe o una herida o problemas de tensión,[...] gente venía pues con, por ejemplo me acuerdo que los botes no había ningún tipo de aparato que los cerrara, y entonces ellos con las manos pum, pegaban golpes para cerrar el tapón, [...]siempre se quejaban de las manos" (E8)

Las/os profesionales sanitarios, realizan un análisis de la situación laboral, desde una perspectiva global de salud, porque tienen conocimientos, y experiencia y no están implicados en la cadena productiva. La empresa puede poner resistencias a la prevención de accidentes, o problemas de salud. Económicamente, a corto plazo, la empresa es más costoso cambiar una maquinaria, que mantener de baja a una persona. La ética de determinados empresarios no es adecuada.

"Aún hoy en día aún está marginado. [...]la él (el empresario) casi le sale más a cuenta de que tú estés de baja que no cambiar la máquina o el proceso [...] Es difícil pero se va metiendo ya, empresas grandes sobretodo, empresas grandes sí que ya te van dejando entrar un poquito claro, para evitar pues el tema de que la gente no se lesione o no tenga problemas de sobrecarga o tendinitis" (E8)

¹⁰⁵ Fuente: Datos estadísticos del año 2004, proporcionados por el *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, sobre *Accidentes en jornada de trabajo y enfermedades profesionales con baja según gravedad, por sector y rama de actividad*, en Catalunya y España.

En el análisis de la prevención de riesgos laborales a nivel global, el enfermero experto valora la situación de las personas trabajadoras. Determinados trabajos en fábricas comportan una preparación física importante de la persona que los realiza. Las empresas no facilitan los medios para que las personas estén físicamente en forma, y los trabajadores no están suficientemente motivados para prepararse. Este enfermero expone que las condiciones físicas de algunas personas trabajadoras, no se corresponden al trabajo que realizan.

"No favorecen a la gente, pero también luego un poco parte de la gente que tampoco ponen medios para que ellos se lesionen, ésta es la segunda. Hay gente por ejemplo pues bueno, que hace un trabajo pues intelectual, [...]esa persona a lo mejor se forma, estudia en la universidad, y hay gente que hace un trabajo físico y para hacer el trabajo físico a veces no están bien preparados o no están capacitados físicamente ellos para hacer esos movimientos, esas cargas, esto pasa muchas veces. Viene gente en plan de trabajo muy repetitivo y con unas muñequitas, un antebrazo muy finito, muy pequeño, lo que pasa es que en unos cuantos días se sobrecarga y tienen problemas, o con dolores de espaldas, [...]les cuesta el motivarse y prepararse un poco para su función que tienen que hacer y sin que ellos se dañe [...]Cuando vienen aquí buscan la pastilla milagrosa, "dame la pastillita que me cure", y le dices "esto no te va a curar, te va a mejorar, el dolor, la inflamación esto está aquí, tú tienes que poner de tu parte para que esto no se repita" (E8)

El progreso social de las mujeres es substancial. Progresivamente se incorporan al mercado laboral, pero este hecho no promueve un importante cambio en la gestión del hogar, ni en las tareas domésticas, que siguen estando a cargo mayoritariamente de las mujeres. Esta situación ampliamente estudiada y documentada, da lugar a la "doble jornada", la "jornada interminable", y la "doble presencia". La situación que se plantea de dificultad de conciliación entre la vida personal, familiar y laboral da lugar a soluciones diversas que no se han de basar en la disminución de la jornada laboral, que implique reducción de sueldo (Domínguez Alcón, 2001, 2004). Es una forma de reproducir la desigualdad. El reconocimiento social del papel profesional y laboral de las mujeres, progresa y es un proceso irreversible. Es un cambio que esta transformando la vida social en general, y familiar en particular (Domínguez Alcón, 2001:51). Es el Estado, la política, la empresa, el sistema educativo, los medios de comunicación, y en definitiva hombres y mujeres que han de diseñar, y poner en práctica estrategias hacia la igualdad de oportunidades, puesto que es una responsabilidad compartida. El testimonio de un enfermero de empresa experto, expone y reflexiona sobre el trabajo y las condiciones de la vida cotidiana de las mujeres. Contiene todas las preocupaciones que limitan y sufren las mujeres que trabajan en un sistema de producción, en un contexto laboral no facilitador.

"Luego está la mujer trabajadora que está mucho peor, la mujer trabajadora [...]si no está casada no hay problema pero si está casada pues claro, la zona fuera de casa, la de casa y si tiene ya un niño pues ya es mucho peor porque claro éstas no tienen tiempo ni de mirarse al espejo, todo esto...lo sufre mucho más todavía estas [...]mujeres tienen muchos problemas, [...]mujeres así, sobretodo mujeres en trabajos manuales repetitivos con problemas de espalda, problemas de muñecas [...] digo "a ver, venga, explícame tu horario de cada día" y decirle "es que a ver yo te puedo dar 1000 quilos de pastillas que esto no te va a mejorar, que esto no te va a curar lo que tú tienes [...]Te vienen depresivas, llorando, con mal genio, quieren que tú le arregles el tema y tú puedes participar pero no le vas a arreglar el tema y tienes que decir "tienes que hacer esto más esto"(E8)

El testimonio de un enfermero de empresa, ante las situaciones, y sufrimiento que diariamente le exponen las mujeres, receta soluciones a corto plazo, limitadas, y sexistas.

"Es que para mi la mujer, dependiendo de las cargas familiares que tenga debería trabajar x horas, o x por 2 o x por 3, lo que fuera, pero no una jornada de 8 horas, por ejemplo. La que está viviendo, por ejemplo pues con sus padres, sí, puede trabajar 8 horas tranquilamente pero la casada sin hijos debería trabajar menos porque en casa tiene que dedicarle un tiempo a la casa si el marido trabaja, y la que tiene hijos pues vamos, pues mucho menos tiempo, o sea una mujer con hijos tiene que trabajar como máximo 4 horas" (E8)

El enfermero/a de empresa, junto con los demás profesionales sanitarios, tiene la responsabilidad de prevenir. Esta prevención debe ser específica para cada lugar de trabajo. Orientan a los empresarios sobre estrategias globales de prevención. Es una práctica profesional preventiva y de acompañamiento, de aconsejar, de ponerse en lugar de la persona que trabaja, que es la persona mas vulnerable del sistema organizativo. De buscar soluciones creativas a nivel empresarial para favorecer la salud de las trabajadoras/ es.

La enfermera higienista es un espacio profesional emergente, en el ámbito hospitalario. Empieza al final de la década de los años ochenta. Se conocen con el nombre de "enfermera de control de infecciones". A través de años de trabajo compartido las "enfermeras/os higienistas", nombre actual, crean una Fundación que aglutina a los/as profesionales de Catalunya, País Valenciano y Andorra. El testimonio de una enfermera experta, higienista de un Hospital público, expone sus experiencias, situaciones y contexto donde realiza la actividad profesional.

"Evidentemente siempre tenemos los mismos criterios, somos de las primeras, nosotras somos las pioneras de la fundación de enfermeras higienistas de Catalunya, Andorra y el País Valenciano" (E16)

El ámbito de trabajo es el Hospital. El objetivo es reducir el nivel de infecciones nosocomiales. Todas las unidades y las/os profesionales, están directamente implicadas en la prevención de infecciones. El Hospital, es un medio que por su carácter cuenta con recursos para reducir o eliminar las infecciones que presentan las personas. Al mismo tiempo algunos elementos causantes de la infección en las personas, presentan un alto índice de resistencia a los tratamientos. Son situaciones reales y de riesgo de infección de las personas, que por su enfermedad son mas vulnerables, en el ámbito hospitalario. También aplican estrategias de salud laboral de los trabajadores del centro. Solo se puede controlar y prevenir desde el conocimiento experto de la enfermera/ o higienista. En su trabajo es tan importante la vertiente técnica, como la relacional. A través del testimonio de una enfermera higienista, expone el proceso histórico de esta práctica, y muestra el significado profesional de su actuación, de los beneficios que repercuten a los usuarios y a las/os profesionales.

"Entonces salió la plaza de control de infección de enfermera, y estaba aquí de directora la T.,[...] entonces me dijo "bueno, M., de momento en los controles de infección haces las guardias igual (de supervisora) e iremos haciendo camino. [...] he tenido que ir haciendo en el camino, yo, en esta plaza te sientes sola, sola [...]porque había el comité de infecciones,[...]otro compañero [...] dábamos las clases al personal del hospital de control de infección los dos, e íbamos a los congresos [...]Y a partir de aquí yo ya seguí sola, como control de infección [...] tú te has de brindar como ayuda siempre, [...]que ellos (el personal del hospital) vean que es un ayuda y entonces sin darse cuenta ya cuentan contigo, [...] Has de

tener mano izquierda has de tener unas dotes para ser enfermera de control de infección no puedes ser rígida, has de ser rígida pero con delicadeza, [...]se va haciendo el camino poco a poco[...]es una plaza que, como te gusta tiras adelante pero tienes momentos de encontrarte muy sola delante de muchas medidas, de muchas cosas que los médicos van a su...[...]te lo has de machacar mucho" (E16)

La enfermera higienista transmite la idea general y básica, de que se aísla la enfermedad no a la persona enferma. Este concepto universal tiene implicaciones positivas en la relación de ayuda que la enfermera/o establece con la persona enferma, humaniza la asistencia. Al mismo tiempo, técnicamente se establecen las medidas de prevención. La enfermera higienista favorece, que la persona enferma y los familiares se sientan mas seguros, mas tranquilos en el proceso de rehabilitación, a través de los/as profesionales del equipo. Transmiten la información con veracidad, alejada de otras prácticas de carácter paternalista.

"Siempre se le ha de inculcar a la enfermera que se aísla lo que es la enfermedad pero el enfermo no. Tú tienes todas las medidas,[...] tienes de todo para que tú le des la mano, te sientes un rato con él, le digas, le expliques, pues ayer por ejemplo tuve que hablar con las enfermeras, ya quedaron más tranquilas ellas, con la familia del enfermo delante del enfermo para que el enfermo se sienta que la información que tú le das a la familia es la misma que ha de tener él porque es su enfermedad [...] desmitificar lo que es y explicarle el porqué, que es para evitarle la transmisión del germen multiresistente que tiene él, a los demás enfermos, que para la familia no es ningún peligro y que para nosotras tampoco pero que sí que es un peligro que nosotras lo podemos transmitir a los demás enfermos [...]el enfermo se siente tranquilo" (E16)

En estas líneas narra una situación especial y crítica con la que se enfrentó, para limitar el contagio. Las situaciones nuevas generan los conocimientos necesarios para establecer circuitos y protocolos de actuación.

"El primer brote de multiresistencia aquí en el hospital tuvimos un enfermo que nos lo trajeron de otro hospital y no sabíamos nada, tuvimos que cerrar la UCI y abrir otra UCI al lado, nos avisaron de que tenía esta infección y claro, se nos infectaron nueve enfermos más. Esto para mí fue un aprendizaje terrible. Después ya, gracias a Dios no, no hemos tenido más porque ya creamos la vigilancia de los enfermos que vienen de fuera, que le hacemos un frotis, tenemos una vigilancia montada hasta en urgencias [...]en urgencias me hacen el protocolo [...] Todo, coordinado, todo el protocolo, protocolo de recogida de muestras, de agua, todo esto. También, hacemos cómo están los quirófanos, tenemos este aparatito donde metemos las placas..." (E16)

La enfermera higienista, enfermera experta, en el ejercicio de su trabajo mantiene el equilibrio entre conocimientos, técnicas y la relación de ayuda que establece con usuarios y profesionales. Las actitudes que desarrolla se relacionan con: la comunicación, consejo, facilitar medidas y recursos, todo ello ejerciendo la autonomía profesional. En este espacio se han descrito y analizado prácticas enfermeras emergentes.

La *Tabla 6.4* muestra los espacios profesionales que presentan características comunes, aunque también diferencias especialmente a nivel técnico. Estas prácticas enfermeras tienen en común, el tipo de unidad en la que se ubican, es una unidad funcional, sin un espacio físico determinado, y específico para desarrollar su acción cuidadora. Dada la especificidad del ejercicio profesional, requiere un alto nivel de actitudes relacionales, conocimientos y experiencia. Son espacios profesionales que requiere de profesionales expertos. Describen el

proceso de ayuda profesional en el que primero valoran la situación global, en la que examinan los datos sobre el problema potencial o real que han de resolver. Planifican estrategias, objetivos e intervenciones. Establecen una relación de confianza basada en actitudes específicas, importantes y esenciales. Las actitudes son: tacto, autenticidad, paciencia, prudencia, verdad, comprensión y/o compasión. Facilitan la adopción de ideas y prácticas específicas; es el periodo en que el profesional aconseja, educa, proporciona protocolos, establece circuitos, y apoya; finalmente la evaluación del proceso, e incorporación del conocimiento generado al resolver el problema. En cuidados paliativos las enfermeras/os tienen el objetivo esencial de dar soporte a la personas en el proceso de muerte y sus familias. Los rasgos y actitudes profesionales de esta práctica se concretan en “saber estar”, la compasión, la responsabilidad y la autonomía profesional. El objetivo principal de la enfermera de enlace Hospital/Atención Primaria, es aumentar el nivel de bienestar y salud de las personas. Los rasgos y actitudes profesionales de esta práctica están relacionados con la comunicación, acompañar, facilitar la independencia y adaptación de las personas. En las empresas el propósito fundamental de la práctica enfermera es la prevención de los riesgos laborales de las trabajadoras/es. Esta actividad profesional se realiza mediante la comprensión, el consejo, el acompañamiento, ejercido con autonomía profesional. Las enfermeras/os higienistas tienen la finalidad profesional de reducir el nivel de infecciones nosocomiales de las personas ingresadas en organizaciones asistenciales. Esta tarea profesional la realizan a través del compromiso, la comunicación, el consejo, facilitar medidas y recursos y autonomía profesional. Los valores que se muestran con más significado en estas prácticas profesionales emergentes son principalmente el altruismo, la dignidad de la persona, y la libertad. Los dos primeros son valores asidos y desarrollados por las enfermeras en toda la trayectoria profesional. El valor emergente y consolidado en estas prácticas profesionales es el de libertad, la actitud de autonomía profesional parece tener un especial significado. Otros valores que se desarrollan de forma desigual son: verdad, y justicia. Como en otras prácticas profesionales, los valores deben de desarrollarse para avanzar profesionalmente.

Gestión enfermera en las organizaciones sanitarias

A principios del siglo pasado, se produce un cambio en la concepción y estructuración del Hospital. Se incorporan nuevas tecnologías para el tratamiento cada vez más especializado de las enfermedades que padecen las personas. El Hospital deja de ser de beneficencia y se convierte en un servicio de salud (Valls Molins, 1998: 74). Los Hospitales se crean y orientan el servicio al cuidado de personas enfermas sin recursos económicos. El modelo organizativo se constituye, organiza, y mantiene por enfermeras y enfermeros religiosos. Las personas enfermas sin recursos, son atendidas por enfermera/os religiosos, ayudados por seculares. Transmiten sus conocimientos de generación en generación (Domínguez Alcón. 1986). Cuando la terapéutica y la técnica se hace más compleja, las organizaciones hospitalarias cambian, y progresivamente el colectivo médico asume la gestión, y el poder, que mantienen en el transcurso de los años. Las enfermeras/os religiosas y seculares, en tareas asistenciales y de gestión, pasan a ocupar un segundo lugar. Se subordina la práctica de los/as cuidadores.

Las organizaciones sanitarias en la actualidad, son empresas que aplican criterios de eficacia y eficiencia, ante los recursos escasos para atender a las crecientes necesidades de las personas en materia de salud. Se articula la asistencia a través del modelo biomédico. La práctica enfermera se caracteriza por ser polivalente, y flexible. Se desarrolla en múltiples escenarios. A partir de la década de los años ochenta las enfermeras/os, asumen la gestión, más o menos limitada del colectivo.

Tabla 6.4

Características de las prácticas enfermeras y valores identificados emergentes: Cuidados Paliativos, Enlace Hospital/ Atención Primaria, Empresas, y Higienista¹⁰⁶.

Prácticas emergentes y objetivos	Rasgos y actitudes profesionales	Valores identificados
Cuidados Paliativos Dar soporte a las personas en el proceso de muerte y a las familias.	“Saber estar” Compasión Responsabilidad Autonomía profesional	Dignidad humana Altruistas Verdad Libertad
Enlace Hospital/ Primaria Aumentar el nivel de bienestar y salud de las personas.	Autonomía profesional Comunicar Acompañar Facilitar la adaptación e independencia	Libertad Altruistas Justicia Dignidad humana Verdad
Empresa Prevenir riesgos laborales de las trabajadoras/es	Aconsejar Autonomía profesional Comprender Acompañar	Altruistas Libertad Dignidad humana
Higienista Reducir el nivel de infecciones nosocomiales de las personas ingresadas	Aconsejar Facilitar medidas y recursos Autonomía profesional	Libertad Justicia Dignidad humana Verdad Altruistas

Elaboración propia

¹⁰⁶ Características comunes: unidad funcional; profesionales enfermeras/ os experta; proceso de atención profesional: valorar; identificar problemas; establecer estrategias, objetivos e intervenciones; establecer una relación de confianza: compasión, compromiso, veracidad, autenticidad, tacto; facilitar la adopción de ideas y prácticas específicas; evaluar el proceso e incorporar el conocimiento generado.

Las gestoras/es enfermeras/os realizan un trabajo arduo y complejo para articular la creciente mejora del servicio enfermero en las organizaciones sanitarias. Diversos factores organizativos y de gestión, repercuten en la práctica profesional. En este capítulo se analizan algunos elementos: (1) rasgos organizativos empresariales que influyen en la práctica enfermera experta; y (2) gestión enfermera: motivación, formación y práctica.

Los rasgos organizativos empresariales que se analizan por la repercusión en el trabajo enfermero son: (a) modelos de gestión; (b) carácter de las organizaciones; y (c) organizaciones sanitarias públicas versus privadas. A finales de la década de los años noventa se desarrolla en Catalunya un nuevo modelo de gestión transversal en las organizaciones sanitarias públicas, con el propósito de aumentar la calidad de la atención global al usuario. El eje organizativo es el/la usuario, y el organigrama se transversaliza¹⁰⁷. Este modelo teóricamente no es jerárquico. Aunque desde la perspectiva profesional aún no es un modelo democrático, repercute según se aplique en la práctica profesional enfermera.

La evolución en el espacio profesional enfermero se acompaña de cambios, los más relevantes se manifiestan en la concepción de nuevos paradigmas de cuidados, y metodologías. Las gestoras enfermeras/os, que asume la responsabilidad de implementar ese proceso, en los centros asistenciales, habitualmente lo realizan de forma dirigida y jerárquica. Sin embargo, tales cambios aunque implican modificaciones externas, por ejemplo cambios en la documentación, no son auténticos, y reales si no van acompañados de la adopción de valores profesionales, y modelos enfermeros. El testimonio de una enfermera experta expone su reflexión sobre este tema.

"Estamos en un modelo antiguo por decirlo de alguna manera nosotros, [...] los que están trabajando en el hospital pues les pasa lo mismo, los que saben de arriba, entre comillas, cambian, modifican, ahora haremos esto, ahora haremos aquello, ahora estos protocolos no, ahora aquellos, ahora esta unidad de esta manera, ahora aquella y a la gente no le han preguntado ni si le parece bien, ni cómo lo ven, ni qué dificultades tienen para trabajar, ni si lo pueden llevar a cabo, ahora se tiene que hacer de esta manera porque ha cambiado no sé quién y ahora se ha de hacer no sé qué, o sea, estamos en un modelo antiguo.[...]Trabajamos para una organización que no tienen muchas ganas de que la enfermería avance y hay situaciones de poder establecidas que se mantendrán y que se quiere ellos (médicos) quieren mantenerlas y que están ocupando nuestro poder y esto no lo podemos perder de vista" (E1)

En las organizaciones sanitarias los médicos siguen en situación dominante y se resisten a la participación de las enfermeras/os en temas de planificación (Fajardo, 2004:10). La estructura se articula entorno al modelo biomédico, centrado en la enfermedad, mas que en el enfermo, y el tratamiento biológico. Los cuidados aplicados por las enfermeras/os se articulan de forma secundaria y silenciosa. El carácter que transmiten las empresas sanitarias en su praxis, es diferente según su orientación "cuidadora" o "no cuidadora". Las organizaciones que por trayectoria histórica son cuidadoras, se preocupan formalmente de las/os profesionales que trabajan. El testimonio de dos enfermeras expertas ilustran el tema. El primer testimonio es una enfermera que trabaja en un Hospital público. Percibe que "cuidan de las personas que trabajan". Son organizaciones que tienen identidad propia, con principios y valores que las gestoras/es, entre otros profesionales, transmiten a las demás personas que trabajan, y en consecuencia repercute positivamente en la calidad de la atención prestada.

¹⁰⁷ Fuente: información colegial. Colegio oficial de Diplomados en enfermería. Diciembre 1999.

"Encima embarazada, que ya tienes lo tuyo, pues bueno. Pero de hecho me quedé embarazada y quería seguir[...],Lo que sí cuidaban cuando estuviera embarazada es que no estuvieras en estas plantas (oncología pediátrica), esto sí que lo cuidaban en el Hospital [...]Bueno, yo estoy en la nueve, cansada, pido cambio y me dicen si quiero ir a la diez" (E9)

El testimonio de una enfermera que trabaja en un Hospital público, transmite la percepción negativa sobre la gestión. Manifiesta la falta de sensibilidad de los gestores/as, hacia el personal. Es un ejemplo de una organización sanitaria que posiblemente, no trascienda su identidad.

" ...del mundo sanitario porque es un tío, es un empresario y esto no se puede gestionar como se gestiona la SEAT o como se gestiona una fábrica de tornillos. Pero ahora van por ahí las cosas" (E19)

Se parte de la idea de que son las propias enfermeras/os, en especial las gestoras/es, las que transforman su práctica (De Pedro, 2004: 30). Es esencial identificar los elementos que dificultan la acción enfermera. Diversos factores de las organizaciones sanitarias privadas, sustentados por valores predominantemente materialistas, repercuten en la práctica enfermera experta. Son elementos que se analizan y comparan con las organizaciones sanitarias públicas. Estos factores están relacionados con: (a) mayor carga de trabajo; (b) condiciones laborales negativas; (c) menores posibilidades de mejora; (d) mayor polivalencia en la atención; (e) menos autonomía profesional; (f) más exigencia del usuario; y (g) mayor desigualdad jerárquica profesional . Se analiza algunas diferencias a través de los testimonios de enfermeras que a lo largo de su trayectoria profesional conocen los dos ámbitos. Las condiciones laborales en las organizaciones sanitarias privadas no son iguales. Los salarios, los días de descanso, y la organización presentan limitaciones. El testimonio de una enfermera experta que trabaja en un Hospital público, recuerda las diferencias respecto a las condiciones laborales de un centro privado.

"Yo venía de Bosnia y cuando llegue aquí pues yo pensaba "esto, esto es campo y playa", la gente se quejaba y protestaba y yo decía "pero de que se quejan, pero mira, si tienen de todo", tienen todo el material que necesitan, tienen a los médicos aquí todo el día, tienen todos especialistas, tienen una supervisora que se encarga de gestionar la unidad, yo, encantada de la vida. Es que yo cuando llegué aquí, desde donde yo venía a esto [...]luego esto de tener días de fiesta y asuntos personales y de recuperaciones [...]a mi todo eso me parecía que de repente había aterrizado en otro planeta, era una cosa extraordinaria, vacaciones, cuando sólo te tenías que poner de acuerdo con tu compañera,[...] Abismal" (E19)

La carrera profesional en las organizaciones sanitarias públicas se instaura, y permite una mejora y reconocimiento de las diferentes trayectorias profesionales. En los centros sanitarios privados este proceso es más lento. El testimonio de una enfermera que trabaja en una Clínica privada, pero que a lo largo de su trayectoria conoce centros públicos, expone la opinión sobre el tema.

"No tienes posibilidades de mejorar ni de promocionar, lo que quieras, pero ni hablarlo, si te dicen que no pues no y no hay lucha ni hay nada" (E13)

Las enfermeras/os, en el sector privado son polivalentes. Las personas enfermas que atienden tienen patologías diversas, los médicos no son siempre los mismos, no forman equipo. Hay

una gran variabilidad de la práctica médica. El testimonio de una enfermera gestora de una Clínica privada expone la reflexión sobre el tema.

"La enfermera del sector privado tiene que estar más preparada que la persona del sector público, porque cualquier enfermera en una planta pueden tener desde una artroscopia, una prótesis, una traqueotomía que ya ha pasado por la UCI pero bueno, es igual, está ahí, un enfermo de medicina o cualquier patología de medicina, y entonces , tiene que saber cómo actúa ese médico, que es lo que quiere" (E2)

Otro factor que repercute en la práctica enfermera es el ejercicio de autonomía profesional, actitud profesional sustentada por el valor de libertad. Las enfermeras/os en el sector privado aunque quieran ejercer con la autonomía profesional que les corresponde, no pueden. Parte del colectivo médico tiene poder, y lo ejerce. Es una relación jerárquica, y en ocasiones distante, especialmente en médicos de generaciones mayores, que perpetúan ese espacio de poder. El testimonio de una enfermera experta, que trabaja en una Clínica privada, expone el carácter y las actitudes de las relaciones con los médicos. También identifica los rasgos de determinadas enfermeras/os que ayudan a perpetuar esta situación.

"El privado privadísimo (Clínica) es más el tema de antes, de médico de mando Y después las enfermeras van allí y dicen "mi jefe", hablan de su médico, o sea la enfermera que pasa consulta con el doctor tal pues mi jefe...[...] Sí que tengo una lucha, aquí no hay nada que hacer porque quiero decir, es una tiranía, quiero decir es un dictadura, "yo soy el jefe, esta es mi clínica y punto", es decir se ha acabado, es que no hay más vuelta" (E13)

Las personas usuarias del sector privado son mas exigentes en temas relacionados con los aspectos hosteleros. Las profesionales enfermeras/os que trabajan en el sector privado se adaptan al medio, un medio, a veces hostil. Usuarios exigentes y mas preocupados por los aspectos hosteleros, que a los aspectos de competencia profesional. Los aspectos de forma, acordes con la posición social de las personas usuarias del servicio son los prevalentes. Tienen la percepción de que pueden exigir, porque pagan directamente el servicio. El testimonio de una enfermera gestora de una Clínica privada expone su opinión sobre el tema.

"La relación con los pacientes cambia completamente, la relación en un centro privado [...]con los familiares o con los pacientes,[...] Pero la relación muy bien, no te pedían lo que se está pidiendo en los centros privados, en los centros privados la gente por el hecho de pagar una mutua pues se creen o te exigen muchísimo más, a nivel de todo, a nivel principalmente de hostelería, a la gente a veces da la sensación de que poco les importa que la sonda la pongas bien o mal, les importa más sí la tele está funcionando, sí el servicio de comedor les va bien.[...]Y la relación también es más difícil porque te exigen más, lo que es un hospital público pues parece que es un poco lo que nos toca a todos pero el privado, es un desembolso adicional que hace la gente por pertenecer a un centro privado [...]Ya no te digo sí hablamos de un paciente privado, con lo cara que es la sanidad, entonces ya es a nivel de exigencia..." (E2)

El testimonio de una enfermera gestora de una clínica privada, expone que a causa de las características del sector privado, es poco frecuente que una enfermera de un Hospital público, se traslade a trabajar al privado. En un centro privado las enfermeras/os están acostumbradas a callar, a tener una dosis elevada de paciencia, a aguantarse, incluso planifican estrategias en situación de conflicto, para atenuar y controlar las posibles reacciones de las enfermeras/os.

"Es raro que una enfermera que viene de un hospital público pase a un hospital privado[...]alguna enfermera que vienen para hacer alguna baja y a trabajado más tiempo en un hospital público les cuesta, les cuesta mucho; las que han empezado en un centro privado no porque[...] están muy acostumbradas a eso, a sortearlos, a aguantar, a callarse con los familiares y enseguida pues ya tenemos un circuito establecido que enseguida no se enfrenta nunca a una misma persona siempre a una segunda, a una supervisora,[...]para que no siga empeorando la situación. Lo que tampoco no hacemos es cambiar a los pacientes de planta porque ellos decidan que tal enfermera no le gusta,[...] las enfermeras sí que aguantan [...]cuando llamen a un timbre pues se tenga que ir más rápido en un sitio privado que en un sitio público, el que, a lo mejor te estén llamando insistentemente por un jarrón de flores[...]Mucha paciencia es algo que resaltaría de los centros privados.[...]por ejemplo [...]Vas a dar la medicación, bájeme la persiana y si no además que todo el mundo vea la insistencia para que le bajes la persiana. Esto en los sitios públicos, no lo había visto nunca" (E2)

En el sector privado la economía depende directamente de la solvencia de los usuarios. El testimonio de una enfermera que trabaja en este sector expone el tema.

"De hecho muchas veces "no baje este paciente porque no ha pagado", esto así, pero es que funciona así" (E13)

Los factores analizados son diversos, y dificultan el trabajo enfermero en los centros sanitarios privados. Aunque en las organizaciones sanitarias públicas, tampoco tienen resueltos todos los problemas. El testimonio de una enfermera que aprecia las ventajas del sector público, a través de su experiencia expone que las dificultades también se encuentran en las organizaciones sanitarias públicas.

"Yo encantadísima de la vida, hasta, claro, luego cuando van pasando los años te das cuenta de que el sistema no es tan maravilloso, por comparación pero nada más, y que si te pueden hacer la puñeta te la van a hacer, que no dejan de ser empresa, solamente que aquella era una empresa privada y ésta era una empresa pública" (E19)

Las organizaciones deben establecer las condiciones para que las enfermeras/os ejerzan en plano de colaboración con otros profesionales, en el sector público como en el privado. Las enfermeras/os deben de ofertar servicios efectivos a las personas, para promover el cambio (De Pedro Gómez, 2004; López Alonso, 2004). La distancia jerárquica, transmitida a través de actitudes, entre médicos/as y enfermeras/os en las organizaciones sanitarias, especialmente las privadas, se apunta como la causa principal de las desigualdades que se producen, más que la división del trabajo. Es necesario profundizar en las condiciones de trabajo y la división jerárquica de las/os profesionales en ambos sectores, y los valores que sustentan sus prácticas. También es preciso recabar en las motivaciones personales y profesionales que hacen que las/os enfermeras se mantengan en los espacios privados durante toda la trayectoria profesional.

La gestión enfermera forma parte de la práctica profesional. La articulación de esa parcela de poder que se otorga a las enfermeras/os gestoras, dentro de organizaciones sanitarias, es clave para el avance profesional. Las motivaciones que las enfermeras/os tienen para formarse en gestión y acceder a una plaza, esencialmente son dos: la primera se orienta en la necesidad percibida de cambiar la práctica; la segunda especialmente en las últimas décadas del siglo XX, se apunta la gestión, como la única forma de progresar económicamente, y

jerárquicamente, no está implementada la carrera profesional. Las enfermeras/os deciden acceder a sitios directivos después de ejercer en la asistencia directa a las personas. Diversos testimonios de enfermeras/ os exponen sobre este tema, a lo largo del análisis.

"Después me cambié hacia el mando de la gestión porque [...]pensé, bueno, si quieres arreglar esto lo mejor que puedo hacer, en vez de criticar pues es hacer un curso de gestión a ver si desde el otro lado pues puedo cambiar algo, luego si ahí dentro no puedo cambiar nada pues haber si desde el otro lado puedo cambiar algo" (E2)

Cuando acceden al poder son capaces de comprender las situaciones y problemas que plantean las/os profesionales.

"Empecé esta etapa pensando que era más fácil el poder cambiarlas porque a parte pues ya había trabajado en la asistencia, sabía lo que sentía la enfermera [...]desde luego trabajar pues también te da una preparación de saber lo que las enfermeras están sintiendo cuando te están pidiendo algo, [...]te das cuenta de que funcionas también a base de sus gestos [...] En esta etapa al principio poner en práctica toda aquella parte ideal que yo tenía" (E2)

La formación en gestión, ofrece conocimientos específicos, y adecuados para mejorar la práctica. A través de la formación académica en gestión toman conciencia de la complejidad técnica y humana en la actividad profesional en este ámbito.

"Hice el primer curso de gestión de enfermería, quizás en el ochenta y cinco [...],te vuelves aún más crítica porque ves lo que se puede hacer y no se hace, te enseñan a valorar recursos tanto económicos como humanos, [...]no se aprovecha todo lo que se tiene que hacer, [...]Claro me chocó porque entonces empezaba a ver, a oír que existían en los hospitales una persona que se llama gerente, que existían una serie presupuestos, yo hasta el momento pues todo esto pensaba que no tenía tanta importancia, todo esto de los recortes [...] que pudieras aumentar el personal, que pudieras aumentar o no el presupuesto o la dotación del material [...]esto venía de más arriba" (E2)

En el proceso histórico reciente, al final de la década de los años ochenta, un grupo importante de gestoras en Enfermería, la mayoría con cargos de máxima responsabilidad, como son las direcciones de Enfermería de Hospitales públicos y privados, de Catalunya, reciben formación en un master en gestión diseñado específicamente para la profesión enfermera. Son enfermeras/os gestoras con años de experiencia, que perciben la necesidad de formarse, ante la oferta especial a la carta. A través del testimonio de una enfermera asistencial, que realiza el curso con ellas, muestra algunos aspectos de la gestión enfermera, transmitidos desde la experiencia por las enfermeras/os gestoras expertas. Toma conciencia de algunas dificultades que deberá resolver en la gestión.

"Estaba con todas las directoras, habían muchas, además de los hospitales públicos grandes, que aprovechaban para hacerlo (el master en gestión enfermera)el primer año, [...] Empezaron a hablar, [...]del personal existente que ya tenían, empecé también a pensar que en un hospital o en una clínica todo el mundo no es igual, pero que está contratado y tienes que contar con él, o sea que tienes que cargar con esta gente que a mi me molestaba, por resultado no la puedes sacar tan fácilmente. Si tal persona no funciona y lo sabemos todos, qué hace en esta planta, y por qué esta persona no rota como los demás [...] eso no pasaba ahí en el hospital si no pasaba en todos" (E2)

Diversos factores externos y internos condicionan a las enfermeras/os, en la práctica profesional gestora. En las organizaciones sanitarias, se mantiene la ausencia de reconocimiento de la experiencia, valía, expertise y preparación profesional, aunque la implementación progresiva de la carrera profesional puede atenuar la situación de las enfermeras/os. No obstante este factor es esencial, y no está suficientemente estudiada la relación entre baja motivación enfermera, y ausencia de reconocimiento profesional. En la práctica, la gestión enfermera, especialmente en centros privados, tampoco consigue tener un nivel de poder equiparable, por ejemplo al colectivo médico. El testimonio de una enfermera experta en gestión ilustra el tema.

"En la empresa pues bueno, a medida que vas, vas subiendo de categoría profesional pues sí, cuentan más contigo pero, vaya, creo que nos falta para estar en el mismo nivel que podría estar pues el médico.[...] Con el gerente la enfermera prácticamente, a ver sí quiere algo puede ir y está abierto a reconocer de hecho ha hablado y sigue hablando y, pero de hecho, bueno, no hay relación" (E2)

La gestión enfermera es compleja, especialmente en los mandos intermedios. Su autonomía es limitada en la toma de decisiones, en algunas ocasiones no se sienten suficientemente apoyadas/os por las direcciones de enfermería, y en otras los cambios que la dirección promueve y ella/él implementa, no son bien acogidos por las enfermeras/os asistenciales. Es un espacio profesional situado en el centro, el contexto es difícil, principalmente cuando determinadas decisiones y los valores que las sustentan, entran en conflicto con los valores personales y profesionales de las enfermeras/os gestoras. El testimonio de una enfermera que ocupa el cargo de supervisora de una unidad, ilustra el tema.

"Esta experiencia ha sido muy dura y es que estás en el medio y eres el cabeza de turco para enfermería, para los médicos, pierdes por todas bandas, nunca está nadie contento..." (E13)

Son espacios profesionales, que las enfermeras/os deben transmitir los valores de las organizaciones que representan, al personal sobre el que tienen responsabilidad. No obstante, el ejercicio profesional enfermero en gestión a nivel intermedio, esta, a veces, lleno de paradojas. A través del testimonio de una enfermera experta, se muestran situaciones incoherentes. Los criterios de selección de la enfermera/o gestora deben comprender tres vertientes de experiencia y conocimiento: primero en gestión; segundo sobre el contexto de práctica profesional específica; y tercero en cuanto a valores profesionales, que deben de ser coherentes, o no excluyentes, con los de la organización sanitaria.

"Vi Hospital X privado de asistencia pública, supervisora de enfermería, entre veinticinco y treinta y cinco años, envié el currículum [...] me llaman y me presenté. Me asusté bastante cuando entré porque es de monjas, [...] acabé muy saturada (estudio en un colegio religioso) y cuando vi al entrar allí los crucifijos digo ¡ay, madre, dónde me he metido! [...] Y me vio un señor que era el gerente pienso, y me hizo un examen grafológico, [...] me dijo que a mi es que me gustaba mucho el dinero porque [...] yo puse lo que me pareció justo, que ya sabía yo que era desorbitación [...] Me la dieron. La jefa de enfermería me dijo, "¡ah, pues usted ha estado en quirófano, pues qué casualidad!" y yo me quedé de pasta de boniato porque pensaba que me habían cogido porque yo tenía experiencia en quirófano" (E13)

El testimonio de esa experiencia, no solo presenta inconexiones y paradojas en el proceso de selección, si no también en el objetivo real de su práctica profesional, que se corresponde con realidades de épocas pasadas, no actuales.

“La supervisora total (del quirófano), era una monja, una monja que odiaba quirófano a muerte y no sabía y por esto lo odiaba, [...] tenía un carácter más bien débil [...] Las monjas cuando yo entré me dijeron tú lo has de hacer, o sea lo que les interesaba era que controlara si las instrumentistas ligaban a los médicos, esto es lo que querían las monjas que yo hiciera” (E13)

La gestión enfermera, la gestión del personal sanitario de enfermería, enfermeras/os, y auxiliares de enfermería, es compleja. Coordinan al grupo más numeroso del ámbito sanitario, y ven limitados sus espacios de poder. Asumir las direcciones de enfermería, en las organizaciones sanitarias, es un reto importante que consiguen las enfermeras/os, a finales del siglo XX. Pero a inicios del siglo XXI, el proceso continúa, los problemas que se plantean en la práctica profesional enfermera, no se resuelven por ostentar la dirección. Las gestoras enfermeras/os tienen potencial para generar cambios importantes en la práctica profesional, y deben implementarlos. Las gestoras/es realizan un papel fundamental en la motivación, y asunción de valores profesionales que lleve a la consolidación de la identidad enfermera, y avance profesional.

Del análisis de la gestión enfermera en las organizaciones sanitarias, destacan, a modo de síntesis, rasgos relevantes de sus prácticas profesionales. (1) En primer lugar las limitaciones en el ejercicio de poder, proceden, generalmente, del exceso en el ejercicio de poder de otros colectivos profesionales: gerentes, médicos. (2) En segundo lugar, se parte de la idea de que, a pesar de esos condicionantes, el área que gobiernan es amplia. (3) En tercer lugar, aún tienen condicionantes internos: en los espacios de gestión, especialmente los intermedios, ejercen enfermeras/os, que asumen los cargos en gestión antes de instaurarse la carrera profesional, y parten de una única motivación principal que es el progreso profesional, y actualmente no potencian los cambios en la profesión. (4) En cuarto lugar, un factor que favorece, y ayuda a su práctica profesional, es la coherencia de sus valores profesionales con los valores de la organización. En caso contrario, por ejemplo en algunas organizaciones privadas¹⁰⁸, que los valores tienden al materialismo y a la técnica, las enfermeras/os gestoras, deben disponer de estrategias sólidas, para que las enfermeras/os asistenciales puedan cuidar, en base a los valores y actitudes profesionales, de los modelos de cuidados. La práctica profesional enfermera, debe de estar sustentada con bases éticas consistentes, manifestadas a través de actitudes cuidadoras, que sobrepasan el marco organizativo empresarial, especialmente cuando no se ajusta al sistema de valores profesionales.

(5) Un quinto punto a considerar es el potencial que deben generar, e implementar las enfermeras/os gestoras, su papel es esencial en el avance profesional: (a) cuidar a las cuidadoras/es; (b) implementar los modelos de cuidado y metodologías, con estrategias democráticas y participativas, que ayuden a la consolidación de valores profesionales; (c) favorecer la investigación, y publicación en Enfermería en los centros sanitarios; (d) potenciar las estrategias e intervenciones, de las enfermeras/os asistenciales; (e) ser creativas en los mecanismos de contratación, y horarios, y sustituciones de las enfermeras/os, tendientes a

¹⁰⁸ En la presente investigación se consideran organizaciones sanitarias públicas, las que dependen de la aportación económica del Estado. Por tanto se incluyen las organizaciones privadas que ofrecen asistencia en la red sanitaria pública. Las organizaciones sanitarias privadas dependen de la aportación económica de mutuas de asistencia sanitaria privada, o de la aportación económica directa de las personas usuarias.

conciliar la vida laboral y familiar; especialmente en las enfermeras/os noveles, articular adecuadamente su incorporación al mundo laboral; y (f) valorar las estrategias de formación a estudiantes enfermeras/os, como fuerza motivadora de las enfermeras/os asistenciales expertas.

Asistencia Primaria y autonomía profesional.

Los cambios producidos en la asistencia sanitaria para mejorar el nivel de salud de la población en España, tienen un punto de partida, un antes y un después de la Ley General de Sanidad en 1986. Se crea un nuevo Sistema Nacional de Salud, con una nueva estructura de los servicios sanitarios, y de los organismos encargados de su gestión (Fernandez Ferrín, 1995:123). La asistencia sanitaria pública se orienta en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Uribe, 1996). Se implementa a través de un cambio en profundidad en Asistencia Primaria. En Catalunya, en 1990, traspasan las competencias Sanitarias, (Ley de Ordenación Sanitaria (15/1990, de 9 de julio). A fin de hacer efectivo el derecho constitucional de protección de la salud, se establecen y se descentralizan dos ámbitos de actuación: Asistencia Primaria, y Hospitalaria. Esta última mediante la red hospitalaria de utilización pública (XHUP). El cambio en la Asistencia Primaria es el que mas repercute en la práctica enfermera. Las enfermeras/os que trabajan en Asistencia Primaria, cambian su centro de atención del médico (antes de la reforma) al usuario (después de la reforma). El testimonio de una enfermera describe la práctica enfermera de ayuda al médico en su trabajo asistencial, previo a la nueva legislación.

"En cirugía estábamos 3 enfermeras. Con lo cual había 2 consultas del cirujano y otra doblábamos gasas, que entonces se doblaban gasas. El cirujano curaba en las 2, iba pasando, había una enfermera en cada una y rotábamos. Se hacían pequeñas intervenciones pues por ejemplo uñas incarnatas y también se hacían, algún quistecito,[...] las tres no teníamos trabajo" (E4)

Se centra el análisis en el proceso de cambio en la orientación, de la atención sanitaria en Asistencia Primaria de Catalunya, que empieza al final de la década de los años ochenta. A través de este proceso las enfermeras y enfermeros, asumen progresivamente un alto grado de responsabilidad, y autonomía en los cuidados que ofrecen a la población. El proceso de cambio, se desarrolla en dos etapas: (1) la etapa de prerreforma; y (2) la reforma. En este apartado también se analiza:(3) la práctica enfermera en Asistencia Primaria. El proceso de cambio no es fácil para las/os profesionales sanitarios. Especialmente dos colectivos: enfermeras/os y médicos.

En la etapa de prerreforma, en el periodo de 1986 al año 1989, la adhesión al cambio es voluntaria. Algunas enfermeras/os parten de su inquietud profesional y empiezan la búsqueda de información. El testimonio de una enfermera, actualmente dedicada a la investigación, que vive el proceso, expone la experiencia y percepciones sobre este tema. La auto formación lleva a descubrir la práctica enfermera en la comunidad.

"De pronto empecé a descubrir la Atención Primaria. [...]Y hice todos los cursos que hacían en el IES de atención primaria, la entrevista clínica, la atención a la comunidad, [...] yo necesito saber eso que dicen que pasa. Y entonces había la historia clínica de la atención primaria,[...] la historia clínica unificada, para toda Cataluña, o sea ya se empezaban a medio abrir los centros de pilotos.[...] Entonces yo dije que a mí me interesaba el tema [...]Pero en esto llegó un médico de familia [...] él quería hacer una consulta

diferente, y yo que quería hacer algo diferente [...] nos dejaban dos consultas que las podíamos utilizar [...] Y entonces la primera hora hacía los domicilios, me acuerdo que él me decía "ven conmigo al domicilio que necesito la opinión de una enfermera", y fui,[...], pues Total que entonces volví a recuperar los apuntes de la convalidación, los apuntes de la Virginia Henderson y [...]la ver si veo lo que tengo que hacer,[...] ya poco a poco fui construyendo" (E4)

En los primeros años de la reforma de la atención Primaria, las enfermeras/os toman conciencia de todo el potencial profesional al servicio del usuario. Del cambio profundo que supone la nueva orientación de la práctica profesional. Basar la asistencia en los nuevos modelos de cuidados, sustentados por valores profesionales, utilizar la metodología y el lenguaje profesional. Es un cambio relevante en cuanto a asumir el papel social de la enfermera/o. El testimonio de una enfermera experta narra la situación profesional que desencadena la toma de conciencia del papel fundamental de la enfermera/o, a penas desarrollado hasta entonces.

"Me acuerdo que tenían una incontinencia y estaban utilizando trapos con el abuelo, lo cual era un lío porque toallas, que lo cambiaban,[...] porque nadie les había explicado que había unos pañales de incontinencia y que pasaban por la seguridad social [...] Total que yo me acuerdo que llegamos al centro y yo le dije al C. (médico) "no, yo no puedo irme a casa sin que esta gente tenga sus pañales", total que me hizo las recetas, se la traje a firmar por el inspector y les llevé las recetas otra vez porque dices "bueno, cómo van a estar en estas condiciones", y entonces ya les estuve ayudando a ponerlo, era un cambio [...] y el médico [...] no se había fijado en qué pasaba,[...]Eso era un tema que él no tocaba [...]"pues la higiene, como están,[...] Quizás es de los que más me impactó a nivel de decir con qué poco resuelves un montón de cosas" (E4)

Otro cambio significativo, es que la historia clínica de la persona usuaria, se unifica, es la misma para todos los profesionales. Las enfermeras/os realizan la valoración, planificación y seguimiento de la persona que atienden, ese registro queda en la historia del usuario de forma permanente. Históricamente los registros correspondientes a la práctica profesional enfermera acerca de la persona usuaria, se eliminan nunca hasta ahora se conservan. Es un elemento más que diluye y hace desaparecer la intervención enfermera realizada; puesto que se eliminan los trazos escritos que pueden dar testimonio de que se ha realizado. Otro aspecto del cambio es que la historia es del usuario, no del profesional. En el desarrollo de este proceso la enfermera/o asume el papel de profesional autónomo. Se sigue el testimonio de esta enfermera que expone su experiencia personal.

"Fue como un aprendizaje de hacer historias, claro, yo no había trabajado con nadie.....me acuerdo que escribía en limpio lo que tenía luego que poner en la historia porque claro, no tenía ninguna enfermera a quién consultarle si eso estaba bien o mal, y entonces era la misma historia que después si, según lo que escribía, luego escribía el C. (médico), luego volvía a escribir yo y había cosas que no me gustaba cómo las había puesto.[...] Entonces yo me acuerdo que ya me empecé a hacer los esquemas de evaluación en base a las necesidades, [...]luego después lo pasaba a limpio y lo volvía a pasar a limpio antes de ponerlo en la historia porque después si no me daba vergüenza a mi misma porque era una historia que allí quedaba, [...]O sea el concepto era que la historia era del enfermo no del profesional y entonces era un lugar donde todos los profesionales escribían,[...] era una historia que si el enfermo se trasladaba a vivir a otro lugar se la mandaba en un sobre [...] porque se guardaba todo [...] si la asistente social interviene, intervenía utilizaba también la misma historia [...] Entonces en aquella época [...] las teníamos archivadas en nuestra consulta porque no

nos las buscaba nadie, nos las buscábamos nosotros, cada uno se buscaban las suyas" (E4)

La atención enfermera en Atención Primaria se construye y se consolidan actitudes y valores profesionales. Ocasionalmente ayudadas por el colectivo médico. Al principio las enfermeras/os son autodidactas, no hay enfermeras con experiencia de las que poder recibir la formación adecuada. Al final de la década de los años ochenta, una enfermera afirma: "he aprendido a hacer de enfermera"(E4) porque empieza una nueva práctica profesional. El proceso de cambio sigue, las enfermeras/os que inician la nueva concepción enfermera, empiezan a liderar equipos de Atención Primaria. Generan creatividad para resolver diversos problemas de salud de las personas y en la comunidad.

"En el 86 yo vine de adjunta de enfermería al C. (Centro de Asistencia Primaria), [...]todas las adjuntas éramos nuevas, todas con ganas de hacer cosas diferentes,[...] puesta en marcha del seguimiento de los drogadictos, nos coordinamos con los del ayuntamiento, o sea que hacíamos una serie de seguimientos innovadores, [...]para enseñarles a alimentarse bien, a utilizar los alimentos,[...] los primeros centros pilotos son del 89, 86 ya empezaron. [...] el 90, es cuando ya empieza la reforma, es cuando se empiezan a hacer los primeros centros de atención primaria" (E4)

En la etapa de la prerreforma se instaura progresivamente una practica profesional diferenciada. Primero es autodidacta y después se aprende del mismo proceso. Siempre se plantean la especificidad de su actuación profesional. La enfermeras/os que están motivadas lideran el cambio. Empiezan por la práctica que conocen, pero saben que su aportación profesional en este campo es mas amplia, y exploran esa nueva forma de ejercicio.

"Lo que pasa es que yo creo que en aquella época, a ver, teníamos ilusión pero no sabíamos lo que teníamos hacer y empezamos la reforma diciendo las enfermeras podemos hacer y las enfermeras lo que hicimos fue, porque antes de tener los centros pilotos lo que se había empezado a hacer,[...] consultas monográficas,[...] Entonces yo creo que en la reforma al principio nos parecía que la atención integral era que la misma enfermera lo hacía pero seguimos un poco enganchándonos a los crónicos porque todo el tema de comunidad no sabíamos lo qué teníamos qué hacer" (E4)

La reforma de Asistencia Primaria, se inicia en algunos centros piloto, en el año 1990. Progresivamente se instaura en toda Catalunya. Se acompaña de la reforma en el cambio en la formación enfermera en el año 1977. En el nuevo currículum se imparte la asignatura de Atención comunitaria. Las nuevas enfermeras/os tituladas/os tienen formación específica de la práctica enfermera en Asistencia Primaria. En esta etapa en los centros piloto surge un problema de difícil solución: el papel de los médicos/as que deben formar equipo con las enfermeras/os, en una nueva orientación y forma de atención. La mayoría de médicos/as viven el cambio como una pérdida de poder, ya que se les hace difícil esa forma de actuación complementaria. El testimonio de un enfermero experto que actualmente ocupa un puesto de gestión en Asistencia Primaria, expone los acontecimientos y percepciones de esta etapa.

"Fue en el noventa y dos que estaba trabajando en B. (Centro piloto)[...] por, mi personalidad, a dónde vaya acabo liderando; [...]hubo una situación de mucho conflicto, era un centro que se había montado como centro privado de atención primaria, se trabajaba con una nueva orientación de enfermería, allí de hecho ya era Diplomado por convicción, [...] me gustaba la orientación que se quería dar. Me puse a trabajar en aquel entorno, me di cuenta de que realmente los valores nuevos de enfermería no se estaban aplicando, a pesar de que había muchos diplomados nuevos [...]probablemente

la experiencia teórica si que la tenían, pero era como el abstracto filosófico que no sabían cómo ponerlo en marcha y además si lo sabían hacer chocaban constantemente con medicina [...]porque con mucha controversia y mucha discusión pero con medicina era imposible, controlaba absolutamente..." (E11)

Algunos médicos/as no solo cuestionan la pérdida de poder profesional, si no que plantean la pérdida de clientes y económica. En la consulta de enfermería se atienden entre otras personas, a bebés lactantes que no presentan problemas de salud. Las enfermeras/ os en la consulta, realizan el seguimiento y prevención de enfermedades del niño sano desde que nace. Algunos médicos lo perciben como pérdida de clientes de la consulta pública y de la privada. El testimonio de una enfermera, expone que cuando abren la consulta de enfermería en Atención Primaria, informan a las madres y padres. Los médicos/as pediatras del centro protestan porque pueden perder clientes.

"Ellos (los médicos)decían que teníamos que dejar a la gente libre que escogiera y digo "no, no, si aquí no se obliga a nadie solamente pues les ofrecemos el servicio para que ellos sepan que mucha gente es su primer hijo y que no sabe la dinámica de cómo va entonces se abren las puertas del centro después ellos son libres de hacer lo que quieran, aquí no se coacciona a nadie" (E14)

La pérdida de poder de los médicos/as, y el cambio de papel de las enfermeras/ os, al superar la tradicional subordinación y plantear nuevas formas de colaboración, se vive como una situación difícil y compleja. El testimonio de un enfermero que vive el proceso de cambio, describe las manifestaciones de pérdida de poder, de algunos médicos.

"El centro no tenía capacidad para tener consulta de medicina y enfermería. Pues si la enfermera podía pescar la consulta alguna vez, era capaz el médico de entrar y dirigirse directamente al paciente y decirle que cómo es que se estaba atendiendo con una enfermera, y que, porque le había pedido consejo. Y el paciente evidentemente siempre "no, no, yo no he sido, ha sido la enfermera, que me ha cogido ,que me ha dicho que me explicaría lo que fuese", y él "oh, ella no tiene que explicar" quiero decir así de bestia" (E11)

El cambio en la práctica profesional no es fácil. El proceso no es seguido al mismo ritmo por todas sus protagonistas/ os. Diversos factores influyen: (a) negación y rechazo al cambio como mecanismo de defensa por desconocimiento; (b) el cambio es percibido como una imposición; (c) escasa motivación profesional. El testimonio de un enfermero expone que la complejidad de la situación, genera un ambiente de trabajo tenso.

"Hacerlo centro piloto y ampliar plantilla la gente que habitualmente hacía suplencias por allí pues se los tenía que coger, había una actitud, de algunos, bastante pésima, la verdad es que no había una gente especialmente motivada pero sí que habían otros que sí que tenían ganas de hacer el cambio, o sea, entre que había gente con pocas ganas de la enfermería, pocas ganas de tirar para delante un nuevo sistema de trabajo, otras que..sí probablemente esto es un veinte por ciento de la plantilla,[...] recibías muchas garrotadas de todas partes, de la dirección, de la empresa de la política y de los médicos de dentro pues al final la gente optaba normalmente por dejar de hacer innovaciones y hacer cambios y seguir con su sistema" (E11)

La práctica enfermera en Asistencia Primaria tiene un alto nivel de autonomía profesional. La atención domiciliaria que realizan las enfermeras/ os, tiene una importancia creciente.

Mejorar la calidad de vida de la población, prevenir las enfermedades, cuidar de la familia de la persona enferma, y dar continuidad asistencial en un contexto en el que aumenta la población mayor de edad¹⁰⁹. La práctica asistencial en domicilio es ejercida por las enfermeras/os en un contexto personal, y familiar. Diversos factores caracterizan esta práctica: (a) las personas receptoras de cuidados refuerzan la identidad enfermera. Autonomía profesional; (b) práctica limitada en recursos; (c) rasgo clave de la relación de ayuda que la enfermera/o establece: cuida con la persona, y la familia. El testimonio de una enfermera experta expone las percepciones, y reflexiones sobre la visita domiciliaria.

"La recibida bien pero en domicilios siempre estás en su terreno, no estás en tu terreno y entonces te sientes, a ver, más profesional por una parte porque sabes que te están esperando,[...] pero desprotegido por la otra, porque no es tu ámbito [...],como contacto, perfecto, como relación, ideal porque es su ambiente, es donde el enfermo se exprime más [...]y gente que no quiere no le sacarás nunca, enfermos de ver que están preocupados y ver que sería importante que pudieses hablar y que se cierran,[...] estos también te hacen sufrir tanto o más que el que te explica toda su vida [...] La domiciliaria aprendes mucho, [...] aprendes a escuchar porque siempre has de ser mucho más prudente que en el hospital, [...]yo no soy la que da órdenes, es el enfermo que me las está dando a mi, estoy en casa suya o sea que tranquila, "escucha y yo diré cuando quiero que me hagas las cosas y luego decides qué haces"(E22)

En Asistencia Primaria las enfermeras/os progresivamente sustentan su práctica en modelos de cuidados, lenguaje profesional, y metodología enfermera. Inician investigaciones para validar y contextualizar, los resultados de estudios enfermeros realizados en otros países. Enfermeras/os docentes y asistenciales comprenden la importancia de compartir los conocimientos para aunar esfuerzos. El objetivo es común, aumentar la calidad del servicio enfermero. El testimonio de una enfermera investigadora en Asistencia Primaria, expone el proceso del estudio que realizan. Se trata de validar los diagnósticos enfermeros, mas prevalentes de las personas que atienden las enfermeras/os en Asistencia Primaria, a través de la valoración. La segunda parte de ese proceso es establecer los planes de cuidados.

"Pero es que yo puedo diagnosticar estreñimiento y hacer un plan de cuidados independiente perfectamente,[...] diagnósticos ya descritos en la literatura, que yo tengo una aportación específica,[...] en la valoración yo ya tengo lo que me ha explicado la persona y luego ya pongo el diagnóstico [...] el problema que nosotros[...]cada vez que intentábamos implantar, integrar la metodología a la práctica [...]entonces las enfermeras asistenciales nos quedábamos como bloqueadas, porque la que sabe es la de la escuela; [...]cuando empezamos a hacer las sesiones conjuntas ya vimos que no, que cada una servía. [...] nos han salido, los más prevalentes en la primaria [...]nuestra propuesta es quedarnos con etiquetas más genéricas que nos asegure que hay poca variabilidad entre observadores [...]tendremos autoridad cuando tengamos casos publicados [...] Yo creo que hay que hacer una propuesta de adaptación a nuestra práctica diaria [...]los indicadores de cuidados en un lado, los indicadores de resultados en otro, eh, además con sus códigos"(E4)

La importancia de investigar en el campo enfermero es clave. El ejercicio de la práctica profesional autónoma, se realiza en base a conocimientos obtenidos mediante investigaciones contextualizadas. El testimonio de una enfermera experta expone las reflexiones sobre este tema.

¹⁰⁹ Líneas generales de la mesa redonda " Atenció domiciliaria en els diferents àmbits de gestió" organizada por el Colegio Profesional de enfermería, 1999.

“Pero bueno, según me han dicho. Nosotros en principio fíjate [...] intentar llegar a un consenso de decir bueno, pues, en función, o sea hacer, compartir los datos de nuestra investigación, en lugar de hacer un artículo y empezar nosotras a proponer cosas” (E4)

La *Tabla 6.5* muestra la construcción de la práctica enfermera en asistencia Primaria. La consolidación de valores y actitudes profesionales, especialmente la asunción de autonomía profesional, y la toma de conciencia de sustentar la práctica profesional en evidencia científica. En síntesis se produce un cambio radical en el centro de atención profesional de las enfermeras/os: de atender a los médicos/as, su centro de atención es la asistencia a las personas. El proceso en Asistencia Primaria desencadena cambios relevantes en el ejercicio profesional de varios colectivos profesionales, principalmente dos: medicina y enfermería. Para los médicos/as, especialmente los que llevan ejerciendo desde antes de la reforma, el cambio es complejo. Para las enfermeras/os es un reto y avance profesional. Enfermeras, y enfermeros autodidactas, motivadas/os, que instauran una práctica en beneficio y para los usuarios. Las actitudes descritas de la práctica enfermera en Asistencia Primaria son: asunción progresiva de autonomía profesional, articulación de los cuidados con las personas y familias, y desarrollo de la creatividad. Estas actitudes corresponden a los valores de libertad, Dignidad humana, altruismo y estéticos.

Tabla 6.5
Construcción de la práctica enfermera en Asistencia Primaria

Prerreforma (del año 1986 a 1989)	Reforma (a partir del año 1990)	Actitudes y valores de la práctica enfermera.
Adhesión al cambio voluntaria	Enfermeras/ os motivadas que lideran el cambio en centros piloto	Asunción de autonomía profesional Libertad Cuidado con las personas y familias Altruismo
Inquietud profesional de enfermeras/ os	Resistencia al cambio por parte de: médicos/as: que perciben pérdida de poder	Dignidad de la persona Creatividad. Estéticos
Autoformación	Rechazo al cambio Por parte de: enfermeras/ os: como mecanismo de defensa por desconocimiento.	
Descubrir el potencial de la práctica profesional	Cambio de orientación asistencial percibido como impuesto.	
Generar creatividad en los cuidados		

Elaboración propia

Valores y actitudes emergentes

Los valores profesionales tienen la capacidad de generar convicciones, ideas firmes, de las que se adoptan actitudes y conductas profesionales (Prósper, 2004). En este capítulo se analizan las actitudes y conductas profesionales, de la práctica enfermera experta, a través de las aportaciones de los diferentes testimonios, en base al marco teórico¹¹⁰. (1) En primer lugar se analizan cuatro aspectos generales y esenciales de las actitudes profesionales enfermeras: (a) en la relación de ayuda se articulan las actitudes y valores profesionales y son vínculo de unión del colectivo profesional; (b) en la práctica enfermera experta se diferencian dos enfoques según la jerarquía de valores y actitudes profesionales; y (c) las actitudes profesionales requieren del trabajo personal y de equipo de enfermeras y enfermeros. (2) En segundo lugar se analizan los valores profesionales: (d) estéticos; (e) altruistas; (f) de igualdad; (g) de libertad; (h) dignidad humana; (i) justicia; y (j) verdad; a través de las actitudes y conductas profesionales. En este análisis se determina la influencia y el peso de valores profesionales en el seno del colectivo profesional, específicamente en el caso de enfermeras/os expertas/os.

En la *relación de ayuda se articulan las actitudes* profesionales, y son vínculo de unión del colectivo. Se parte de la idea que cuidar es una noción esencial, y objeto del conocimiento enfermero. La acción cuidadora en la relación de ayuda engloba: conocimientos, habilidades, actitudes y valores profesionales. La articulación de los conocimientos y habilidades, a través de las actitudes profesionales, constituye la identidad profesional. La práctica enfermera como toda actividad profesional, es compleja, dinámica, y creativa. Se desarrolla en ámbitos diferentes, que requieren prácticas heterogéneas. Estas distintas realidades tienen un elemento común: la relación de ayuda. En esta relación que establecen enfermera- persona (familia o comunidad), se vehiculizan las actitudes profesionales. El testimonio de una enfermera experta, docente, ilustra el tema.

"Habrán enfermeras que a lo mejor esto les gustará más hacerlo desde una vertiente más biológica [...]adelante, cuando tú estés en una unidad respiratoria te va fantástico una tía que te enseñe, no sé, que sea una buena técnica y que se desarrolle, que haga investigación en este sentido, habrá de otras que [...]todo el tema de atención sanitaria, auto cura, atención a la familia,[...] éstas tendrán caracteres diferentes, como [...]los profesores habrían de tener más capacidad para ayudar al alumno a interrogarse que para responderle cosas, [...]a lo mejor una enfermera de urgencias esta capacidad no la ha de tener, ha de ser más ágil[...]y poner el dedo allí donde sangra, [...] Actitudes, la relación, esto sí que nos debería unir, tú puedes ser muy biológica, muy competente con las técnicas [...]Pero tienes que tener un respeto a la persona, tienes que mantener su serenidad, tienes que intentar desarrollar su autonomía, tienes que entender que es una persona y no un enfermo, un enfermo persona" (E1)

En la práctica enfermera se pueden identificar *dos enfoques según la jerarquía de valores y actitudes profesionales*: (1) el ejercicio profesional centrado en la persona cuidada en la que el valor es cuidar, y la base teórica se relaciona con los paradigmas de cuidado; ejercen un doble papel: proporcionan cuidados enfermeros, y colaboran con los médicos/as para administrar tratamientos prescritos (Phaneuf, 1999: 2). y (2) la práctica profesional que prioriza la enfermedad, tratamiento y vigilancia de signos y síntomas. Aun actualmente, de

¹¹⁰ La base teórica viene determinada por el resultado del estudio sobre valores y actitudes enfermeras realizado por la Asociación Americana de Universidades de Enfermería, que se explica ampliamente en el marco teórico de la presente investigación.

forma habitual, las enfermeras/os ejercen la opción de decidir cual va a ser la forma de su práctica profesional. Esta decisión tiene consecuencias en la práctica. Se debe tener en cuenta las directrices generales del colectivo que forman parte. En la segunda opción la enfermera cuida en base al modelo biomédico, ejerce con escasa autonomía. Mantiene el papel tradicional de épocas pasadas, de "semiprofesión" (Freidson, 1978). El testimonio de una enfermera experta, ilustra el tema.

"Cuando el valor de la enfermera es cuidar, aunque la pared esté sucia, aunque que el colchón o la cama sea viejo aquella habitación es más agradable que no cuando el valor no es cuidar, cuando el valor es la uretra, el corazón o.. [...] Lo que sí quiero decir es que unos están defendiendo cuidar, están defendiendo la integridad o globalidad de la persona, están defendiendo las relaciones familiares, están trabajando para un proceso de adaptación, y los otros están trabajando para combatir una infección, a ver si nos entendemos, [...]tú como enfermera opta, y además en esta opción también ten en cuenta las directrices de la profesión, claro, no eres un ente la vida no comienza contigo, tú formas parte de un colectivo, [...] yo pienso que si ha de haber un virtuosismo ha de venir dado de los principios generales, de las declaraciones de lo que es la profesión, pues por el CIE (Consejo Internacional de enfermería), por el colegio, [...] ha de venir de lo que es cuidar y de lo que la profesión en sí misma dice lo que es, no de la particularidad de cada uno" (E1)

Las actitudes profesionales requieren de un trabajo previo de aproximación a las formas de ser, y las formas de pensar porque las enfermeras/os desarrollan su práctica en situaciones concretas, y en diferentes contextos de la práctica,. Un trabajo de conocimiento personal, y de equipo, para unificar criterios referentes a la práctica profesional, es fundamental. El testimonio de una enfermera docente, expone, mediante un ejemplo, la formación que ofrece a los alumnos sobre este tema.

"Porque tu manera de hacer es muy importante, y en tu manera de hacer, lo que tú piensas, lo que tú crees, lo que tú sientes, está implícito. Pues no se trata de que tú seas de otra manera, que sería el adoctrinamiento, [...] tú sé quien eres pero sábelo" (E1)

"Aquí cada uno tiene derecho a ser como quiera y "campi qui pugui", bueno, no, mire, no, tiene derecho a ser como quiera pero que esto en medida de lo posible influya lo menos posible en el otro, en este proceso de reconocimiento, a mi me importa un rábano estar en pelotas en un sitio, bueno, pero a lo mejor a ti sí te importa por tanto, que a mi me importe no quiere decir que esté desprovisto de moralidad o de contenido el estar desnudo, esto a veces con los alumnos pasa "ah, es igual, si después a lo mejor este tío va y se baña en pelotas en la playa", te dicen "bueno, es igual, este señor en la playa se puede bañar desnudo pero aquí no tiene porque estar desnudo" (E1)

Se desarrolla el análisis de cada uno de los siete valores profesionales, a través de actitudes y conductas profesionales expresadas por enfermeras/os expertas. Se identifica el nivel de asunción de cada valor, y las actitudes mas desarrolladas. A través del análisis de esos elementos fundamentales, e intensos, se comprende la situación global del colectivo profesional, y se muestran hipótesis explicativas. Los diferentes testimonios a través de sus experiencias y reflexiones muestran las actitudes profesionales que predominantemente se adhieren a un valor concreto, aunque se enlazan con otras actitudes que corresponden a otros valores.

Los valores estéticos en la práctica enfermera, orientan la actividad de cuidar, a proporcionar bienestar mediante la búsqueda de las cualidades de las personas, objetos y situaciones. Adaptan el ambiente para favorecer el bienestar al usuario, crear un ambiente de trabajo agradable, y promover una imagen positiva del cuidar. Las actitudes que están relacionadas son: apreciación, creatividad, imaginación y sensibilidad. En la realidad asistencial estudiada las enfermeras/os en las organizaciones sanitarias, aún no ejercen todo el control sobre la articulación de los cuidados en la práctica asistencial. El contexto donde tiene lugar la acción de cuidar, es generalmente, un espacio anónimo e impersonal (Torralba, 2002:175). Las enfermeras/os deben generar más esfuerzo para dotar de calidez la relación de ayuda, y el contexto cuidador. El testimonio de una enfermera reflexiona sobre el tema.

"La estética en el sentido en que el sitio donde está la persona ha de ser agradable, esto es fundamental y en esto la enfermera tiene un papel importantísimo. Aquí no, a nivel hospitalario no ha llegado. Pero es porque no se considera como valor, en cambio en su casa esta enfermera sí que tendrá la pared pintada bien pintada, para ella privadamente es un valor, ella cuando va cenar se pinta un ojo, o va a la peluquería" (E1)

"Yo pienso que gran parte de responsabilidad,[...]con reconocimiento profesional importante, porque cuando las enfermeras cuidan y cuidan de una manera determinada, el hospital es un lugar donde se puede vivir, y esto por ejemplo en pediatría se ve muy claro,[...] ejemplos buenísimos de lugares donde las enfermeras se dan cuenta de esto y el niño están mucho mejor, y los padres, niños y padres y madres viven mejor, y unidades donde esto no se tiene en cuenta y la separación, el duelo, el trauma, todo lo es el doble de grande..." (E1)

Otra actitud relacionada es la *creatividad*, aspecto fundamental en la práctica profesional. Las enfermeras/os en determinados contextos, desarrollan estas actitudes. En espacios donde los recursos son escasos, o no adecuados para cuidar bien. El testimonio de tres enfermeras/os exponen el contexto y la forma en que desarrollaron esta actitud. El primer testimonio corresponde a una enfermera que ante la no existencia de un recurso material importante, lo crea.

"Caja de paros, no tenemos nada, para una emergencia, teníamos pacientes que eran epilépticos, que a veces convulsionaban, no teníamos valium, no teníamos ni un tubo de mayo, pues yo me hice con una caja de herramientas, de aquellas enormes que antes llevaban en los coches y yo ahí poquito a poco fui acumulando material hasta que conseguí lo que yo pensaba que tenía que tener" (E19)

El segundo testimonio es un enfermero experto de empresa, que crea un vendaje funcional para buscar soluciones a un problema de las personas que atendía. Es un ejemplo de una práctica creativa e innovadora, que aporta bienestar.

"Mover, o sea has de sujetarlo, que mueva y tapar la quemadura. Pues tú ahora imagínate pues claro, tienes que ideártelas para poner un vendaje funcional, ahí empezó un poco, y claro luego vas perfeccionando el vendaje, las curas y todo, [...]pero claro te has de guiar mucho tú el tema, decir "bueno esto me tiene que quedar así, no te da problemas, claro, esto son el buscarle pues las soluciones" (E8)

El tercer testimonio corresponde a un enfermero experto que funda una Asociación enfermera, para dar respuesta profesional a determinados problemas. Otro ejemplo mas de creatividad en la práctica profesional.

"Hemos montado la unidad, la asociación española de enfermería patología digestiva, hemos hecho cursos [...] Se creó en el noventa y dos, se creó aquí, . Hemos organizado congresos" (E18)

En esta etapa profesional de expertise, hay que resaltar en las enfermeras/ os, la actitud de *sensibilidad* hacia la persona que están cuidando. El testimonio de un enfermero reflexiona sobre el sufrimiento de las mujeres trabajadoras, y la repercusión en su salud.

"Estas mujeres sufren mucho, son las que están todo el día aquí, en trabajos de repetición, no tienen tiempo para ellas y muchos problemas, hay muchos problemas de espalda, de cervicales [...] esta mujer así lo sufre mucho, lo sufre mucho y luego es todo el entorno que tiene detrás, la casa, si tiene hijos. Claro, insistes en que hagan ejercicio, ¿y cuándo?" (E8)

Una práctica profesional enfermera sustentada por el valor de la estética, impulsa la creatividad, la sensibilidad, actitudes que promueven el bienestar, y la calidez de la acción profesional. El potencial estético que pueden y deben desarrollar las enfermeras/os, posibilita un cambio positivo y profundo en las imágenes de las organizaciones sanitarias, especialmente en el ámbito hospitalario, aferrado en orientaciones biomédicas tradicionales.

Los valores altruistas se desarrollan cuando el profesional se involucra en el bienestar de los demás. Prestar la atención al usuario. Ayudar a otros profesionales a proporcionar cuidados. Incorporar las tendencias sociales en el cuidados de la salud. Las actitudes que se desprenden son: compromiso, compasión, generosidad, perseverancia. El testimonio de una enfermera gestora expone los criterios de selección de profesionales enfermeros. Describe las actitudes relacionadas con el altruismo y la dignidad humana.

"Cuando se hace la selección [...]lo ideal es que sea una persona empática, que al entrar en una habitación pues que refleje pues una cierta, que sea una persona que veas que es segura, [...] la parte humana, la parte humana en esta profesión creo que es... Vital comprender a la gente, el saber escuchar" (E2)

Perseverancia, y compromiso son actitudes que se desprenden de la descripción que sobre la práctica profesional realizan las enfermeras/ os en la presente investigación. Tres testimonios son seleccionados. El primero es el de una enfermera experta que expone a través de una situación de cuidado concreta, el compromiso que adquiere.

"Me acuerdo...uno,[...] que tenían una incontinencia y estaban utilizando trapos con el abuelo, que, lo cual era un lío porque toallas, que lo cambiaban, [...] nadie les había explicado [...] que había unos pañales de incontinencia y que pasaban por la seguridad social, [...]. Total que yo me acuerdo que llegamos al centro y yo le dije al Carlos (médico) "no, yo no puedo irme a casa sin que esta gente tenga sus pañales", total que me hizo las recetas, se la traje a firmar por el inspector y les llevé las recetas otra vez porque dices "bueno, cómo van a estar en estas condiciones"(E4)

El segundo testimonio es una enfermera que expone el sufrimiento personal, ante una equivocación fortuita al administrar un tratamiento. Manifiesta la impotencia desde el compromiso. La práctica cotidiana no esta exenta, de situaciones adversas, de procedimientos con riesgo, que ejercido desde la máxima responsabilidad pueda haber consecuencias no deseadas.

"Había una parte que iba saliendo fuera, claro nos engañaba, no lo veía yo ni la compañera pero pinché yo, [...]pusimos la medicación y al cabo... cuando ya acabamos le comenzó a salir como una quemada por fuera y [...]había sido yo quién lo había hecho, [...]yo me sentí muy mal y dije que no podía ser" (E9)

El tercer testimonio es el de un enfermero, que expone su práctica profesional, y manifiesta una actitud *de perseverancia* cuando cuida a personas enfermas.

"...A ver, ellos entre comillas me ven con el rol de enfermero y a parte como su padre sustitutorio en el sentido de que les estoy todo el día dando caña pero les estas diciendo por donde tienen que ir" (E18)

El valor altruista, en primer lugar es un valor fundamental, y básico de las profesiones. Es un valor que en enfermería se desarrolla con intensidad en la socialización profesional, incluso esta relacionado con la toma de decisión de estudiar enfermería. Mas tarde se consolida en las diferentes trayectorias profesionales. Es un valor que en la práctica enfermera, en Catalunya y en España se manifiesta esencial. En el proceso de avance profesional es un valor que se debe mantener.

El valor de la *igualdad* en la práctica profesional parte de la idea que las personas tienen los mismos derechos, privilegios o estatus. Proporcionar cuidados basados en las necesidades individuales, e informar sobre el acceso a los recursos sanitarios. Las actitudes que van unidas al valor de la igualdad son: *aceptación, asertividad, transparencia, autoestima, y tolerancia*. El testimonio de una enfermera gestora destaca en la práctica profesional las actitudes de: calidad, coherencia, y transparencia en su forma de ser.

"Coherente con su vida y su manera de pensar [...] yo creo que en general, el personal de enfermería, al menos el que tenemos nosotras, en general cumple estos requisitos" (E2)

El testimonio de un enfermero experto en una unidad de patología digestiva, describe la atención a personas enfermas, relacionadas con la drogadicción alcohólica. Son personas que expresan haber maltratado a su pareja. Expone la acción cuidadora que articula actitudes de *tolerancia, aceptación, respeto y ayuda profesional*.

"Los empiezo a hablar, le intento explicar, lo que pasa que ten paciencia y hacérselo entender "sí ya lo sé, que yo no tenía que haber tratado así a mi mujer por..." pero claro, antes ya lo ha hecho..."(E18)

El segundo testimonio es el de una enfermera experta en bioética, que expone la importancia de dar igual atención a todas las personas. Las enfermeras/ os buscan soluciones al alcance de sus posibilidades.

"Yo por ejemplo leía también, en Estados Unidos,[...] se han dado cuenta los enfermos de alzheimer, [...] inmigrantes europeos y por tanto su primer lenguaje, su primera lengua no es el inglés... [...]han comprobado que en la medida de lo posible el hablarlos en lenguaje materno los ayuda estar allí internos, claro, entonces dices, cómo voy a buscar una enfermera de o una enfermera de Marruecos pero bueno, no lo sé cómo has de hacer esto, pero te has de dar cuenta de lo importante que es y a lo mejor no se trata de esto pero se trata de que aprendas cuatro palabras" (E1)

El valor de la igualdad, es un valor que las enfermeras/os tienen asumido, y sufren cuando les ponen límites en la práctica profesional. Toman conciencia en esos momentos que los principios de la organización sanitaria, chocan con los principios y valores de la profesión. Aunque no siempre pueden solucionar la situación. Las enfermeras/os deben desarrollar y consolidar el valor de la igualdad. Entonces podrán a través de actitudes y conductas profesionales, actuar.

El valor de la libertad se ejerce cuando se reconoce la capacidad de la persona usuaria a ejercer la opción. Cuidar y asegurar la autonomía de la persona es esencial. Este valor de la libertad se relaciona con: (1) el reconocimiento de la capacidad de decisión de la persona cuidada; (2) favorecer la autonomía/ independencia; y (3) el ejercicio de la autonomía profesional. La práctica autónoma se relaciona con responsabilidad y saber. Entre las actitudes que se adhieren a este valor son: confianza, esperanza, independencia, franqueza, autodirección, autodisciplina. La acción profesional con la persona con problemas de salud, se orienta a conseguir la máxima autonomía que ella sea capaz. El testimonio de una enfermera experta reflexiona sobre el tema.

"Hoy pienso que el valor nuclear hoy en día y en nuestra sociedad es la autonomía de las personas, es esto, que cada persona por sí misma es capaz de moverse, y por tanto bueno, pues aquí hay toda una serie de cosas que tienen que ver con el respeto, la autonomía, [...] el considerar al otro como una persona integral" (E1)

Conseguir la independencia de las personas receptoras de cuidados, en la medida de cada persona, como ser singular, y único, es poner a su disposición los recursos necesarios para esta finalidad. Las enfermeras/os cuando cuidan con esta finalidad, su práctica es reflexiva a nivel personal, y de equipo. No resulta fácil, si se deja a la espontaneidad, y a que surjan los valores altruistas consolidados en la práctica profesional. Entonces la ayuda que se da, existe el riesgo de que sea sustitutiva. Realizar los cuidados personales en lugar de la persona, aunque ella pueda realizarlos, no ayuda al proceso de recuperación. Los testimonios de dos enfermeras ilustran el tema.

"A ver, sí que has de dar atenciones pero también el objetivo final es conseguir la independencia total del paciente o sea darle los medios..." (E13)

Es fundamental el trabajo en equipo para establecer criterios en base a fomentar la independencia de las personas. El segundo testimonio es una enfermera experta, gestora de un centro privado, reflexiona sobre este tema, en este caso la dificultad se ve añadida por el carácter privado de la institución donde trabaja. Las personas, son prioritariamente clientes y esta condición, en algunas ocasiones, plantea problemas, porque se equipara el servicio profesional con la aplicación en exclusiva de cuidados directos. En esos centros las enfermeras/os deben hacer esfuerzos pedagógicos suplementarios.

"Esto es mucho más difícil, y de hecho, en las reuniones de enfermería que hemos ido teniendo es una cosa que se dice que hay que ir por esta línea y a las enfermeras les cuesta más porque a veces es mucho más fácil a un paciente coger y hacerle una higiene que acompañarle al lavabo, ponerle en la silla y decirle que ya empiece pues a lavarse pues yo que sé, la cara, [...] es mucho más trabajo para las enfermeras el fomentar el auto cuidado [...] por un lado el enfermo dice bueno, yo aquí estoy pagando y que me hagan la higiene y entonces por otro lado está la enfermera que sabe que sí es una persona que tiene que ser autónoma que además al cabo de tres días se va a marchar a su casa pues tiene que favorecer el auto cuidado" (E2)

Las imágenes tradicionales de servicio y sumisión de la práctica enfermera prevalecen, en general, en la sanidad privada. Integrar en la práctica profesional los cuidados orientados hacia la autonomía e independencia de la persona enferma, es un reto del colectivo no exento de dificultades en determinados contextos.

En las décadas anteriores a los años ochenta, la autonomía profesional se ejerce como opción individual de las enfermeras/os. Actualmente la autonomía profesional se relaciona con: (a) avance y reconocimiento profesional; (c) la implementación y desarrollo en la práctica de los nuevos modelos de cuidados y metodologías, y la asunción de valores y actitudes profesionales; y (d) la excelencia profesional. La autonomía es una opción profesional que asumen las enfermeras/os cuando el valor es cuidar, y el ejercicio profesional se centra en proporcionar cuidados a la persona. Esta práctica profesional se relaciona con la excelencia del cuidar. La autonomía profesional es un valor emergente en el colectivo profesional. Es el ejercicio de la competencia profesional: la planificación y aplicación de cuidados, a través de actitudes cuidadoras. A través del testimonio de enfermeras y enfermeros expertos se analiza los rasgos y el nivel de autonomía profesional.

Se parte de la idea de que la autonomía profesional enfermera, es aquella que surge de la concepción del cuidar de los modelos enfermeros, unido a la asunción de valores y actitudes profesionales. Lejos, por ejemplo, del ejercicio del practicante rural, que implementa los conocimientos y la práctica médica, en ausencia de esos profesionales. El testimonio de una enfermera experta ilustra el tema.

"Yo recordaba la imagen de un practicante que él decidía, pero claro es que se había pasado muchas y de muchos colores él solo y tenía una capacidad de...puede ser más que el médico, más que el médico y esto sí que te hacía ver a la cara como más importante, para mi la figura del practicante era capacidad de salirse delante de un parto, delante de gente que perdía miembros dentro de la mina, y él solo porque mientras llegaba el médico, el médico no vivía en el pueblo, él ya había solventado el caso" (E22)

El nivel de calidad en la asistencia aumenta cuando las enfermeras/os jerarquizan y valoran los cuidados que aplican en las personas que atienden. El testimonio de una enfermera experta en bioética, ilustra el tema.

"Es que pienso que la autonomía profesional va muy ligada con...a que tú quieras hacer y a que tú tengas claro lo que haces, no es una cosa que tengamos ahora y antes no hubiésemos tenido, no tuviéramos, no lo que pasa es que puede ser que ahora seamos más conscientes de la importancia que tiene que esto sea así pero, las enfermeras han estado muy debajo de los médicos, esto está clarísimo y es evidente porque les venía bien, a las que no les venía bien no lo estaban, pienso yo, ahora, que mayoritariamente el discurso como que era un discurso ligado a la profesión médica, [...]ahora intentamos que el discurso no esté ligado a una doctrina médica si no a una doctrina más ligada a la salud, a la calidad de vida" (E1)

En algunos contextos se confunde autonomía profesional enfermera con la aplicación de intervenciones delegadas de la práctica médica. Intervenciones que por su carácter no siempre el médico debe delegar. Las frases : "te dejan" "nos daban autonomía" son expresadas por las enfermeras/os expertas, que cuando asumen determinados papeles médicos, están en riesgo de

descuidar sus funciones, y delegarlas en un personal menos cualificado (Phaneuf, 1996¹¹¹). Los testimonios de enfermeras/os que igualan autonomía profesional con la asunción de acciones médicas delegadas, se trata a continuación. Son conscientes de su rol profesional y la responsabilidad que ejercen. En los testimonios de enfermeras/ os se muestran con la frase". Dineros testimonios ilustran el tema. Trabajan actualmente en Hospitales públicos.

"Los médicos son en general, si te conocen te dejan, te dejan hacer bastante, es bastante autónomo y entonces pues...te encuentras mejor" (E20)

"Aquí tenemos autonomía. Tenemos autonomía, a ver, entre comillas, también somos siempre el mismo personal, sabemos como son cada uno [...], el hecho de poder decir, dar, trabajar y decir "oye, esto" y después avisarlos (a los médicos) [...]entonces claro, nos daban autonomía" (E18)

"Es un servicio con unas características muy peculiares. Cuando viene gente de fuera del servicio a trabajar se vuelven locas, aunque nosotros ya tenemos totalmente asumido que hemos de modificar los tratamientos, hemos de suspender cosas de las que se han olvidado,[...] vas a otras salas, el staff médico pasa visita cada día, hace los tratamientos, aquí no es así, [...]pasando un poco por alto las reglas y, haciendo cada caso como un caso especial,[...] aquí la enfermera tiene una, un campo de actuación muy amplio, en el sentido de que toma muchas decisiones en cuanto al estado del paciente" (E19)

En el sector público hospitalario las enfermeras/os ejercen con mas autonomía que en el sector privado. Diversos factores externos limitan la autonomía profesional enfermera: (a) mantener esquemas jerárquicos tradicionales; (b) el escaso trabajo en equipo con los médicos/as, aumentado por la alta variabilidad de su práctica. El testimonio de una enfermera gestora en un centro privado ilustra el tema.

"Hay menos autonomía, o sea, hay cosas que por ejemplo pues sí que las tienen muy claras, la prevención de úlceras, hay una serie de temas que sí que actúan de forma autónoma porque quizás, también a los médicos pues también les va bien que haya una persona que ya se ocupe de esto [...]lo que son educación sanitaria [...]en todo esto sí que tiene un rol autónomo, [...]En otras cosas no, en planta de ginecología pues las cesáreas pues hay un cierto número de ginecólogos que actúan de una manera y otros que actúan de otra, [...]la educación sanitaria de cara al bebé poca cosa pueden hacer porque ya es el médico el que les está marcando una dieta, el que les está marcando todos los cuidados" (E2)

La autonomía profesional en el sector público, se desarrolla con mas intensidad en Asistencia Primaria, favorecida por la reforma producida en los últimos años en el sector. El cambio de orientación hacia la prevención, mantenimiento y promoción de la salud, va acompañada de un cambio en el papel de las enfermeras/os. En la progresiva consolidación de las actitudes y valores profesionales en las enfermeras/os que trabajan en este sector, destaca la asunción de autonomía profesional, que es mas alta, que la alcanzada por las enfermeras en el ámbito hospitalario. Diversos testimonios reflexionan sobre el proceso de asunción de autonomía profesional y las dificultades que tienen que hacer frente las enfermeras/os en Asistencia Primaria.

¹¹¹ Esta idea fundamental de jerarquizar los cuidados propios enfermeros, no los de otros colectivos, como por ejemplo el médico, es desarrollada por una enfermera norteamericana, Dra. Virginia Henderson en la década de los años sesenta. Recogida, analizada y desarrollada en la época actual, por Margot Phaneuf, enfermera.

"Enfermería todavía ahora yo pienso a nivel hospitalario tiene muy poca autonomía, tiene más autonomía la enfermera de primaria que de hospitalaria" (E22)

"El traumatólogo chillaba él me decía que desprogramase los enfermos que tenía para control y yo le decía que de eso nada, pues vamos al despacho del director" (E4)

"Había una cierta desconfianza y esto lo detecté y hablé con ella (médica) yo y le dije "mira, yo considero que tu trabajo es muy bueno, que eres una buena profesional pero quiero que sepas que yo me considero una buena profesional, si en algún momento ves algún fallo o algo que no te gusta me lo dices y hablando la gente nos entendemos pero no desconfíes de mi trabajo porque yo no desconfío el tuyo, porque entonces yo también pondré en tela de juicio el tuyo. Si esto no pasa vamos a trabajar muy bien, yo soy una persona muy exigente, me gusta trabajar bien, tan bien como tú. [...] total, bien, muy bien, y un respeto bárbaro.[...] las señoras cuando a veces me dicen "¡doctora!", no, yo no soy doctora yo soy enfermera, siempre lo he dejado muy claro" (E14)

"Es decir que, aquí tú (médico)haces tus recetas y yo hago las visitas de (personas enfermas) crónicos, haré los domicilios, abriré las historias, es decir, controlaré los diabéticos, los hipertensos, los obesos, es decir, lo que es mi profesión, pero yo no haré de médico porque es que yo no soy médico ni quiero ser médico, si no hubiese estudiado medicina, entonces tú si has estudiado médico sabías que te incluía hacer bajas y hacer recetas. Entonces él se fue a quejar a la jefa de enfermería y yo me fui a quejar al director médico" (E14)

"Yo creo que las propias enfermeras, o sea no saben por donde ir, no tienen un modelo claro ni a dónde dirigirse, [...] pues históricamente no las han asumido y esto cuesta [...]probablemente por comodidad hay algunas así, pero todo y así el contenido, el valor de todo esto yo creo que no se le ve" (E11)

Otro ámbito profesional que destaca por la autonomía en la práctica enfermera es en las cárceles. El testimonio de una enfermera ilustra el tema describe la autonomía profesional que ejercen.

"Allí es un rol muy autónomo y a parte pues muchas veces de tomar decisiones que puede ser sí estuvieses en un hospital no te pertocan, pero piensa que una guardia, con mil quinientos internos, un médico y una enfermera, el médico a lo mejor está atendiendo en la enfermería una cosa que le han traído y tú estás en el módulo cinco que está a un kilómetro de la enfermería, sí en el módulo cinco hay una sobredosis tú has de empezar a actuar" (E12)

Otro ejemplo de asunción de autonomía profesional se encuentra en la práctica enfermera en cuidados paliativos y la enfermera/o higienista. El testimonio de una enfermera en el equipo de cuidados paliativos, y una enfermera higienista ilustran el tema.

"La enfermera en el pades tiene mucha autonomía [...]pades está más desligado de horarios, puedes tener contacto directo con el enfermo, vía telefónica y siempre hay alguien del equipo que se desplaza, siempre, cuando el momento que lo necesitan o tienen una voz para consultar, un contacto directo, un hilo telefónico" (E22)

"Esto, la dureza de empezar sola con el control de la infección y delante de tener que decidir, pero esto da...unas tablas que no veas, ahora eres tú [...] decisiones de problemas de un riesgo de un área y has de decidirlo tú, qué se ha de hacer, si se ha de hacer una obra, si se tiene que cerrar, se ha de cerrar un quirófano, o si no se puede operar" (E16)

La autonomía profesional de enfermeras/os se relaciona con la decisión personal y profesional, de proporcionar cuidados a la persona, en base a los nuevos paradigmas de cuidados. Esta decisión se ampara y apoya en los Organismos Nacionales e Internacionales que representan al colectivo. Progresivamente las organizaciones sanitarias favorecen al nuevo papel profesional.

El valor de la Dignidad humana está relacionado con el reconocimiento al valor inherente y singular de toda persona. Resguardar el derecho a la privacidad, el mantenimiento de la confidencialidad, y el tratamiento con respeto. Las actitudes inherentes a este valor son: consideración, humanidad, bondad, respeto, confianza. La centralidad, la ejerce la persona. La imagen de la persona que los profesionales construyen repercute en la orientación del cuidar. Los valores giran directa o indirectamente sobre este eje. Preexiste una coherencia implícita entre el valor de la dignidad humana y los valores del cuidar. El testimonio de una enfermera experta en bioética, ilustra, con ejemplos de la práctica diaria enfermera, el tema.

"El principio la autonomía, pues el valor que tú defiendes es la intimidad del enfermo, su privacidad, que él es una ente privado por tanto lo que a él le pasa, le toca a él, nada más tiene que ver con él y cuando tú haces una injerencia qué tienes que hacer entonces, pues secreto profesional, o confidencialidad, o cuidado con la higiene [...]no puede estar desnudo el paciente [...] si esto no tiene importancia, si el valor que prima es curar la enfermedad, puede estar desnudo el paciente [...]pues si lo que prima es la autonomía de la persona o su confort, o su bienestar, esto a grandes rasgos, [...] pues pijamas con velcro, claro. Poder hacer un masaje es fundamental porque si no te mueres pero mantener tu intimidad también se ha de casar una cosa con la otra, no hay una que sea más importante que la otra" (E1)

Las actitudes que se adhieren a un u otro valor, tienen sentido cuando son aplicadas en la práctica profesional. El desarrollo de estas actitudes requieren de un trabajo personal y de equipo para determinar, ante una situación dada, que tipo de práctica profesional es la más adecuada. La coherencia de las conductas profesionales del equipo es esencial para asegurar un buen nivel de atención de las personas. El testimonio de una enfermera experta, expone en la práctica como se desarrolla la actitud de paciencia, se expresa como sigue:

"Qué quiere decir tener paciencia [...] esto quiere decir tener paciencia, delante de un señor que tiene alzheimer y que es de no sé donde y habla el lenguaje materno pues tener la paciencia de explicarle, [...] yo me quedé parada también en un centro en Francia, [...] y está comiendo un señor, tembloroso con parkinson, coge un vaso y se tira todo el agua encima y toda la bandeja, ¿pues tú crees que alguien fue corriendo a cambiarlo? No, una persona tranquilamente lo escurrió y le volvió a dejar la botella y el vaso. Yo, como enfermera ya le hubiera cambiado la bandeja, le hubiera escurrido, le hubiera cambiado el pijama, a ver si me entiendes. Allí lo han trabajado y han dichos "no, no, es el respeto y la autodeterminación", hombre, si a la tercera vez se lo tira encima puede sí le pondremos agua. [...]tu impulso de ayudar es darle de comer ...sin habértelo pensado ni razonado posiblemente sería cambiarlo. Incluso al revés, dices "oy, sí, esta enfermera cómo es posible que tenga así mojado a este señor, [...]Pero, vuelvo a decir lo importante es que hayan de trabajar estas

actitudes.[...]La idea de trabajar estas situaciones para llegar a un comportamiento común de este colectivo que está trabajando con estos enfermos" (E1)

La importancia de la escucha y la paciencia, en beneficio de las personas cuidadas, es esencial, y esta presente en varios ejemplos:

"De paciencia, exacto, también, de paciencia y saber escuchar, [...] el escuchar es importante también porque muchas veces la gente pues está muy sola y a veces pues tiene...hay patologías que simplemente escuchando, la gente deja de estar mal y estar bien" (E2)

La dignidad humana se desarrolla a través del respeto, respeto activo no indiferencia. El respeto empieza por el equipo de profesionales sanitarios, y así se reconoce:

"Había un equipo muy bueno, todo el mundo se respetaba muchísimo, el papel de la enfermería, el papel del médico" (E14)

El respeto que empieza por las personas que integran el equipo asistencial, se incorpora a la práctica profesional, desde un trabajo personal y grupal. El contexto y las características que presentan las personas que atienden, determina como se desarrolla esta actitud, varios ejemplos constatan la misma idea:

"Yo pienso que este camino común tiene el respeto a la persona en tanto que tal, por decirlo de alguna manera, y entonces ver como tú desde lo que es cuidar, desde lo que es la atención cotidiana, desde..todo lo que tú quieras, unas necesidades básicas, la educación sanitaria,[...] desde lo que es cuidar cómo incorporas este respeto a lo que es la persona en sí misma y a su propia capacidad" (E1)

La importancia de este valor es esencial para las alumnas/os, se expone su transmisión:

"Con los alumnos a ayudarlos a hacer este proceso de darte cuenta de que con este comportamiento, con esta actitud que tú tienes respecto a este enfermo lo que en realidad lo que le estás traduciendo es este valor respecto a él, pues si tú le estás diciendo que no le puedes informar porque no lo sabes o para que le pregunte al médico y pasar a hablar de otra cosa le estás dando a entender que lo que te está diciendo no te importa, si es importante lo que te está preguntando aunque tú no lo sepas irás a buscar la respuesta o mañana le dirás "escuche, ya he hablado con el médico, le demostrarás un interés por esto, si no le demuestras que no hay, que no te importa aquello, que para ti no tiene ningún valor" (E1)

El valor de la dignidad humana, es un valor que se manifiesta a lo largo de las trayectorias profesionales con mas o menos intensidad. Mantener y potenciar este valor en todas las áreas profesionales es fundamental, en la misma esencia del cuidar y porque acompaña y favorece la consolidación de los demás valores profesionales.

El valor de la Justicia se desarrolla cuando se encuentra la conexión entre el cuidar y los principios morales y legales. Las enfermeras/os ejercen de abogados de las personas que atienden. La práctica enfermera tiene continuidad, coordina otras practicas profesionales y se caracteriza "por estar presentes". También es sensible a la administración de los recursos con justicia, e informar de la práctica incompetente e ilegal. Las actitudes que están relacionadas son: coraje, integridad, objetividad. El testimonio de una enfermera experta, expone, desde la gestión, la importancia de la justicia.

"A ver, lo que intentas es, pues bueno ser más justa con todo el mundo, o sea, intentas ser igual no beneficiar a una gente más que a otra, siempre estamos hablando de las mismas condiciones, y luego pues intentar, bueno, luchar por lo que crees que es necesario delante de sí tienes que tener un aumento de personal pues mantener las personas que son las te que pueden argumentar y el por qué, solicitar las pruebas que ellas necesitan, tanto a nivel de personal como a nivel de recursos, gestionar un poco todo esto" (E2)

Parte del trabajo de una enfermera en cárceles tiene como objetivo proteger a los internos/as.

"Enfermería, educadores, monitores porque claro, distorsionaba todo, y tú lo veías, claro. También claro, llega un momento que tienes que proteger, [...] tú has de proteger también al colectivo frente a uno que se está aprovechando de todo, de todos los otros" (E12)

Este valor profesional debe potenciarse, para promover su consolidación en el seno del colectivo profesional. Especialmente en la práctica enfermera que atiende a personas que presentan diferentes niveles de vulnerabilidad. Es un deber y un reto profesional.

El valor de la verdad hace referencia a la fidelidad a la situación real. Relatar con honestidad en la práctica profesional, documentarse bien antes de hacer juicios e informar. Las actitudes se concretan en: responsabilidad, honestidad, autenticidad, racionalidad. La práctica profesional esta orientada, en la mayoría de casos, en asistir a personas que presentan vulnerabilidad. En otros contextos se orienta a la prevención. El ejercicio profesional requiere alto nivel de responsabilidad y honestidad. Las experiencias vividas así lo muestran en diferentes situaciones. Por ejemplo en la atención a personas con enfermedades neoplásicas. Se da información en la medida en que la persona enferma la quiera recibir, con la seguridad y expertise profesional que se requiere.

"Me acuerdo una vez que una hija que me dijo "a mi madre no se lo digas" yo le dije "a tu madre la estás engañando, tu madre lo sabe, yo creo que tendría que haber, una buena relación", y dice "yo lo había notado" [...] Dije "pues hablarlo porque después que haya muerto tu madre de no haber tenido una conversación [...] sé que le costaba mucho a la hija y al final lo hicieron y sé que salía llorando de la alegría que había tenido que ignoraba cosas de su madre, dice, es que, dice "es que somos tan cerrados que yo ignoraba cosas de mi madre" y otra también que de joven yo le dije "habla con tus hijos" y al final habló y se despidió y esto te queda muy marcado [...] lo que pasa que hay momentos para decirlo y no todo el mucho estamos preparados para recibir noticias y todo esto cuesta mucho y así" (E20)

En otros casos se privilegia la importancia de dar información adecuado a cada persona.

"Algunos te hacen caso, luego, lo ven o te entienden, "oye, pues sí, pues voy mucho mejor", claro, te tienes que pasar un tiempo de comentarles de insistirles que hagan todas estas cosas" (E8)

La información, y el consejo, que dan las enfermeras/ os, debe ser objetivo y abierto, especialmente en determinados temas que por su naturaleza son delicados. Transmitir toda la información necesaria para que la propia persona pueda reflexionar y decidir, es un principio fundamental, que se aleja del maternalismo de épocas pasadas.

"De qué manera tú eres capaz de separar de tu propia doctrina, lo que tú consideras que es correcto de lo que...por ejemplo, a veces con los alumnos, yo que sé el típico tema del aborto,[...] cómo ayudar a una adolescente, a que aborte o a que no aborte, tú has de separar lo que tú harías por ti misma, yo a lo mejor abortaría o no abortaría pero esto no es porque no soy yo quien está abortando si no es la otra, entonces, en la medida de lo posible que yo conozca cuál es mi reacción ante el aborto, cuáles son mis valores, cuáles son los que yo estaría dispuesta a hacer y lo separe de lo que le pasa a la otra la cuidaré mejor si no la otra acabará haciendo lo que yo o acabará haciendo lo que le dé la gana sin que lo que lo yo le haya dicho le sirva para nada, yo pienso que lo que nos une como profesión, el cuidar, lo mínimo, lo básico es esto, no es dirigir" (E1)

La Tabla 6.6 muestra los valores y actitudes emergentes, y en desarrollo de la práctica enfermera experta. Los valores y actitudes profesionales articulados en la relación de ayuda, se establece la identidad enfermera. En la práctica profesional las enfermeras/ os ejercen dos roles: proporcionan cuidados propios, y colaboran con otros profesionales. La jerarquización de esos roles en la práctica enfermera, repercute en la calidad de la asistencia y el proceso de profesionalización. Las asociaciones profesionales orientan al colectivo a cuidar en base a los nuevos modelos de cuidados.

El análisis de la práctica profesional experta, determina la importancia de las actitudes profesionales relacionadas con los cuidados. Para desarrollar actitudes consensuadas dentro de un equipo profesional, es necesario un trabajo contextualizado, personal y compartido. Los valores profesionales emergentes que se identifican en la presente investigación, tienen diferente peso en el colectivo profesional. Los valores con especial significado son: los *altruistas* y la *dignidad de la persona*. Forman parte de los valores de las personas que empiezan la socialización profesional. En el proceso formativo se desarrollan con intensidad. Y en las trayectorias profesionales se manifiestan El valor emergente es la *libertad*, que se expresa y manifiesta en la dimensión de autonomía profesional. El avance de la profesión enfermera esta relacionado con la asunción de autonomía. La autonomía profesional se desarrolla cuando las enfermeras/os jerarquizan los cuidados propios. Los valores *estéticos, de igualdad, justicia, verdad y libertad* en relación a la persona, son valores en alza, en los diversos espacios profesionales. La consolidación y el desarrollo de estos valores profesionales, favorece en la constitución de la identidad enfermera fuerte, capaz de ofrecer un servicio adecuado a las demandas en materia de salud que las sociedades solicitan.

Tabla 6.6
Valores y actitudes emergentes

Valores	Actitudes	Nivel de adhesión
Estéticos	Creatividad Sensibilidad	En desarrollo
Altruistas	Compasión Compromiso Perseverancia	Alto y esencial
Igualdad	Aceptación Tolerancia Transparencia	En desarrollo
Libertad	Persona/usuario: Capacidad de decisión Favorecer la autonomía Profesional: Autonomía	En desarrollo Emergente
Dignidad Humana	Privacidad Confidencialidad Respeto “activo”	Alto y esencial
Justicia	Objetividad Protección	En desarrollo
Verdad	Honestidad Responsabilidad	En desarrollo

Elaboración propia

IMÁGENES, ESTEREOTIPOS Y PARADOJAS

7. Imágenes, estereotipos y paradojas

Este capítulo se centra en las imágenes profesionales y los estereotipos que rodean la profesión. Trata de identificar como las imágenes, estereotipos, paradojas y relaciones profesionales entre médicos y enfermeras/os, favorecen o limitan el avance de la profesión enfermera. La palabra imagen procede del latín “*imago*”, es la representación de formas, percepciones y sentimientos de una persona y/o colectivo profesional (Durán, 1986: 538). Las imágenes son representaciones subjetivas de la realidad. Las imágenes implican idea de síntesis. Las imágenes están relacionadas con el conjunto de expectativas, y características que las enfermeras/os consideran como propias (Garrido, 1996). Las imágenes transmiten con especial significado, los valores que las sustentan. El análisis de las imágenes profesionales, y los valores que las sustentan, permite comprender como se construye la realidad social (Domínguez Alcón, 1984: 66).

La percepción, representación que las enfermeras y enfermeros tienen de su imagen se genera a través de la experiencia profesional. Es la proyección exterior que ofrecen, sus miradas son desde la autocrítica, y la reflexión, aunque no se acompañan aún de acciones necesarias para obtener el reconocimiento social acorde con su aportación. También resulta esencial analizar las percepciones, experiencias y reflexiones que las enfermeras y enfermeros explicitan de los médicos/as, en la medida que influyen en la construcción de la imagen enfermera. Ambas profesiones contribuyen con su aportación a resolver los problemas de salud de las personas, y aumentar su bienestar. Las trayectorias profesionales de ambas disciplinas, aunque paralelas, no mantienen el mismo ritmo de crecimiento. La historia reciente de subordinación de la enfermería a la medicina, aún en algunos contextos se mantiene, y ejerce unas connotaciones difíciles de romper. Se debe favorecer la complementariedad de ambas disciplinas, como medida indispensable y fundamental para aumentar la calidad de la asistencia sanitaria. La viabilidad del equipo transdisciplinar, es una de las clave esenciales del desarrollo del Sistema Sanitario. Este análisis se concreta en los siguientes temas: (1) la visión de las propias enfermeras, la progresión en las imágenes, de su práctica emergente orientada a estar, ayudar y acompañar; y (2) la influencia de la imagen y percepción de la práctica médica, en la construcción de la imagen enfermera.

Imágenes enfermeras/os: Estar, ayudar, acompañar

Con esas tres palabras: *estar, ayudar y acompañar*, se identifican las imágenes profesionales que sintetizan el servicio, y la atención de las enfermeras/os, al inicio del siglo XXI. Diferentes estudios sobre las imágenes enfermeras, tienden a mostrar la complejidad que rodea el tema. Los resultados de esas investigaciones marcan dos ideas básicas que siguen siendo válidas: *las enfermeras/os deben comprometerse en la elaboración de su propia imagen*. Por el momento siguen “viéndose hacia dentro”. En las últimas décadas, siguen sin “dar el paso” que las conecta con el mundo. Ni parecen estar muy activas al respecto. La otra idea básica en la misma línea, es que deben potenciar la investigación para mostrar los beneficios de su aportación única, y esencial a la sociedad (Domínguez Alcón, 1984; Garrido, 1996; Ojeda, 1996; Rodero, 1996; Marchal, 1996; Vacas, 1996; Esteban, 1996; Gonzalez; 1996; Anguiano, 1996; Mendoza, 1996; Elorza, 1996). El análisis de las imágenes, que sobre el colectivo tienen las propias enfermeras, se genera como resultado de la experiencia y así lo constatan los diversos testimonios entrevistados en la presente investigación. Se reflejan y explicitan diferentes imágenes: (a) *la imagen ideal*, atemporal de las pre-estudiantes de enfermería; (b) en la etapa formativa, la influencia de los diferentes

modelos enfermeros, muestra una imagen desde una perspectiva que *empieza a ser crítica*; y (c) *la imagen actual*.

La imagen ideal de la enfermera, antes de la toma de decisión de estudiar, es percibida como la de una persona cercana, con alto grado de responsabilidad; es una figura importante. Esa idea es reforzada cuando las personas, antes de iniciar la formación enfermera, toman contacto con las profesionales. Valoran especialmente la comunicación que establecen con las personas que atienden. Es una representación ideal que tienen de las enfermeras/os. Lo que potencia la motivación para estudiar la carrera. Se constata que aunque las potenciales estudiantes reciban opiniones poco favorables acerca de las enfermeras/os, es la imagen ya construida, la que prevalece en la toma de decisión sobre iniciar los estudios. El testimonio de una enfermera ilustra la situación. Expone tres ideas esenciales sobre el colectivo, que le son transmitidas antes de empezar a estudiar. La primera idea es positiva. Es emitida por las religiosas de una Escuela de Formación profesional, en donde cursó los estudios. La segunda idea es negativa y simple. Pero que no duda en transmitírsela. La tercera imagen es construida por la propia interesada, a través de la observación directa cuando realiza prácticas como auxiliar de enfermería.

"Siempre nos ha transmitido la enfermería como una profesión pues muy humana, muy profesional, muy técnica" (E10)

Esa visión coexiste con la visión negativa y estereotipada de la profesión, que por cierto, no influye en su decisión de estudiar enfermería.

"Entonces nos preguntó nota para qué, y le dijimos para estudiar enfermería y nos dijo "no sabéis donde os vais a meter, lo único que vais a hacer es limpiar culos y poco más, y poner sondas, para eso vais a estudiar, pero si es lo que queréis adelante" y nos dijo que ella era enfermera y que había acabado de directora de los técnicos" (E10)

Finalmente la imagen idealizada, que se construye como parte del proceso.

"Una persona muy responsable [...] la veía responsable pero no creía que tuviera tanta responsabilidad [...] pero la figura de la enfermera la vi maravillosa y todopoderosa" (E10)

Los rasgos más significativos acerca de la profesión, se construyen a partir de contactos u opiniones, en el proceso de aprendizaje. Son representaciones que motivan y ayudan en la toma de decisión de elegir y seguir en la profesión. Las ideas expresadas están relacionadas con la *ayuda, la comunicación, y el poder*. Los diversos testimonios muestran imágenes similares, antes de empezar los estudios.

"Recuerdo que ya de niña que veía a la enfermera como una persona importante en la vida, una persona que hacía un servicio que bien, que ayudaba" (E9)

"Yo, veía una imagen de comunicación de la enfermería con los pacientes" (E18)

La imagen ideal antes de empezar los estudios, se mantiene. Un estudio sobre la imagen enfermera desde la visión de estudiantes de enfermería en primer año, así lo constata (Domínguez Alcón, 1984).

En el transcurso de la formación la imagen creada es evolutiva de la técnica a la humanizada: la imagen ideal inicial da paso a la realidad, con diferentes matices, con énfasis en una observación directa y crítica. Durante el proceso formativo, especialmente en las prácticas asistenciales, las/os alumnas entran en contacto con diferentes profesionales, y en diversos contextos. Las características que describen marcan distintos periodos del proceso. En la década de los años setenta, *la imagen es técnica*. La aplicación de tratamientos es la base fundamental del ejercicio profesional. En el sector privado la escasez de enfermeras tituladas repercute en la imagen, que se aleja del contacto directo con el enfermo.

"Luego había la enfermera, que había una enfermera como para 2 o 3 plantas, o sea que un poco era, que la llamabas y tenías un problema, [...] la enfermera que hacía más de supervisora" (E4)

En los centros sanitarios los cuidados se realizan por tareas. Las enfermeras religiosas y seculares muestran un carácter duro, distante, y rígido. El orden es valorado como fundamental. La técnica y los tratamientos son la prioridad de la asistencia. Esa dinámica, y relación, en la práctica profesional, es también utilizada con las alumnas/os. Se les permiten pocas preguntas y se ofrecen todavía menos respuestas. Varios testimonios, en los años de formación, en la década de los años setenta, aportan vivencias y percepciones similares. Por ejemplo, en un hospital público, donde los profesionales son religiosas.

"Me sorprendía la dureza con que las monjas trataban a esa gente, supongo que era lo que tocaba, pero yo decía ¿cómo puede ser que los traten así? ¡Venga va, todos a beber, venga, todos al rosario, todos los culos al aire, todos..., Una sensación [...]les faltaba todo aquello amorosido que te parece que una enfermera tiene que ser [...] Pocas explicaciones y si preguntabas mucho no les gustaba mucho, esto en la escuela" (E9)

En organizaciones Hospitalarias públicas las enfermeras mayores también muestran un carácter duro, y distante con las alumnas. Persiste el orden y la rigidez, pero no es tan acusado como en los hospitales dirigidos por enfermeras religiosas.

"Tuve una enfermera y una monja pero sobretodo una enfermera, yo me avenía, me dirigía más a ella. Sé que era mayor, era mayor también era dura, también porque las enfermeras yo siempre las he visto como muy duras las veía muy duras" (E9)

El contacto con la realidad asistencial, llega incluso a ser cruel. El testimonio de una enfermera en prácticas asistenciales de comadrona, ilustra el mal trato de una comadrona a las mujeres que atiende. Se equipara el ser "profesional" con el aspecto exclusivamente técnico.

"El trato me impactó mucho, yo creo que... Me quedó muy claro. Había una matrona, que una chica llegó y gritaba cuando paría y le decía. "cuando lo hacías no parías" y a mi aquello me impactó tanto que pensé si tengo que ser una matrona así, que no llegue nunca. En fin, me flipó mucho porque pensaba pero cómo puede ser que una mujer hable a otra mujer así y menos a una niña que era una adolescente y, luego, era muy bruta aquella mujer, en modos, luego era muy buena profesional" (E14)

En la etapa a finales de la década de los años setenta, e inicio de los años ochenta, la imagen social va unida al significado académico de la formación que es la de: *Ayudante Técnico Sanitario*. En los hospitales la imagen de los mandos intermedios, supervisoras de las

unidades de hospitalización, constatan la realidad del papel subordinado de la enfermera. El testimonio de una enfermera supervisora es ilustrativo al respecto:

"Recuerdo, fíjate un año, cosa que recuerdo mucho de aquella época es...la actitud de la supervisora, que estaba totalmente al servicio de, o sea de una imagen que tengo gravada que pensé yo nunca haré esto era que cuando los médicos hacían sesión clínica, la supervisora incluso se había traído un juego de café de casa suya y les servía café con leche, el desayuno [...] O sea, que estas cosas yo creo que sí tengo claras desde el principio" (E3)

Otro rasgo en las direcciones de enfermería, en los años ochenta es el trato materno-filial que utilizan en la comunicación con las enfermeras/os recién tituladas/os. La imagen de la jefa de enfermería, es maternal, autoritaria, con trazas monjiles. Son incesantes las estrategias conscientes, que se utilizan, para conseguir beneficios.

"Recuerdo que era una época que [...] la dirección era aquella época más ligada al ordeno y mando y al maternalismo, o sea, o al paternalismo vaya, la supervisora o la directora del centro era como tu madre, que te decía "hoy, te he visto que venías en el vespino y sin gafas [...] Con la gente que mandaba pues hombre, pues yo como que iba a un colegio de monjas pues también tenía una relativa habilidad en saber cómo has de caer en un momento determinado pues trayéndole una cesta por sí pedías un cambio de turno, estas habilidades se aprenden con un modelo un poco autoritario" (E1)

La palabra "profesional", queda limitada a la expresión de "calidad técnica" de la enfermera, incluso justifica con talante poco comunicativo. Parece que sea incompatible en una misma persona, el aspecto técnico con el humano. En la práctica asistencial también hay enfermeras/os ATS, que ejercen en base a modelos de cuidados, a nivel individual. El testimonio de una enfermera en sus primeros años de ejercicio profesional, distingue entre diferentes imágenes enfermeras, el modelo que debe seguir.

"Lo profesional era una cuestión que quedaba mucho en el ámbito personal interno, [...] entonces que, modelos, pues yo en aquel momento tenía algunas enfermeras que me gustaban como trabajaban [...]y siempre un poco conjuntando las dos cosas, qué era una buena enfermera para mí, pues bueno, yo trabajé mucho tiempo con una compañera de noche que yo pienso que es un modelo muy bueno porque era muy capaz de ser una buena técnica y al mismo tiempo era capaz de cuidar" (E1)

La imagen enfermera también se distingue a través del uniforme, especialmente en las décadas de los años sesenta, y setenta. Se utilizan faldas y delantales almidonados, incómodos y no facilitadores de las tareas que hay que realizar con ellos. Muestran el carácter "femenino" de la profesión.

"Íbamos vestidas muy incómodamente, con unas faldas que se te abrían los botones por detrás y teníamos que estar siempre vigilando porque las monjas cuidado estos botones que estos chicos, es una cosa que teníamos que vigilar por todos lados" (E9)

Las imágenes de las enfermeras/os como técnicas/os, en base al modelo biomédico, evoluciona y progresivamente da paso a profesionales que buscan el equilibrio entre la humanidad y la técnica, a través de valores y actitudes profesionales. En las instituciones públicas, las enfermeras/os ocupan espacios profesionales adecuados a la nueva etapa formativa. En los Hospitales y Asistencia Primaria, las enfermeras/os empiezan a asumir

autonomía profesional. Se produce progresivamente un cambio de papel, antes subordinado, que da paso al nuevo, basado en la “colaboración” con la profesión médica. Ese cambio de papeles es claro y tiene lugar en la década de los años noventa.

“Me dijo tráeme (el médico) tal cosa, o sea, nunca me delegaba nada ni me pedía ayuda y en esta ocasión me dijo tráeme tal cosa y entonces la enfermera le dijo "te lo vas a buscar tú" o algo así fue, te lo vas a buscar tú, "que le he dicho a ella que me lo traiga" "que no, que es mi alumna y mi alumna hace lo que yo digo", y a más es que fue muy, el médico estaba en un lado, la enfermera en el otro y yo en medio, un poco, que no sabía que hacer [...]entonces es cuando mi enfermera de referencia ya saltó, le dijo "no, no, nanai"(E10)

En el año 2004, varios factores influyen en la práctica profesional, y contribuyen a crear imágenes enfermeras diferentes, en la perspectiva del alumnado. Aunque el tipo de organización sanitaria influye en la práctica, por ejemplo en las empresas sanitarias privadas, son excesivamente valorados los servicios de hostelería. Se valora también el orden jerárquico de los diferentes estamentos, con lo que persiste cierta subordinación y se mantienen modelos de relación, acordes con épocas pasadas.

“Las recuerdo muy buenas, a ellas muy buenas. Lo que no me gustó mucho fue la Institución, o sea el Hospital de X (Hospital privado) porque me dio la sensación de que allí la enfermera allí estaba más de criada que otra cosa, sensación de hotel, [...] unas grandes profesionales lo único que claro, era un poco lo de que marcaba la Institución, aquella y luego comparas con otros hospitales que has estado y, no tiene nada que ver” (E12)

En determinadas unidades de hospitalización, de organizaciones privadas, la incomunicación del médico con la enfermera, llega a extremos de menosprecio y de ignorancia de la enfermera como persona y como profesional. Es un “ritual” que muestra y perpetúa el orden jerárquico establecido.

“Venían allí y...”A mi paciente le haga tal, [...] ¿vale?, adiós”, sin dar ninguna explicación, relación, ni ninguna. Quiero decir, cumplir órdenes... "yo soy el médico, tú estás aquí"...señorita ya, ni, ni enfermera ni por el nombre ni nada, señorita,” (E12)

La presión asistencial unida al alto grado de responsabilidad que asumen las enfermeras/os, es un factor que a menudo genera estrés. En los últimos años este hecho es motivo de preocupación en el colectivo profesional. Diferentes estudios identifican los elementos que pueden provocar estrés (De la Peña, 2002: 20; Tomás Sábado, 2002:6; Carmona Monge, 2002). Todo ello repercute negativamente en la imagen, y en el quehacer profesional. El testimonio de una enfermera ilustra el tema.

“Las enfermeras [...] en, bueno, era un tipo de enfermera de éstas que llevan más años, más quemada, bueno, que el primer día te explica cuatro cosas y después ya te dejaba hacer más bien por comodidad que por docencia” (E13)

En la práctica enfermera actual, no se requiere de expertise profesional, para enseñar a las/os estudiantes. En determinados contextos, este hecho repercute y distorsiona, la imagen que la alumna/o percibe del profesional enfermero de referencia. Las enfermeras/os recién tituladas,

o con escasos años de experiencia, no pueden ejercer de docentes¹¹². No han acumulado la suficiente experiencia, para poder atender a las personas, y al mismo tiempo responsabilizarse de transmitir conocimientos a las alumnas/os. El resultado es la percepción negativa que la alumna/o se crea de la enfermera/o.

"La enfermera ha sido una de las peores que he tenido, [...] Era una persona bastante joven en comparación con las enfermeras que había tenido antes y entonces como que te viene una chica más joven que tú que está a punto de acabar la carrera y, y como que te va a pisar el terreno" (E23)

En contraposición las enfermeras/os expertas ayudan a formar a las estudiantes, y a crear una imagen profesional positiva.

"Yo mi experiencia con la persona que tuve de referencia muy buena porque bueno, me ayudó, me explicó muchas cosas y además era muy buena profesional, es muy buena profesional" (E10)

En organizaciones sanitarias privadas y religiosas, aún hay resistencia social a que los enfermeros apliquen determinados cuidados (baño en cama por ejemplo) a las mujeres. Ellos se mantienen prudentes, y no intentan un cambio de actitud. Las organizaciones tampoco favorecen el cambio. Se perpetúa esta reacción social.

"Acabé tercero con dos sondajes vesicales femeninos, o sea que las técnicas que antes era lo que predominaban con mujeres por ejemplo yo no lo hice porque...estaba mal visto además todavía había un entorno con monjas [...] y entonces en higiene en las cuales participaban las auxiliares cuando habían mujeres jóvenes ya no participaba [...] ya ni lo intentaba, [...] creabas cierto pudor y entonces por evitarlo y pensaba que también era..una situación mucho más confortable para el paciente" (E11)

Las enfermeras/os tienen una imagen cercana a las personas enfermas. Este rasgo es fundamental en el proceso de recuperación. Las actitudes de proximidad, cercanía, compasión, comprensión de las enfermeras/os, hacia las personas que atienden, es esencial. El testimonio de una enfermera ilustra el tema a través de una experiencia peculiar.

"Recuerdo otra señora, que estaba ingresada por diagnosticar, no le encontraban lo que tenía [...] entonces el problema era porque esta señora vomitaba, le hicieron pruebas [...]no salía nada, mientras estaba ingresada dejaba de vomitar y en el momento en que le decían que le iban a dar el alta volvía a vomitar. Entonces hablando con ella las enfermeras descubrieron que el problema era que después de un parto tenía un problema de vagina con lo cual mantener relaciones sexuales era muy doloroso para ella y tenía un marido que le exigía cada día mantener relaciones sexuales. Entonces claro, cuando descubrimos esto la pasamos a maternal y, pero, ella lo enmascaraba, claro, su respuesta fisiológica era vomitar para no estar en casa" (E3)

En el periodo de socialización profesional, las imágenes que las alumnas construyen de las enfermeras/os, se alejan de la visión ideal. Observan y comparan los diferentes modelos enfermeros en la práctica asistencial. Imágenes enfermeras, que evolucionan y avanzan en el proceso de profesionalización. Determinadas actitudes, y factores influyen y contribuyen a

¹¹² Según la clasificación que realiza Benner (1987), sobre la experiencia profesional de las enfermeras/os y la repercusión en la asistencia, corresponde a la categoría de principiante avanzado.

crear imágenes de las enfermeras positivas o negativas. Entre las actitudes positivas destacan: la cercanía a las personas; la compasión; la comprensión; y las actitudes comunicativas. Entre los factores negativos resaltan: las situaciones de estrés profesional; y la cierta subordinación enfermera, en las organizaciones sanitarias privadas. El contacto con esta realidad diversa, ayuda a configurar la identidad enfermera de las/os estudiantes.

La imagen actual se relaciona con el progresivo avance en el proceso de profesionalización, que las enfermeras/os realizan. Los cambios son en profundidad, especialmente cuando implican la adopción de nuevos modelos de cuidados. Es un proceso que va unido a la asunción de valores y actitudes profesionales, con especial desarrollo de la autonomía profesional. Todo ello no es fácil se trata de procesos que no pueden ser impuestos. Las enfermeras/os expertas necesitan asumir personalmente, y profesionalmente tales cambios, y requieren además de los recursos necesarios. El testimonio de una enfermera experta, ilustra el tema.

“Profesionalmente hemos mejorado mucho, y bueno, hay publicaciones, jornadas, congresos, todas estas cosas, y que las enfermeras tenemos un discurso cada vez más elaborado y a ver, yo con esto sí que soy un poco optimista” (E1)

“Para ofrecer lo mejor en la profesión, porque o eso o te marchas. Yo pienso que se ha de estar a cien por cien y si no estás a cien por cien pues uno se marcha” (E14)

Un elemento que contribuye a la evolución de la profesión enfermera, en Catalunya y España, es la pérdida de poder de las órdenes religiosas, en favor de la sociedad seglar. El testimonio de una enfermera religiosa expone el tema.

“Vivimos en comunidad [...] estábamos 40 o así, ahora pues igual somos 20 o así pues por lo típico, no, ahora no hay vocaciones, hay vocaciones de otra manera porque [...]quieren otra libertad y quieren otras cosas pienso yo, [...]ahora ves las hermanas son muy mayores”(E20)

La *Tabla 7.1* muestra las diferentes imágenes enfermeras/os que se crean desde el propio colectivo profesional. Son imágenes que responden a la influencia de diversos factores presentes en el transcurso de las trayectorias profesionales. En primer lugar *la imagen ideal* de las personas que quieren estudiar enfermería, se mantiene a lo largo de los años estudiados. Una imagen que potencia los aspectos comunicativos, y comprensivos de las enfermeras/os. Es cercana a las personas, se idealiza la responsabilidad, y perciben a la enfermera como una persona importante En segundo lugar las *imágenes críticas* y comparativas de las estudiantes. En este periodo formativo, se muestra el proceso de profesionalización, a través de las diferentes imágenes del colectivo.

En los años setenta y ochenta se valora la técnica, en detrimento de la comunicación, y la comprensión de los problemas de las personas. Se equipara el “ser profesional” al ser exclusivamente “buen técnico”. Predomina en la práctica asistencial el orden, las normas y la rigidez. La relación de las directivas/os con las enfermeras/os, es de carácter materno-filial, con escasa profesionalización. La imagen social de femineidad de las enfermeras prevalece. A partir de la década de los años noventa, las estudiantes perciben una evolución en la imagen enfermera, que refleja el avance en el proceso de profesionalización, y aumenta la humanización en la asistencia. Los paradigmas de cuidados irrumpen en la práctica profesional, hacia un cambio progresivo de la concepción enfermera. Se crean nuevos

espacios profesionales, que potencian y desarrollan la autonomía profesional. Aunque las estudiantes también perciben aspectos de la práctica enfermera, que no favorecen la imagen profesional, y repercuten en el proceso formativo. Detectan la escasa valoración de la práctica enfermera en instituciones privadas, en ellas se mantienen la subordinación a la práctica médica, y la ausencia de trabajo en equipo. Las *auto imágenes* que las enfermeras transmiten actualmente son reflexivas y críticas, aunque muestran pasividad de acción para hacer visible su aportación. Son imágenes que manifiestan el avance profesional, asumen autonomía, aunque en determinados contextos aún es una práctica que permanece en el anonimato. Domínguez Alcón, en un estudio sobre imágenes enfermeras/os, desarrolla la siguiente reflexión: “conseguir que las enfermeras/os partan de una imagen que les guste, de una imagen no impuesta, de, en definitiva, la imagen que ellas/os quieran dar. Que sean las enfermeras/os las que ayuden a forjar esas imágenes deseables y con prestigio social” (1984:72). La imagen enfermera de *estar, ayudar y acompañar*, todavía es una visión íntima e individual, no social. Esta es la imagen de como se percibe a si misma, los propios colectivo, falta todavía que esa sea la imagen de como les percibe la población.

La *Tabla 7.2* muestra la evolución de la imagen enfermera, a partir de estudios sobre ese tema realizados. El primero en el año 1984, analiza las imágenes enfermeras/os desde diferentes perspectivas. A propósito del análisis sobre la evolución de la imagen del colectivo profesional, se recoge solo las percepciones de las propias enfermeras/os (Domínguez Alcón, 1984). Las autoimágenes muestran un carácter tradicional, con escasos signos de profesional autónomo. Una década posterior, se recoge otra aportación sobre el tema, también desde la autoimagen. Es una imagen de transición, los rasgos que predominan son diferentes y diversos. Dejan de tener peso, o no están presentes los caracteres más tradicionales (Garrido, 1997). La pasividad de las enfermeras/os en hacer visible su aportación, es un rasgo que se mantiene, frente al esfuerzo, tenacidad, y logros profesionales que el colectivo consigue progresivamente. Un elemento importante en este análisis, es el anonimato, entre las características de la auto imagen enfermera. En la práctica profesional, las enfermeras/os no existen como entes personalizados, va en contra de la identidad del colectivo, de la autonomía profesional. Actualmente, en determinados contextos de la práctica enfermera, especialmente en los que la autonomía profesional, esta escasamente desarrollada, aún se mantiene el anonimato. Es un elemento que se ha profundizado poco en la presente investigación, pero es importante desarrollarlo en futuros estudios sobre identidad enfermera. Un elemento de avance es que las enfermeras/os se identifican mas con el colectivo profesional, es una imagen profesional crítica y reflexiva.

Tabla 7.1
Imagen enfermera: rasgos y valores que la acompañan

Imagen	Rasgos esenciales por etapas y periodos	Valores que acompañan a las imágenes ¹¹³
Previa a iniciar la formación		
<i>Idealizada</i>	Atemporal	Altruistas
	Cercana a las personas	Verdad
	Se idealiza la responsabilidad	Estéticos
	Se equipara a persona importante	Dignidad humana
	Comunicativa	
	Comprensiva	

¹¹³ Solo se incluyen los valores identificados, y en relación con las imágenes.

Etapa de formación

	<u>Años setenta y ochenta</u>	
Técnica	Ser buen profesional se equipara a la técnica	Altruista
Femineidad	Predominio del orden y las normas, de rigidez y distancia Subordinación médica Relación de directivas/os con enfermeras/os es materno-filial.	
	<u>Años noventa a dos mil cuatro</u>	
Evolutiva: avanza en la profesionalización	Cambio progresivo de concepción enfermera Creación de nuevos espacios profesionales	Libertad
Crítica	Presión asistencial, que repercute negativamente en las enseñanza	
Humanizada	Comunicativa, comprensiva Poca valoración de la práctica en intituciones privadas, se muestra en parte subordinada, y polivalente Jerarquización Ausencia de trabajo en equipo	Altruistas Dignidad humana
<i>Autoimagen actual</i>		
Reflexiva	Cambio de paradigmas profesionales y avance en el proceso de profesionalización.	Estéticos Libertad
Crítica, aunque pasiva de acción ¹¹⁴	Presencia creciente de investigación	Altruistas
Autónoma, aunque anónima en determinados contextos	Aumento de autonomía profesional	Dignidad humana

Elaboración Propia

Tabla 7.2
Evolución de la imagen enfermera

Imagen tradicional 1984 ¹¹⁵	Imagen de transición 1997 ¹¹⁶	Imagen actual 2004
---	---	-----------------------

¹¹⁴ La pasividad se refiere en cuanto a la acción para hacer visible su aportación.

¹¹⁵ Fuente: Domínguez Alcón, Carmen "Imagen de la enfermera en la sociedad" *Rol de Enfermería* 83):pp.6672. Se recoge las percepciones de las propias enfermeras/os.

¹¹⁶ Garrido Abejar, Margarita (1997) "Las enfermeras: autoimagen y proyección social" pp.33-58 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Vocación	Predominio aspectos	Reflexiva
Caridad	técnicos-instrumentales	Crítica
Sumisión	Anonimato: debido a	Autónoma
Obediencia	aportación específica	Pasiva en la acción de
Refuerzo rasgos	invisible	de hacer visible su aportación
femineidad:	Cercanía, proximidad	Persisteendeterminados
cariño, cuidado	a las personas	contextos el anonimato
maternal	Identidad en relación con	
	el contexto (puesto de trabajo)	

Elaboración propia

Llegar, ver y marchar: Imagen y percepción de la práctica médica, en la construcción de la imagen enfermera

Las imágenes, percepciones que las enfermeras/os se forman de la práctica médica, tienen impacto en la construcción de la imagen enfermera. La percepción que tienen las enfermeras/os de su relación con los médicos/as se sintetiza en tres palabras: *llegar, ver y marchar*. Es cierto que con solo tres palabras se corre el riesgo de banalizar la situación, pero es ilustrativa y cierta de la percepción que tienen de los médicos/as la mayoría de las enfermeras/os que constituyen informantes de la presente investigación. El análisis de las diferentes percepciones acerca del colectivo médico, contribuye a visualizar elementos, actitudes, y valores que influyen en el proceso de profesionalización enfermero. El análisis se estructura siguiendo las diferentes etapas de las trayectorias profesionales: (1) imágenes de la práctica médica en la etapa previa a la formación, y a través del contacto con el mundo sanitario; (2) durante la formación enfermera; (3) en la etapa profesional inicial, en la que las enfermeras/os intentan establecer la relación profesional con los médicos/as; y (4) imagen de la práctica médica desde la perspectiva de las enfermeras/os expertas/os. Se parte de la idea que la práctica médica es compleja, diversa, y diferente de la práctica enfermera. Además de que los ámbitos en que desarrollan el ejercicio profesional son múltiples.

Las imágenes sobre profesionales médicos, que construyen las personas antes de iniciar los estudios de Enfermería, parten de las diferentes percepciones y comparación con el propio colectivo enfermero. En esa etapa en que la imagen enfermera se presenta idealizada que se potencia a través de la comparación con la práctica médica. La opinión que prevalece de los médicos/as es de personas lejanas, o ausentes, que tienen escasa relación con las personas enfermas, trato poco personal, no cercano. Priorizan la enfermedad, no la persona que la padece. Se percibe además cierta falta de comprensión y compasión por parte de los médicos/as. La idea que prevalece en las enfermeras/os antes de iniciar su formación, es una imagen de la práctica médica uniforme. El testimonio de una enfermera expone su opinión de la práctica médica en la etapa preformativa que trabaja de auxiliar de enfermería.

"La figura del médico en sí, pues muy lejana..... Incluso alguna vez pasaban por delante tuyo, mío, de enfermera, auxiliar y ni un hola, no sé si era por ser del Hospital de X (privado), la clase social" (E10)

Los rasgos que perciben son de lejanía, indiferencia y ausencia. En los hospitales privados los médicos/as mantienen el estatus y jerarquía a través de actitudes poco comunicativas. El testimonio de un enfermero, reflexiona sobre las imágenes médicas, antes de empezar la socialización enfermera. En esta época, la década de los años setenta, trabaja en el almacén de un Hospital público. No recuerda siquiera la imagen del médico, esta ausente.

"No veía muchos, no había ni muchos o ninguno, yo sólo veía [...] de enfermería con los pacientes, quizás estuvieran los médicos en los despachos, y estuvieran haciendo pruebas, no lo sé, pero no había ninguno en la época no había, ya te digo en el año setenta y dos, setenta y tres" (E18)

A través del papel de usuarias o acompañantes de personas enfermas, las enfermeras antes de iniciar su formación, perciben determinados aspectos de la práctica médica, que entran en conflicto con sus valores personales, valores que desarrollan en el proceso de socialización. Algunos médicos/as valoran el estudio de la enfermedad, y el tratamiento, antes que la propia persona enferma. Esa situación repercute, en algunas ocasiones, en utilizar determinadas técnicas diagnósticas, y/o tratamientos, que no favorecen la situación global de la persona

enferma. El testimonio de una enfermera, antes de su formación, describe la experiencia negativa que vive en el proceso de enfermedad y muerte de sus abuelos. Detecta en el médico que atiende a su familiar, que la prioridad es el estudio de la enfermedad, no la persona. Ella utilizando el sentido común, decide no autorizar al médico, a realizar una prueba cruenta a su familiar enfermo.

"Él (médico) quería hacer una broncoscopia y yo le pregunté que bueno, que si él veía que eso iba a ser de utilidad y le iba a servir para algo pues me parecía muy bien pero que si ya me había dicho el día anterior que la situación era terminal, con metástasis hepáticas, cerebrales, etc, o sea que no. "¿qué sentido tiene hacerle una broncoscopia?- bueno, pues lo, lo acabamos de definir el diagnóstico - pues si me estás diciendo que ya lo tienes definido, que más definido que una situación terminal, hacerlo padecer otra vez, meterle....., no" el médico se enfadó muchísimo, yo no entendía....." (E19)

En la etapa formativa las imágenes que construyen las/os estudiantes de enfermería de los médicos son diversas y diferentes según el periodo analizado, aunque predominan, y se mantienen determinados rasgos que no favorecen el avance profesional, y la imagen enfermera. Al final de los años sesenta, las estudiantes de Enfermería construyen dos visiones de la práctica médica: los médicos/as noveles, en formación posgraduada, y los médicos/as expertos. Los médicos/as noveles (en la actualidad los médicos/ as MIR), viven en el Hospital público, mientras se forman en las diferentes especialidades de medicina. Al inicio de la etapa formativa médicos/as y enfermeras/os son de la misma generación o cercana, lo que contribuye a establecer una relación de "colegas" y de trabajo en equipo. El testimonio de una enfermera ilustra el tema.

"En el hospital había una planta que era donde dormían los médicos de guardia y los internos que vivían allí, vivían allí no es que dormían, es que vivían allí [...] Médicos habían de todo tipo, en el residente la relación era de pues colegas" (E3)

Esa imagen del médico joven en formación, contrasta con los profesionales consagrados, porque los rasgos que los caracterizan en la relación con los médicos/as jóvenes y las estudiantes de Enfermería son: prepotencia, muestran autoridad, a veces abusiva. Trato como de inferior, las ignoran, no les muestran respeto, y les gritan. El testimonio de una enfermera, que durante los estudios, realiza las prácticas asistenciales en un Hospital público, expone la imagen que se forma del cirujano.

"Habían cirujanos, que como siempre yo recuerdo un cirujano vascular, que vamos las alumnas cuando lo veían que iba a pasar visita se escondían porque era de esos que daba gritos tanto a nosotras como a residentes, y además, el típico tío que le gustaba ridiculizar a la gente" (E3)

Algunas de esas imágenes de la práctica médica se mantienen, como muestra el testimonio de una enfermera en prácticas asistenciales en un hospital público. Relata unos hechos que acontecen al inicio de la década del 2000. Son imágenes de la práctica médica que a través de la expresión verbal, o ignorando a las personas jerárquicamente inferiores, escenifican el estatus social.

"El médico...este médico en concreto [...] nos trataba un poco, no le daba importancia a las enfermeras. Ni en prácticas, ni a las enfermeras, ni las más veteranas ni las más novatas, a nadie, iba muy de prepotente" (E10)

La imagen de prepotencia ejercida por algunos médicos, contrasta con la visión paternalista de otros. Pero el paternalismo es, en parte, una forma de poder, y de estatus. Aunque es valorada de forma positiva por las/os estudiantes, enfermeras/os y personas enfermas, porque se percibe de acercamiento. El testimonio de una enfermera que en su etapa formativa, alternada con el trabajo de auxiliar de enfermería, describe al médico paternalista.

"Era una persona como muy humana, él (médico) se cogía la carpeta, se sentaba en la cama del enfermo y le decía "a ver mira, te voy a hacer esto, esto y esto" cuando les iba a operar y les hacía dibujo, luego después les cogía del brazo y a mí me cogía del otro brazo y bajábamos a quirófano y les enseñaba, o sea que de alguna manera yo aprendí a tomar cariño a la enfermería a partir de él" (E4)

Otro aspecto de la práctica médica paternalista de algunos profesionales, esta unida a la relación de género. El testimonio de una enfermera expone las percepciones sobre la relación de alumna con el médico. Alumna de enfermería, mujer; médico hombre.

"Muy bien, prudentes, cuando habían según que pacientes tenían que revisar que tenían que revisar algún nuevo aspecto del paciente, me veían una chica todavía joven pues, me hacían salir, eran delicados, a mí me gustaba que fueran delicados, para mí y para el paciente. La enfermera ya sé que ha de verlo todo, ya había visto cosas en el Hospital X (público) pero mira aquello que notabas que eran galantes, eran unos médicos ya un poco mayores que cuidaban a la mujer, me cuidaban" (E9)

A partir de los años ochenta, en las imágenes de la práctica médica, a través de las percepciones de las/os estudiantes de enfermería, influye según el carácter privado o público de la organización sanitaria. La organización sanitaria pública incorpora más rápidamente, en términos generales, la evolución de los diferentes colectivos profesionales. En la organización privada, los cambios son más lentos. Las direcciones, generalmente médicos, no lo favorecen. Muestran una marcada diferencia jerárquica entre las profesiones sanitarias, que no benefician el trabajo en equipo. Las imágenes sobre la práctica médica en estas empresas, son similares, no presentan diferencias significativas. En los testimonios de enfermeras/os, en la presente investigación, se repiten. Con frases similares que muestran una práctica profesional alejada del enfoque humanista. Las expresiones: "operan/esciben el tratamiento, pasan visita y se van", son las más repetidas. Las enfermeras/os están a su servicio, y los médicos/as quieren mantener la subordinación en la relación profesional. Mantienen la imagen "del saber" profesional, ante las personas enfermas y familias. En esas organizaciones la imagen médica, no permanece neutra si no que dificulta la construcción de la imagen enfermera actual. En organizaciones sanitarias públicas la práctica médica, a nivel general, favorece el trabajo en equipo.

"Era una Clínica privada donde los médicos iban a operar y ya está, o sea que cada uno pasaba visita a su hora [...] iban diciendo lo que había que poner y ellos se iban" (E4)

Enfermeras/os con trayectorias diversas, coinciden en la descripción y percepción de la práctica médica. La frase repetida es la de: "llegar, ver y marchar," que no está relacionada solamente con el escaso tiempo que dedican los médicos/as a una determinada práctica y ejercicio profesional. Es el tipo de relación que establecen: de *ausencia*, de *desconsideración* hacia el trabajo de otros profesionales. El testimonio de una enfermera es ilustrativo de la práctica médica en una Clínica privada, en la que ella realiza prácticas asistenciales. El

segundo testimonio es el de una enfermera, que en su etapa formativa, realiza prácticas en un Hospital privado. Las reflexiones entorno a este tema son las siguientes:

"El médico era el que iba veinte minutos, le veía y se iba y hacía más trabajo de despacho o de consulta que no el trabajo de estar ahí. Y entonces me encantó la enfermería [...] además allí normalmente cada paciente se traía su médico de fuera pues normalmente eran médicos que no tenían ninguna relación con el equipo de enfermería y las trataban fatal [...] Pues que venían allí y... "A mi paciente le haga tal, esto es esto ahora ya y en estos horarios, ¿vale?, adiós", sin dar ninguna explicación, ni ninguna relación, Quiero decir, cumplir órdenes... "yo soy el médico, tú estás aquí"...señorita ni enfermera ni por el nombre ni nada, señorita" (E12)

"El médico es una persona que viene, que puede ser hace su trabajo y se va...y poca cosa más" (E17)

Otros testimonios son similares, como el de una enfermera, que comenta sus prácticas asistenciales. Destaca el trabajo en equipo en el hospital público, y la ausencia de colaboración entre los profesionales en el hospital privado.

"Y aquí puede ser se trabajara más en equipo. La visita de la mañana, aquí hice las prácticas por la mañana, se repartía el trabajo [...] la enfermera pasaba visita con el médico [...] yo esto yo no lo había visto.....hombre porque tú, la enfermera participaba en la visita médica, cosa que en el otro (Hospital privado) no" (E17)

En los hospitales públicos la tendencia es de trabajo en equipo, entre los diferentes profesionales. Aunque las estudiantes de enfermería perciben algunas dificultades entre las relaciones profesionales. Los rasgos que *no facilitan* son: (a) el escaso reconocimiento del trabajo profesional enfermero; (b) se mantiene la idea de que la enfermera/o es "su ayudante"(del médico/a); (c) la diferencia jerárquica, se hace patente y esta basada en la desigualdad; (d) a los estudiantes de medicina se les socializa manteniendo tales rasgos. Algunos médicos/as muestran incluso comportamientos que pueden considerarse alejados del trato correcto y educado entre personas. Diversos testimonios perfilan tales rasgos identificados sobre los profesionales médicos/as. El primer testimonio es el de una enfermera experta, que en los años formativos, indica que los médicos/os no valoran la práctica enfermera suficientemente. Y este rasgo se mantiene.

"Hombre, lo reyes del mambo, claro. Era el médico y ella era la enfermera, sí [...] el médico que tenía buena relación con la enfermera la valoraba pero no sé si la valoraba también bien por la faena o porque a él le caía bien, ¿me entiendes lo que quiero decir? Había, había algunos que sí, que valoraban mucho lo que era profesionalidad y otros pues que...depende, [...] Y a lo largo de los años sigue siendo igual esto... No ha cambiado" (E16)

Las enfermeras/os perciben que los médicos/as construyen la imagen enfermera exclusivamente como "ayudantes de su práctica" profesional. En un estudio del año 1996, solo un 7% de la muestra compuesta por médicos/as españoles de diferentes edades, opina que el trabajo de las enfermeras/os es independiente (Benavente, 1996).

"Bueno, la clásica [...] el es jefe y tú eres mi ayudante, o mi prolongación o lo que yo no puedo pues lo haces tú porque me tienes que ayudar pero... se veía buen ambiente, [...] cuando pasaban visita podíamos ir, podíamos ir y entonces veíamos como ellas, ellos escribían los órdenes los médicos, ellas pasaban el parte, participaban en todo un poco: el parte lo hacía la enfermera" (E13)

En la década del año 2000 la situación se mantiene en cuanto a la distancia jerárquica entre médicos/as, y enfermeras/os. La transmisión de esquemas similares a los estudiantes de medicina es la situación habitual. Con ello se mantiene la subordinación, y la imagen de “no igual”, incluso inferior.

“Generalmente [...] no se notaba aquello mal rollo entre los, entre las enfermeras y los médicos. Jerarquías sí y esto siempre lo he dicho que lo marcan mucho los médicos, creo, porque a veces me acuerdo que, esto entre nos, bueno, cuando íbamos a lo mejor a desayunar lo comentábamos, que los estudiantes de medicina no, ni te miran, a nosotras ni nos miran y a veces ni a las enfermeras, cuando ellos entran todo se para, si estás haciendo una cosa, no, nadie se molesta en darte una cosa y no te la dan, sabes aquello que te sientes, es como si los médicos transmitiesen un poco de prepotencia, sabes, te pasan por encima y esto mucha gente lo ha comentado, [...] Sí, se los ve como, a ver es como, me sabe mal, mal decirlo, es como el padre, la madre pata y todos detrás” (E15)

La relación se basa en la desigualdad, no en la diferencia. En la Asistencia Primaria se mantiene la misma relación injusta e inapropiada de desigualdad profesional.

“En muchos sitios han actuado igual, [...] en el ambulatorio me acuerdo que también estábamos y también lo mismo, es decir, hacían unas fiestas para ellos, en cambio cuando la hacía la de enfermería era diferente. Entonces venían [...] es como si los profesionales médicos no tienen tan en cuenta a los, a los enfermeros como nosotros a ellos, cuando, a ver, es un equipo y es tan importante una cosa como otra” (E15)

La relación profesional actual, es desigual, y jerárquica. Incluso en ocasiones, llega a extremos inaceptables de desconsideración y de falta de reconocimiento en la relación profesional, y humana.

“Estaban sometidos a un examen continuo por parte de los médicos, de los residentes y del cátedro, a un examen continuo, incluso, que, cosa que a mi me había molestado muchas veces, que, se nos utilizaba para de alguna manera ridiculizarlos de vez en cuando " porque, fíjate, esto hasta la enfermera lo sabe, hasta la estudiante lo sabe" entonces yo decía "espero que no me pregunte porque no tengo ni idea de lo que está diciendo [...] ellos iban a la suya” (E19)

Esos rasgos sobre la práctica médica, que las estudiantes de Enfermería perciben, influye negativamente en la formación de futuros profesionales. Al inicio del siglo XXI, la titulación académica y la legislación capacitan a las enfermeras/os a tomar decisiones autónomas sobre cuidados con las personas. Es una práctica profesional que avanza, y se profesionaliza. Debe continuar avanzando, aunque no cuente con el soporte de los médicos/as.

Las enfermeras/os noveles cuando empiezan a trabajar tratan de establecer la relación profesional con los médicos/as. En ambos colectivos, están influenciadas por diversos aspectos. Entre los más relevantes puede identificarse los siguientes: (a) la juventud de las enfermeras/os y de los médicos/as, favorece las relaciones profesionales de mayor igualdad, porque pertenecen a la misma generación, y pueden existir corrientes de simpatía y atracción. No son tan desiguales; (b) las enfermeras/os noveles idealizan el saber médico; (c) los médicos/as expertos en determinadas unidades, valoran la práctica enfermera; (d) la relación profesional de enfermeras/os y médicos/as, se ve favorecida, cuando hace años que se conocen, y cada uno mantiene respeto hacia “el saber del otro”; (e) persisten imágenes

estereotipadas de la relación enfermera-médico;(f) en organizaciones privadas, observan rasgos negativos en la relación profesional de enfermeras/os y médicos/as. Varios testimonios ilustran tales aspectos, con énfasis en las buenas relaciones:

"Era buena; y los traumas también todavía era, yo creo que, hombre, ya no era tan familiar como en la época que estudiaba pero vamos, yo creo que me quedaban relaciones de buenas, [...] era gente muy joven" (E3)

En ocasiones se idealiza los conocimientos médicos.

"Esto cuando ya acabé, ya cuando estaba en urgencias ya había acabado enfermería, [...] no se veían los médicos como una persona a otro nivel, no era así, nos ayudaban y a las enfermeras mucho porque a parte eran como ídolos" (E2)

En determinadas unidades, los médicos/as expertos, valoran la práctica enfermera. El médico residente joven comete una equivocación, las enfermeras lo detectan. Él en vez de rectificar, mantiene el error. Las enfermeras seguras de su criterio, no administran la medicación. El médico responsable que supervisa la actividad profesional, apoya a las enfermeras/os y valora su práctica profesional.

"En el servicio siempre se pedía la opinión de las enfermeras [...] Porque se conocían los niños [...] todas estas cosas que en teoría son vitales ellos las desconocían, en cambio las enfermeras las controlaban muy bien e incluso la medicación. Yo recuerdo una anécdota de un residente, era de aquellos niños con convulsiones, era una cosa muy típica era pues dos miligramos de valium o tres miligramos de valium si el niño convulsiona, la medicación claro, siempre iba en función del peso. Entonces este se equivocó y puso centímetros en vez de miligramos y entonces le dijimos "mira", y dijo "sé perfectamente lo que me hago", al día siguiente [...]el jefe de servicio le montó, claro, un escándalo pues nosotros le habíamos avisado y no queríamos porque, claro, sí le poníamos dos centímetros al niño.....porque son veinte miligramos, [...]recuerdo mucho el respeto al jefe de servicio [...]la consideración que tenía hacia las enfermeras" (E3)(Hospital público)

Los años de relación profesional con los médicos de una unidad, favorece la buena comunicación profesional. Se establecen relaciones de confianza con los médicos/as, basada en los años de conocimiento, y respeto mutuo.

"Yo los conocía de cuando eran residentes y siempre les llamaba por el nombre y...naturalmente todavía sigo con ellos y bien, tanto en cardio, como en cirugía, como...Intensivos en cualquier lado, siempre los conocía de cuando eran residentes y nos veíamos por aquí y siempre les he llamado por el nombre y siempre han sido muy buenos. Hombre, a fuera cuando terminan aquí los residentes los adjuntos me llevan...con ellos para estar quiero decir que alguna comunicación algo tenemos, no sé yo, comunicación, puede ser la confianza" (E18)

En situaciones completamente opuestas, como por ejemplo el trabajo de "corretornos", que transcurre en unidades diferentes, influye negativamente en las relaciones profesionales con los médicos.

"La recuerdo muy poca relación, muy poca. No tenía mucha relación con los médicos porque además como ibas de una planta a otra" (E17)

En los últimos años (2000-2005) aunque las enfermeras/os avanzan en la trayectoria de profesionalización, las relaciones profesionales entre médicos/as y enfermeras/os mantienen la desigualdad. Con ello no se facilita el trabajo en equipo. Incluso, en algunos contextos, surgen imágenes estereotipadas, y machistas.

"Encima los médicos pues te tiraban los tejos pues...bueno, aquello fue la hecatombe" (E13)

En las organizaciones sanitarias privadas se mantienen también los rasgos negativos de la relación profesional. Existe una separación importante entre ambos estamentos, médico y de enfermería, acentuado en el caso de enfermeras/os noveles. La relación profesional se limita a indicaciones acerca del tratamiento. En ocasiones, ni tan solo se hace de forma directa, se ignora a las enfermeras/os.

"El médico pasaba visita y me acuerdo pues que venía "¿quién es la enfermera que lleva este paciente, - yo- pues este señor le cambio esto y esto y ya está", esto sí que te lo decían, habían médicos que pasaban visita y la enfermera no existe [...]Pues te enteras porque vas la paciente, entras a hablar con el paciente y es el mismo paciente que te dice "ha venido el médico" o porque tú al mirar el curso clínico dices pues ha pasado el médico y no le he visto o te encuentras la planchita allí con las órdenes médicas pero que ni tan sólo te han dicho "escucha que le cambio.." (E17)

En las organizaciones privadas, los registros médicos sobre el tratamiento y evolución de las personas enfermas, a veces son escasos. Ello se debe a que el trabajo profesional médico es generalmente individual. El médico, conoce bien a su paciente, y a veces no registra toda la evolución del proceso. En algún hospital privado, al detectar que los registros médicos son escasos, toman medidas que eviten esa práctica. La estrategia es establecer el cobro de la visita médica a la persona enferma, solo cuando se registra formalmente por escrito, la evolución del proceso.

"Bueno sí porque ellos cuando pasan visitan tienen que hacer el curso clínico, han de escribir porque cobran por curso clínico escrito por eso del curso clínico no se les olvida nunca, a la enfermera no le dirán que han pasado visita pero en el curso clínico está [...] Puede ser es una medida de la organización" (E17)

El estatus profesional obtenido en el ámbito sanitario, especialmente en el privado, por los/as médicos, impide cambiar la imagen enfermera tradicional de subordinación, por la imagen actual basada en la colaboración, en la diferencia, y complementariedad. Es esencial profundizar en esos factores que son de gran impacto, y no favorecen el avance hacia la atención sanitaria de excelencia a las personas.

Las enfermeras/os expertas trazan los rasgos generales de las imágenes médicas, que afecta a la imagen enfermera. Desde la década de los años noventa, se reconoce en diversos estudios, que los médicos/as, ostentan menos poder. Las profesiones sanitarias se feminizan, entre ellas la medicina. Estos dos factores se correlacionan. También se relaciona feminización de la medicina y humanización. (De Miguel, 1990; Guillén, 1990; Domínguez Alcón, 1990; Fajardo, 2004: 11). La sanidad en occidente gira alrededor de la medicina denominada "tradicional", que mantiene el poder. La trayectoria hegemónica de la medicina se produce por la defensa política de sus intereses gremiales y profesionales, y en las últimas décadas, apoyada por la industria farmacéutica y medico-sanitaria (Haro Encinas, 1996: 128).

En las organizaciones sanitarias públicas, la colaboración y comunicación entre médicos/as y enfermeras/os es compleja. No obstante estudios recientes destacan que el trabajo en equipo es una de las variables sobre el que pivota la calidad de la asistencia (De Pedro, 2004: 29). Se parte de la idea de que el conocimiento biomédico, aporta beneficios en el proceso de salud y enfermedad de las personas. Las enfermeras/os contribuyen a la aplicación del saber médico. Pero al mismo tiempo, las enfermeras/os aportan los efectos terapéuticos de los cuidados que ofrecen. Ese proceso es esencial, complejo y diverso. Solo la aportación complementaria del saber de las diferentes disciplinas, puede lograr la calidad y excelencia en los resultados esperados.

Las enfermeras y enfermeros expertos, desde su experiencia, generan elementos de la imagen médica, que perjudican la imagen enfermera. Desde diferentes contextos, observan el quehacer del médico, describen con una frase esa práctica: “llegan, visitan/operan y se van”. Son percepciones que muestran el escaso trabajo en equipo, y la ausencia de comunicación.

“Y a nivel de los médicos en los Hospitales públicos la relación también es distinta, [...] la supervisora de planta sí que tenía mucha relación con los médicos residentes. En las Clínicas privadas pues no porque aquí los médicos vienen, operan o visitan a los pacientes y se marchan” (E2)

“Tenía posibilidad de hacer medicina pero yo no quise por el trato con el paciente porque medicina le pasas, lo ves y te vas. Y yo prefiero estar ocho, diez, doce horas con el paciente que no estar diez minutos e irme” (E18)

En algunas especialidades los médicos se centran en la enfermedad, y en segundo término la persona enferma. Esa situación repercute directamente en la práctica e imagen enfermera, que asume una parte de responsabilidad de otros profesionales, en detrimento de los cuidados propios que pasan a ocupar un segundo lugar, y del trabajo en equipo que ayuda al crecimiento profesional de ambos colectivos.

“Estos médicos por vicio o por falta de responsabilidad yo pienso que algún día llegaremos a un nivel de cirugía que si el ojo se pudiera sacar y meter solamente el ojo en quirófano ellos serían felices; [...] hay algunos que te dicen "yo no soy médico, soy oftalmólogo", con lo cual no le vengas a decir que el paciente está con una glucemia de 400 porque te dirá "pues arréglamelo, [...]Tú has de decidir, qué, cuándo y cómo” (E19)

En la Asistencia pública aunque desde la perspectiva de observador externo, no se manifiesta la desigualdad entre ambos colectivos, la percepción enfermera muestra que existe, y no contribuye ni facilita el cambio en el papel profesional de la enfermera.

“En el Hospital (público) [...] el médico era muy médico, enfermería estábamos bastante degradaditas, enfermería todavía ahora yo pienso a nivel hospitalario tiene muy poca autonomía, tiene más autonomía la enfermera de primaria que de hospitalaria y que ahora estamos hablando de unos cuantos años atrás cuando la figura del médico era el superhombre y la enfermera era...bueno. Y bueno, de ser el señor doctor hemos pasado a ser el Joan, el Francesc, el Dani, el Pere pero es igual, el médico sigue siendo el médico” (E22)

En las organizaciones privadas, las percepciones enfermeras/os sobre la imagen médica, aún se acentúan más los elementos negativos, y su influencia en la construcción de la imagen

enfermera. El trabajo en equipo no existe. Los médicos/as, por su relación contractual con la organización, están solo el tiempo necesario, para realizar su labor terapéutica de forma individual. La variabilidad de la práctica médica aumenta, y en consecuencia, el ejercicio profesional enfermero, incrementa la complejidad. El testimonio de tres enfermeras que ejercen en Clínicas privadas exponen el tema. El primer testimonio se refiere a la visita médica a personas enfermas ingresadas. Esas visitas no están programadas, por tanto, debido a esa imprevisibilidad, es difícil que las enfermeras/os puedan colaborar en ellas. Tales prácticas repercuten negativamente en la atención que las enfermeras/os prestan, y en su imagen profesional.

"Nos conocemos todos y igualmente no hay pase de visita porque no se hace, pero bueno, eso no quiere decir que si pasa un médico y por lo que sea vamos los dos, a ver al paciente y estás con el médico en el pase de visita pero que no es como en otros sitios que se hace pues de 8 a 9 se va pasando por todas las habitaciones porque cada paciente tiene su médico [...]uno pasa a la 4, otro viene las 5, otros no tienen hora fija para pasar, pasan durante el día pero hay buena relación" (E17)

El segundo testimonio es el de una enfermera que trabaja en una Clínica privada que constata la ausencia de trabajo en equipo. El trabajo médico individual es habitual. La práctica enfermera esta limitada y exclusivamente supeditada a la práctica médica.

"Los cirujanos son especiales pero en esta especialidad todavía es el "sumum". Además no hay equipo, hay cinco cirujanos [...] van por libre y lo que tienen son residentes que vienen sudamericanos buenos o de Italia o de aquí, están seis meses, marchan, viene otro y tal, esto es la ayuda que tienen, y cada día operan los mismos [...] es un ámbito muy cerrado [...] bastante estresante, [...] estaban un poco mimados, es totalmente lo de antes, lo del médico, la enfermera" (E13)

El tercer testimonio es de una enfermera experta, que matiza aspectos del trabajo en equipo, en una Clínica privada. Muestra la imagen enfermera tradicional de sumisión a la práctica médica.

"Prácticamente, o sea, son los médicos, no es un trato de igual a igual ni muchísimo menos. [...] quizás también en los servicios especiales también la relación es distinta porque están trabajando juntos prácticamente todo el día, [...] pero lo que se es planta es el trato es completamente no tiene nada que ver, el es el médico y la enfermera es la enfermera" (E2)

Otro aspecto fundamental que repercute en la imagen enfermera es la variabilidad en los tratamientos médicos, ante una misma patología, especialmente si es quirúrgica. El ejercicio profesional de las enfermeras/os es más complejo, no puede establecer criterios consensuados con los médicos/as. Su práctica profesional permanece supeditada a la práctica profesional médica.

"El médico no actúa de una manera...uniforme, claro, cada paciente o cada patología pues aquí una artroscopia se puede tratar de tres maneras distintas" (E2)

El orden jerárquico (entre médicos/as y enfermeras/os) puede escenificarse de diferentes formas, en las Clínicas privadas se utiliza habitualmente el lenguaje "de usted". Es una estrategia que contribuye, en este contexto, a mantener una imagen de personal inferior de la enfermera/o.

"Yo ahí me quedé de piedra, ¿el médico de usted?, [...] hasta que vi el palo un poquito, entonces yo funciono en el tema este del usted [...] yo funciono el tema rebote: a mi me llaman de tú y contesto de tú, me llaman de usted y contesto de usted [...] yo pienso que lo hacen un poco pues para marcar [...] hay uno que textualmente dice. "no, es que del tú al hijo de puta hay un paso" [...]este centro es el colmo de la privada" (E13)

En la reforma de Asistencia Primaria, realizada en los últimos años, diversas situaciones, vividas por enfermeras/os expertas ponen de relieve algunas de las estrategias médicas para mantener el poder. Las enfermeras/os que lideran el cambio, viven situaciones paradójicas, protagonizadas por médicos. Incluso a veces, situaciones de desprestigio social de la imagen enfermera, protagonizado directamente por médicos/as.

"O cualquier programa comunitario que quisieras hacer eran capaces de lo que se hace en una campaña en contra [...] hablando con el ayuntamiento, con la comunidad o haciendo, con los pacientes que venían, desprestigiarla continuamente "ah, pues usted va con las actividades de niño asmático, pues piense que aquello le puede traer problemas y que..." (E11)

Algunos médicos/as soportan mal el no tener de ayudante a la enfermera, como era habitual antes de la reforma. No aprecian en los cambios, aumento de calidad en el servicio a la población. Los médicos/as perciben esa situación como desprestigio social, sin tener en cuenta los otros profesionales.

"En concreto había un director, (centro de Atención Primaria) pues este director en concreto era médico,[...] muchos de ellos (médicos) entendían la situación o al menos cuando hablabas en privado entendían la situación pero cuando estabas con todo el equipo se decantaban clarísimamente hacia el equipo de medicina e impedían de que en cualquier actividad estuviésemos delante, o sea, los médicos lo que reclamaban era una persona a su lado que les aguantara al enfermo o que ayudara al enfermo a desvestirse o vestirse, que llenara papeles" (E11)

En algunas ocasiones el aspecto que predomina es la lucha por espacios profesionales, y poder, mediante prácticas poco ortodoxas. Perciben la práctica enfermera actual como amenaza a su prestigio y espacio profesional, y no escatiman esfuerzos, en algunos contextos, para mantener una imagen enfermera escasamente reconocida socialmente.

"Y luego en pediatría tuve un problema que no quería que controlara a los niños porque el tenía su privada en el pueblo y entonces le fastidiaba el que yo programara a los niños, es decir, pues cada control de niño sano, esto hacía que si la gente estaba contenta no fuera a su privada y entonces esto le molestaba hasta tal punto que me amargó la vida. Estaba en una consulta sola, no me derivaba los pacientes, los niños, entonces tenía que irlos cazando yo conforme me enteraba, entonces a la que veía niños preguntaba ¿qué no hay nadie de visita en enfermería?, a las vacunas, a todo porque no me derivaba ni las vacunas ni nada" (E14)

Los estereotipos, y las paradojas sociales que determinados médicos/as manifiestan y mantienen el orden jerárquico tradicional, no son desapercibidos por las enfermeras/os. Son formas externas que no ayudan a crear la imagen enfermera. El testimonio de una enfermera expone sobre esa situación.

"En el quirófano, estando en el quirófano había un médico que ahora no está que está en Alemania, después era muy amigo pero en principio cada mañana cuando él venía quería dar a todas un beso en la frente y yo digo "¿bueno,

y yo porque tengo que dar, dejar que en mi frente me dé un beso este hombre?", no, un día le dije "yo, sí, me ha dado 2 o 3 días pero yo no le tengo porque aguantar que usted me dé un beso en la frente cada mañana..." (E16)

Las/os enfermeras/os en la práctica profesional, cuidan a personas que presentan diferentes niveles de vulnerabilidad, el acto de cuidar implica protección, actuar "de abogado". Este acto profesional de proteger es un acto de responsabilidad, a veces acompañado de consecuencias negativas para la enfermera/o que lo ejerce. El testimonio de una enfermera experta, supervisora de quirófanos, en un Hospital público, expone la experiencia a la que se enfrenta, llena de irregularidades, falta de responsabilidad, e incluso negligencia de algunos médicos/as, y las repercusiones negativas e injustas, que terminan con despido. Los médicos/as aceptan mal la imagen social de "abogado" de la persona enferma, que realizan las enfermeras/os. Ante esas situaciones, ejercen el poder basado en la desigualdad. En algunas ocasiones no asumen errores, especialmente si son detectados por un profesional que consideran inferior.

"Tuve una enganchada muy fuerte con el jefe de anestesia Porque veía que no se hacían las cosas como se tenían que hacer [...] El equipo de anestesia era el mismo el de la mañana que el de la tarde, [...] la las seis nada más quedaba un anestesista para tres quirófanos, [...] cogía la enfermera de reanimación "tú me miras el tres y cuatro y yo el uno y el dos" y yo [...] por aquí no pasé, le dije "mira , la enfermera de reanimación está para reanimación [...] hasta que un día fue mucho peor porque se fueron todos pero quedaba un paciente, [...] entonces lo pasamos muy mal, era una recesión transuretral que baja mucho de presión [...] no hay ningún anestesista, [...] llamé al médico de guardia del hospital [...] y me dijo "ah, es que yo en quirófano" y le digo "mira, yo soy enfermera, tú eres médico, aquí hay un paciente que está con una presión así que y aquí no hay nadie que se haga responsable porque el cirujano acabó lo suyo y me dijo "bueno, arreglarlo como sea pero yo.....", [...] yo me mojé, yo era muy inocente, cogí la gráfica de anestesia y puse "la paciente sube a la habitación después de que el médico de guardia da el visto bueno porque aquí no se encuentra ningún anestesista" [...] el jefe de anestesistas entra, ve aquello y se puso, pues imagina como fue el cisco, "esto si lo ve alguien acabamos todos..." [...] como si yo hubiese hecho un fallo, el fallo no es mío, "¡qué has hecho escribiendo esto, niña!", "esto lo he escrito para que sepáis lo que ha pasado porque esto si quieres lo rompemos y hacemos otra hoja de anestesia, me es igual, [...] Bueno, allí me perdonó la vida pero comenzó una campaña, empezó a preguntar si yo estaba fija, [...] entonces me tenían que hacer fija [...] la infeliz de personal me dijo "mira, pues tengo una mala noticia", [...] no te vamos a renovar" (E13)

La enfermera actúa con responsabilidad y prudencia. Su objetivo es corregir la situación anómala. La vida de una persona esta en peligro. El médico responsable del servicio lo percibe como una agresión al colectivo, intolerable e irritante. Provoca el despido de la enfermera. La imagen profesional afectada es la de la enfermera, no la del médico, aunque la persona enferma siguió con vida por el esfuerzo, tesón, y responsabilidad profesional de una enfermera. Otro testimonio de una enfermera, describe una situación paradójica y no ética de la práctica de un médico.

"Había un médico, que esto lo tengo impactado de toda la vida, yo fui a urgencias [...] había un borracho en urgencias [...] y jugaba, bueno jugaba, hacia así con él como si fuera un toro... El médico con el enfermo [...] Eso me impactó [...] a nivel ético y humano que no se me olvidará nunca" (E16)

La práctica profesional de los dos colectivos es complementaria. Las enfermeras/os a través de la comunicación con las personas enfermas, recogen y analizan información. Estos

registros, en muchas ocasiones, no solo son fundamentales para la práctica enfermera si no también para la práctica médica. La puesta en común, análisis y toma de decisiones sobre las personas que atienden, en sesiones clínicas, es esencial. Aumentan la calidad en la asistencia a las personas; establece una vía importante de comunicación, entre los diferentes colectivos profesionales, y hace posible la colaboración. El testimonio de una enfermera describe una situación en que los datos recogidos por las enfermeras/os son esenciales. Son esas imágenes enfermeras, las que el colectivo profesional debe favorecer.

"Hay un interno en Cuatro Caminos que es una persona que [...] tiene problema de deudas y entonces que hace, incumple alguna norma para que lo lleven a un departamento especial, a cumplir la sanción y cumple la sanción y cuando acaba la sanción lo han de llevar a módulo. Él se niega a ir a módulo, entonces, si se niega a ir a módulo vuelve a tener otra sanción [...] él dice que quiere ver al psiquiatra porque no puede ir a módulo, porque tiene muchos problemas de depresión y que si no se quita la vida. Delante de una amenaza de quitarse la vida [...]Y esta persona ha estado en psiquiatría un tiempo, manipulando no a un psiquiatra, manipulando a todos los psiquiatras, [...]y hacía toda una escena aprendida [...]después enfermería que es el que está con el todo el día, lo veía como estaba extorsionando a uno, [...]hay sesiones conjuntas" (E12)

Las enfermeras/os creen que el trabajo en equipo es fundamental. Una relación profesional basada en la colaboración, es esencial para ofrecer un servicio sanitario de calidad. Repercute en la salud de las personas. El testimonio de una enfermera que trabaja en Asistencia Primaria, expone las ventajas del trabajo en colaboración que realizan con los médicos/as. Ese tipo de trabajo ayuda a construir una imagen profesional enfermera basada en el respeto mutuo entre ambos colectivos.

"Por ejemplo pues un día pues lo preparábamos una enfermera y otro día un médico, es decir, en función del tema que tocara, entonces, pero cada, cada viernes que eran las sesiones clínicas, que se hablaban de propiamente de casos, nos preparábamos cada uno, entonces, pues yo estaba en pediatría pues hablaba de pediatría" (E14)

Otra forma de relación basada en la desigualdad, es la paternalista. Los rasgos de ese tipo de trato son de cordialidad, aunque mantienen la distancia jerárquica reglamentaria, acorde con el estatus social consolidado. Tampoco la relación paternalista favorece en la construcción de la imagen enfermera profesional. Algunos testimonios ilustran ese tipo de relación entre ambos colectivos.

"Esta unidad era medicina interna, digestivo y neurología, pasábamos visitas con ellos, hacíamos sesiones de casos clínicos con los médicos aunque la documentación de enfermería no les gustara mucho pero ellos veían bien que nosotras estuviésemos en las sesiones clínicas e hiciéramos y participábamos, sí, y después también participábamos en unos cursos de neurología que se hacían para enfermeras, también, cada enfermera pues exponía un tema y también, nos dejaban colaborar bien" (E16)

Las enfermeras/os aunque perciben negativamente algunos aspectos de la relación profesional con los médicos/as, saben valorar la expertise profesional médica, en la atención a las personas. El testimonio de una enfermera ilustra el tema.

"La más brutal que recuerdo es una niña de dieciséis años que se cortó el cuello con un vidrio roto y todo el mundo nos quedamos, todos bastante colapsado, [...] porque nos dijo "viene una conmoción cerebral" , [...] la chica estaba muy pálida, bueno, ésta se debe haber dado un golpe pero nadie le

vio la herida y[...]pienso que fueron unos segundos de estos que se hacen eternos que todo el mundo se quedó como diciendo bueno, estornudó la chica y entonces se habían notado las dos cavidades externas, cuando estornudó yo pensé "dos veces más y esta chica se queda aquí" y...bueno, el jefe de guardia tuvo aquello que...yo que sé, el espíritu santo pasó o algo así y comenzó a pedir pues pinzas de disección, suturas y tal, la vía, la femoral, sangre" (E13)

Los diferentes testimonios perciben una imagen médica que configura la imagen desvalorizada de la enfermera básicamente en dos aspectos. En primer lugar procuran mantener la imagen tradicional de subordinación de las enfermeras/os, especialmente intensa en organizaciones privadas, como estrategia de poder. En segundo lugar, algunos médicos ante el cambio de papel y de imagen enfermera, lo perciben como amenaza profesional, y no dudan en utilizar estrategias que ignoran y desvalorizan la aportación profesional enfermera, para mantener el estatus económico, y social. Los testimonios, enfermeras y enfermeros, recuerdan experiencias de relaciones profesionales con los médicos/as, predominantemente negativas, que no facilitan el avance profesional enfermero. Son expresadas de forma altruista para contribuir a establecer una relación profesional que ayude a ambos colectivos. No obstante el análisis realizado emplaza a las enfermeras/os a conseguir una imagen profesional que les guste, y acorde con la aportación intensa y específica que realizan, sin esperar la ayuda de los profesionales médicos.

La Tabla 7.3 muestra los rasgos de la práctica médica que influyen en la construcción de la imagen enfermera. Y como esos rasgos contribuyen a configurar una imagen social desvalorizada de las enfermeras/os. La tabla presenta información sobre dos aspectos esenciales: la autoimagen y valores enfermeros, y la percepción, y rasgos de la práctica médica, que influyen en la construcción de la imagen enfermera. Todo ello se relaciona con las etapas de las trayectorias profesionales enfermeras/os. En la etapa previa a la formación, las personas a través de experiencias personales o laborales, construyen una imagen idealizada de las enfermeras/os, especialmente sustentada por valores altruistas y de la dignidad humana, y valores que emergen como son los estéticos y la verdad. Refuerzan la imagen enfermera idealizada, a través de la comparación con la imagen de la práctica médica. Se acentúan los aspectos negativos de ausencia, distancia, y/o escasa relación con las personas enfermas, aspectos que si perciben en las enfermeras/os, lo que potencia la toma de decisión de estudiar Enfermería. También perciben, en determinados contextos, que los médicos/as tienen prioridad hacia la enfermedad, y en segundo lugar hacia la persona enferma.

Durante la formación las/os estudiantes de Enfermería perciben rasgos diferentes de la imagen enfermera, en relación a las décadas estudiadas. A través de esos periodos se muestra la evolución del colectivo, y las percepciones que sobre la práctica médica mantienen. Rasgos que dificultan la evolución de la imagen profesional enfermera. En primer lugar en la década de los años setenta y ochenta, la imagen enfermera desde las percepciones de las estudiantes, es técnica y subordinada a la práctica médica. También muestran rasgos de femineidad, a través de experiencias, y características del uniforme profesional. En ese periodo las estudiantes de enfermería muestran dos visiones de la práctica médica, directamente relacionadas con la edad, y la experteza profesional. Los médicos/as jóvenes, en periodo de formación postgraduada, establecen una relación no tan desigual con las enfermeras/os. En contraposición a los médicos/as expertos, que muestran rasgos negativos en las relaciones profesionales de ambos colectivos. Esos rasgos se sintetizan en el mantenimiento de la diferencia de estatus e infravaloración de la práctica enfermera, incluso abuso de poder por parte de algunos médicos. En la década de los años noventa hasta la actualidad, las alumnas/os

perciben en las enfermeras/os el proceso de evolución profesional, que mantiene ritmos diferentes, según el carácter privado o público de la organización sanitaria. El origen de ese proceso diferente, y más lento que siguen las enfermeras/os en organizaciones privadas, se encuentra en los rasgos de la práctica médica. Las estudiantes de Enfermería perciben la marcada desigualdad jerárquica, y la ausencia de trabajo en equipo, en esas instituciones, que repercute y mantiene la imagen tradicional de subordinación enfermera. En las organizaciones públicas la imagen enfermera es crítica sobre su cambio de papel profesional, empieza asumir autonomía, y es humanizada, se sustenta en valores altruistas, dignidad humana y libertad. Las estudiantes perciben, paralelamente a ese proceso diversos rasgos de la práctica médica. Aunque aumenta el trabajo en equipo, mantienen diversos elementos que no son neutrales, como el escaso reconocimiento de la práctica enfermera, diferencia jerárquica, y signos en la socialización médica que reproducen la desigualdad.

La autoimagen enfermera en los primeros años de ejercicio profesional, es crítica de su práctica, pero al mismo tiempo pasiva de acción para hacer visible su aportación profesional. Las enfermeras/os noveles muestran buena predisposición a establecer la relación profesional con los médicos/as. Reconocen que el factor que favorece es la juventud de ambos profesionales. Idealizan el “saber médico”. Perciben en ellos imágenes estereotipadas. La autoimagen que construyen las enfermeras/os expertas es reflexiva y crítica, pero también ellas permanecen pasivas de acción para hacer visualizar su aportación única y esencial. Perciben que aumenta la autonomía profesional, especialmente en organizaciones públicas. Las percepciones y rasgos de la práctica médica, dificultan el avance profesional, desvalorizan la imagen enfermera, y contribuyen a mantener una identidad enfermera débil. Las imágenes médicas son diversas, tienen en común que no satisfacen a las profesionales enfermeras/os. Ellas perciben que las prácticas médicas no favorecen el trabajo en equipo, y repercute en la calidad de la asistencia. No favorece la participación. La relación es de desigualdad, no de diferencia. Las enfermeras/os están en proceso de cambio, este proceso se vive de forma desigual por parte del colectivo médico. Este hecho no favorece la adopción de medidas, a nivel general, para promover la relación profesional. Se debe partir de estrategias del propio colectivo profesional enfermero, para que los diversos factores, relacionados con la práctica, puedan modificarse. No se debe esperar que la solución venga a través del colectivo médico, que prioriza la preocupación por otros aspectos de su práctica. Los médicos/as no contribuyen a construir una imagen positiva de las enfermeras/os, como profesionales autónomos.

Tabla 7.3
**Rasgos de la práctica médica que influyen en la construcción
de la imagen enfermera**

Etapa profesional enfermera, y periodos	Auto Imagen y valores enfermeros	Percepción y rasgos de la práctica médica, que influyen en la construcción de la imagen enfermera
Previo a la formación	Imagen idealizada Valores que la sustentan: altruistas, dignidad humana, estéticos y verdad.	Ausencia, distancia, y escasa relación con los enfermos. Prioridad hacia la enfermedad, no hacia la persona enferma
Durante la formación		
<u>Década años setenta, ochenta</u>	Imagen técnica y subordinada Femineidad Valor que la sustenta: altruismo.	Se mantiene la diferencia de estatus e infravaloración de la práctica enfermera. Abuso de poder por parte de algunos médicos, o paternalismo.
<u>Década años noventa hasta la actualidad</u>	(1) <i>Instituciones públicas:</i> Imagen evolutiva: avanza en la profesionalización Humanizada Crítica Valores que la sustentan: altruistas, dignidad humana y libertad	Mayor presencia del trabajo en equipo Se mantienen elementos que lo dificultan: escaso reconocimiento de la práctica enfermera prevalece la idea que la enfermera/o es la ayudante del médico. Se mantiene la diferencia jerárquica, incluso cierto abuso de poder La socialización médica reproduce la desigualdad
	(2) <i>Instituciones privadas:</i> Imagen subordinada y polivalente	Ausencia de trabajo en equipo Marcada desigualdad jerárquica que se sustenta por el “saber” médico.
Profesional inicial	Imagen crítica y pasiva de acción para hacer visible su aportación	Se idealiza el “saber médico” La juventud favorece la relación de ambos colectivos, Se mantienen imágenes estereotipadas.
Enfermeras/os expertas	Imagen reflexiva, crítica y Pasiva de acción para hacer visible su aportación. Autónoma Valores que la sustentan: altruistas dignidad humana, estéticos, libertad	Escaso trabajo en equipo. La enfermedad es el centro de interés. Se mantiene la desigualdad que se acentúa en organizaciones privadas. Jerarquía médica. Visualización del poder médico y lenguaje trato de Uds.; desprestigio de la práctica profesional enfermera; estereotipos que denigran a las enfermeras/os; paternalismo médico. El papel enfermero de “abogado” de la persona es percibido como “control” al médico

Elaboración propia

8

CAMBIO DE PARADIGMAS PROFESIONALES

8. Cambio de paradigmas profesionales

Una característica de la dinámica de las sociedades complejas es la manifestación de necesidades múltiples por parte de la población. En algunos casos las personas las hacen explícitas, en otros son definidas por los profesionales o expertos/as. Incluso en algunos casos las necesidades existen pero ni se explicitan, ni se identifican. Una situación común es la de diferentes agentes y profesionales de distintos ámbitos que tratan de dar respuesta a las necesidades, produciendo u ofreciendo servicios, como parte del objetivo fundamental de su actividad profesional. En esencia, las profesiones son grupos ocupativos que se distinguen por: el monopolio de conocimientos propios, y monopolio del mercado. Disponen de una área de autonomía, se adhieren a unos valores y mantienen unas actitudes profesionales. El proceso de profesionalización de varias ocupaciones tiene lugar en el transcurso del siglo XX, entre ellas enfermería. En España al igual que en otros países, es un proceso evolutivo y dinámico, documentado por diferentes autores (De Miguel 1976, 1978, 1983, 1985, 1990, 1998; Domínguez Alcón, 1981,1985, 1990, 1993; Rodríguez, 1992:13).

El proceso de profesionalización presenta dos características básicas: la búsqueda del estatus profesional, y el desarrollo de una actividad monopolista (Abbot, 1996), que aportan nuevas formas de pensar y generan soluciones en el seno del proyecto transdisciplinar (Sanchez-Robles, 2001:5). En este contexto es importante reflexionar sobre el impacto de algunos cambios sociales, de acontecimientos y conceptos a los que se les asigna significación. Ese es el objetivo del presente capítulo que se centra en la redefinición de los espacios profesionales enfermeros. La reflexión se centra en: (1) valores, papel profesional y cambio social; (2) cambio en los Sistemas de Salud y redefinición de los espacios profesionales; (3) necesidades sociales y valores profesionales; y (4) ejercicio profesional en entornos cambiantes.

Valores, papel profesional y cambio social

Se parte de la idea que los valores sociales son las columnas que sustentan las conductas y las actitudes de las personas, en los diferentes contextos. Constituyen un elemento decisivo en la vida de los grupos humanos (Díez Nicolás, 1994:11). El estudio de los valores permite una mejor comprensión de los diferentes fenómenos y relaciones entre las personas. En el proceso histórico los valores sociales evolucionan, unos dejan de tener peso, mientras otros pasan a ser más relevantes. En el contexto español y catalán, se constata la permanencia de valores materialistas, así como el progresivo peso de los valores posmaterialistas, relacionados con el desarrollo personal en el contexto social, con especial relevancia y énfasis en la conducta prosocial. En este apartado se tratan los temas relacionados con: (a) cambio social y valores; (b) valores tradicionales y nuevos valores; (c) los valores al inicio del siglo XXI.

Los cambios sociales transforman el sistema de valores. Los valores en la sociedad actual son fruto de los cambios económicos y sociales que la transforman profundamente, ya que no se trata de una sociedad aislada, sino que está integrada en el mundo, con una historia concreta. Formamos parte de un conjunto de sociedades llamadas occidentales, y estamos afectados por su proceso evolutivo. Diferentes acontecimientos marcan la historia del último siglo, la segunda Guerra Mundial, la Guerra Civil española, la dictadura franquista, la Transición y la Democracia, con la práctica y consolidación de libertades ciudadanas. Otros hechos inciden igualmente en el proceso de transformación y cambio, como por ejemplo los acontecimientos de mayo del 68, la guerra fría, y las guerras: del Golfo, Afganistán e Irak. El crecimiento de las

grandes multinacionales y la mundialización económica, influyen directamente en el aumento del desequilibrio norte / sur, con la existencia de una importante marginación que afecta a grandes colectivos. Es el llamado *cuarto mundo* que vive dentro del primer mundo. Además de que el avance tecnológico que se produce en los países occidentales es la clave del crecimiento económico, que empieza después de la Segunda Guerra Mundial (Vidal-Abadal, 1998:14-15).

Los valores tradicionales dan paso a nuevos valores. Los valores sociales son vehiculizados y globalizados a través de los medios de comunicación y la movilidad internacional. Cada país mantiene su escala de valores en función de la cultura, el nivel económico, y religión dominante (Díez Nicolás, 1994:12). Diferentes estudios sobre valores sociales ponen de manifiesto que a pesar de que la persona, de forma individual, en su vida cotidiana, opta por uno u otro valor, en el conjunto social, los valores mantienen un cierto grado de cohesión en un contexto concreto. Un sistema de valores es una forma de organizar los valores que opera como un código de conducta, tiene un componente motivador fuerte, y su raíz está en el mismo contexto sociocultural en el que evoluciona (Rocher, 1973:79). Algunos valores destacan en épocas pasadas: la *felicidad y prudencia* del pueblo griego; la *fortaleza, auto negación, humildad* en la Edad Media. En la primera mitad del siglo XX la sociedad prioriza: *el honor, la valentía, la castidad, la obediencia, la virginidad, el machismo* (Vila-Abadal, 1998:151). Después de la Segunda Guerra Mundial y la Guerra civil española, los grandes valores colectivos son: *solidaridad, libertad, igualdad, fraternidad y justicia*. Aunque en la década de los años ochenta, estos valores, tienen una cierta pérdida de peso. Las mentalidades cambian y los rasgos que identifican los valores también. A finales del siglo veinte se instauran en la sociedad nuevos valores.

Los valores al inicio del siglo XXI evolucionan. En los años noventa, los estudios sobre la evolución de los valores sociales, ponen en evidencia que el aumento del nivel de vida hace que se incorporen nuevos valores. Están impregnados de materialismo: *individualismo, éxito, eficacia, apariencias, confort*. Son valores que se acompañan de *actitudes* de: supervivencia, relativismo, conveniencia, pragmatismo, narcisismo, hedonismo, tecnicismo y pasividad social (Vidal, 1998:66). En las últimas décadas tales valores persisten, y parece que en su conjunto no ayudan al crecimiento de la persona. Se puede apreciar así mismo el aumento del *posmaterialismo*, como valor fundamental de la sociedad que incluye nuevos valores. Se acentúa también la influencia de las personas en las decisiones políticas y en la libertad de expresión (Díez Nicolás, 1994:12). Los valores que sobresalen en orden de importancia son: *el respeto a la vida* (en conflicto en la cuestión del aborto), *paz, justicia, libertad o libre expresión individual; amor, traducido en solidaridad; aumenta la conducta prosocial, mayor tolerancia*, y un mayor *reconocimiento a pensar diferente* (Orizo, 1996:297). Algunos indicadores sociales permiten la identificación del deseo de participar en la toma de decisiones sociales. La protección de la libertad de expresión, como aspiración de una sociedad menos impersonal, la defensa del medio, la sensibilidad y toma de conciencia a favor de los más débiles, así como el deseo que las ideas y la razón se mantengan por encima del dinero (Tomás Vidal, 1998:69) son valores presentes.

Todos ellos positivos, y aunque suponen un ideal, no puede afirmarse que estén aún consolidados de forma global. Este proceso se constata con un perfil social débil y pasivo. Un ejemplo es el caso de los jóvenes, que tienden a alejarse de las vías institucionales de socialización, centrándose en los grupos primarios a los que pertenecen, la familia, amigos, asociaciones. También en algunos contextos se observan indicios de mayor armonía intergeneracional, los jóvenes se acercan a las generaciones maduras. El resumen es que a

principios del siglo XXI, los valores presentes no parecen ayudar a la persona a humanizarse, pero hay en la sociedad valores nuevos, de carácter posmaterialista.

Cambio en los Sistemas de Salud y redefinición de los espacios profesionales.

Todos los cambios mencionados configuran un marco general en el que están inmersos otros ámbitos específicos, como por ejemplo el Sistema Sanitario y los profesionales que ofrecen sus servicios en el mismo. En las últimas décadas en el mundo sanitario tiene lugar un proceso de transformación de los espacios profesionales, con especial impacto en algunos colectivos, como es el caso de las enfermeras/os. Ello ocurre en el sector público y también en el sector privado, pero es particularmente intenso en el primero. Algunos espacios son emergentes, se instauran lentamente, y/o se consolidan definiendo nuevos perfiles, mientras que otros se diluyen o pasan a formar parte de actividades de otros colectivos que se preparan para nuevas tareas. Diferentes factores condicionan tales cambios. Se relacionan con algunos aspectos en concreto: (a) Proceso de *evolución de la práctica* enfermera con la consolidación de las bases teóricas y metodológicas en Enfermería, en la enseñanza y la práctica profesional; al tiempo que se produce una evolución del sector sanitario; (b) *Evolución de los espacios* enfermeros; y (c) *Desarrollo de los valores profesionales* enfermeros, y en concreto en la afirmación de la autonomía profesional enfermera.

En el proceso de evolución de la práctica enfermera, es importante recordar procesos anteriores como el cambio en los planes de estudio, en 1977, que incorpora a la enseñanza las bases teóricas y metodológicas específicas de la disciplina. Son cambios básicos que van a permitir desarrollar las *competencias propias*, y el *área de autonomía profesional*. Una de las finalidades de este cambio es aumentar la calidad del servicio ofertado a las personas usuarias, y responder de forma profesional a las demandas de atención a la salud. Son cambios de orientación que favorecen el proceso de definición del proyecto profesional propio. Otros factores relevantes se relacionan con cambios producidos en el ámbito de la salud. Los relativos a la gestión sanitaria, así como los derivados de la reforma sanitaria. Al final de los años ochenta la transformación de los centros sanitarios en empresas de servicios expertos, obliga a optimizar los recursos asistenciales. La finalidad es conseguir una prestación de servicios más eficaz, que garantice la calidad de las prestaciones ofrecidas a las personas con problemas, potenciales o reales, de salud. Es una transformación que comienza desarrollando un nuevo modelo de gestión descentralizado, que tiene como eje organizativo las necesidades de las personas, potenciando de esta forma, la implicación de los diferentes profesionales.

Los espacios enfermeros evolucionan. En el área asistencial hay dos ámbitos diferenciados: (1) Atención Primaria, y (2) Atención Hospitalaria. En los años noventa, los cambios producidos en la Atención Primaria repercuten positivamente en una mayor autonomía enfermera, coherente con la capacitación profesional. Queda atrás el papel secundario y administrativo que desarrollan anteriormente las enfermeras/os, y se abre un nuevo espacio, con un rol diferenciado propio, esencial y básico en el equipo multidisciplinar. Los espacios emergentes que se identifican en esta área son: la práctica enfermera en las consultas de enfermería, el desarrollo de la atención domiciliaria, y atención como enfermera gestora de casos. Es un cambio importante que propicia la *Ley General de Sanidad*, de 1986, cuando incluye la descripción del *Equipo de Atención Primaria* (EAP) como el dispositivo sanitario, que tiene por función desarrollar las acciones encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de la comunidad de un *Área Básica de Salud* (ABS).

En el ámbito hospitalario las modificaciones en la gestión son las de mayor incidencia en los espacios profesionales enfermeros. Diferentes hospitales de Catalunya que por su trayectoria son centros de referencia, en nuestro país¹¹⁷, muestran nuevos perfiles a los que acceden, y ocupan enfermeras/os. Por ejemplo: *Direcciones Clínicas* (H. Bellvitge), *Direcciones de Institutos* (H. Clínico i Provincial). En otros ámbitos es quizá más difícil que se produzcan cambios, a excepción de algunas áreas con determinadas características como por ejemplo: *Atención Ambulatoria, Quirúrgica, Diagnóstico por la Imagen, Dietética y Rehabilitación*. Una figura tradicional que está actualmente en vías de modificación es la *Supervisión*, desdoblándose en dos perfiles bien diferenciados: la *Gestión*; y la figura de *Líder de equipo y Coordinador de planificaciones de cuidados*. Los nombres que esas nuevas figuras ostentan en los diversos Centros son a veces diferentes, aspecto que probablemente resolverá mediante la consolidación de los nuevos puestos. Algunas denominaciones para esas nuevas figuras se convierten en habituales, por ejemplo: *Coordinadora asistencial* (H. Clínico), *Responsable de área* (H. De l'Esperanza), *Cap d'equip* (H. Creu Roja), *Enfermera Experta* (H. de Mataró). Otra figura emergente es la *Coordinadora de la Unidad de Gestión de enfermos* (H. Clínico).

Ese nuevo perfil es el de una enfermera, con tareas concretas en cada Instituto, según las nuevas formas de organización, que se concretan en las actividades relacionadas con: movimientos de enfermos, asignación de camas, gestión de listas de espera, nombramiento de médico de referencia para cada enfermo, o de coordinación con otras Unidades. Existen otros espacios emergentes en el seno del colectivo enfermero en la área sanitaria, están relacionados con diversas formas de ejercicio profesional: aplicación de terapias naturales; consultas privadas de enfermeras; práctica profesional ligada a ONG. También en el ámbito de la investigación como actividad específicamente reconocida a las enfermeras y enfermeros, en la que función esencial es exclusivamente la investigación.

Las *Tablas 8.1, Tabla 8.2 y Tabla 8.3*, muestran la evolución de los espacios profesionales enfermeros. La asunción de autonomía profesional como valor emergente en el seno del colectivo, se relaciona directamente con el escenario de modificaciones en los espacios enfermeros que tímidamente surgen y se asientan en las diferentes organizaciones asistenciales. Es el cambio de paradigmas enfermeros, que es aún, por defecto, el biomédico, aunque se consolidan nuevos paradigmas impregnados de valores posmaterialistas. Son formas de ejercicio profesional que surgen, dando lugar a nuevas tipologías que se configuran, y son reflejo del proceso de transformación de los espacios profesionales en las últimas décadas. Parten de las cuatro funciones básicas reconocidas en las áreas: Asistencial, Gestión, Docencia e Investigación. Funciones que toda enfermera cuando finaliza los estudios de Diplomado esta capacitada para ejercer, pero que en relación al lugar de trabajo que finalmente ocupa, cada función se desarrolla con diferente intensidad. Algunas tienen mayor peso o importancia que otras, dependiendo de la estructura, valores, cultura profesional, y dinámica de cada institución, u organización. En las tres tablas que se presentan, de los espacios profesionales propios, parten de la idea que las enfermeras/os tienen dos valores profesionales asumidos y consolidados: *altruistas y dignidad humana*; los demás valores profesionales: *estéticos, libertad, igualdad, justicia, verdad*, que están presentes en el ejercicio profesional, habrían de desarrollarse en profundidad, en cada uno de los espacios profesionales, a través del trabajo individual y de equipo. En las tablas solo refleja el valor o valores

¹¹⁷ Información presentada por Directoras de Enfermería de los hospitales citados, en el marco de la información colegial (Col·legi de infermers/res de Barcelona). Mesa redonda sobre "Nous models de gestió, paper de la infermeria" 20 d'octubre del 1999 en Barcelona.

profesionales que emergen, o deben emerger, en los diferentes espacios con más intensidad, en un futuro inmediato. Valores y actitudes profesionales enfermeras/os, que su desarrollo y consolidación produce el avance del colectivo, y aumenta la calidad de la asistencia a las personas. En la *Tabla 8.1* refleja los espacios profesionales en el ámbito asistencial, en Atención Primaria y espacios específicos. En Atención Primaria las enfermeras/os ejercen con más intensidad su autonomía profesional, y la creatividad, unida al valor estético, que favorece a la innovación y la promoción de una imagen positiva del cuidar. Resaltar los valores, y las actitudes profesionales desarrolladas en espacios específicos. Vinculado al valor de la igualdad, se desarrolla la tolerancia, aceptación, y la mejora al acceso a los recursos de la comunidad. Con el valor de la justicia, la actitud de coraje, y el desarrollo del papel de “abogado” de las personas usuarias. La *Tabla 8.2*, muestra los espacios profesionales en la asistencia hospitalaria, y docencia. El avance profesional de las enfermeras/os en la asistencia hospitalaria supone promover el desarrollo de la autonomía del colectivo, y favorecer la independencia de las personas enfermas. Potenciar intensamente la creatividad, para situar los cuidados propios en el centro del ejercicio profesional desarrollado por las enfermeras/os. En la actividad docente, las enfermeras/os promueven el desarrollo de estrategias reflexivas, y críticas, sustentado por el valor estético. Promueve en las estudiantes de Enfermería, la asunción y desarrollo de los valores profesionales propios. La *Tabla 8.3* indica los espacios profesionales en gestión e investigación. Son espacios en donde se desarrolla con especial intensidad la autonomía profesional, también emerge en esta área la creatividad, para afrontar los cambios y avance profesional presentes y futuros.

Necesidades sociales y valores profesionales.

En estudios sobre la profesión enfermera se presentan algunas de las características profesionales que se identifican como tipologías en el colectivo enfermero (Domínguez Alcón, 1986: 210) que reflejan los valores a los que adhieren los miembros de la profesión.

En el ámbito internacional se mencionan también algunas de ellas, que la misma autora recoge en su estudio. La *Tabla 8.4* muestra, en síntesis, la evolución de los valores enfermeros a lo largo del siglo XX. En los años cincuenta el papel enfermero se identifica con: (a) *atención a la persona enferma y el papel administrativo*. (b) Se atiende a los aspectos de *dilema y cambio*, y se determina la *enfermera dedicada, controvertida, decepcionada y emigrante*. (c) Según el análisis de dos vías en conflicto, se presenta la imagen real de la enfermera y la imagen ideal. El sistema de valores que parece tener significación, durante ese periodo, se relaciona con: la asistencia a la enfermedad, vocación, y sumisión. En los años sesenta se inicia el estudio sobre los valores profesionales, estableciendo cuatro grupos diferenciados: (a) Enfermeras que prefieren una *relación indivisible con la persona enferma*; (b) aquellas que están *orientadas hacia la persona enferma*, aunque reconocen la importancia de la supervisión; (c) las enfermeras *orientadas hacia las compañeras*, que reconocen la importancia de cuidar a la persona enfermo; y (d) las que presentan una *orientación técnica y administrativa*. El sistema de valores que parece tener significación se relaciona con: la asistencia a la salud, visión holística, saber, conocimientos, respeto (a la jerarquía), corporativismo, tecnicismo, y sumisión.

En la década de los años setenta se identifica una tipología constituida por siete tipos de enfermeras relacionándolos con la imposición cultural: (a) *profesional genuino interesado*, capaz de facilitar, aprender y implicarse; (b) *enfermera aislada y no implicada*; (c) profesional que presenta *curiosidad por los otros, e interés*; (d) enfermera con imagen de *desesperanza* y

Tabla 8.1
Redefinición de espacios profesionales propios de Enfermería en el Área Asistencial

Áreas	Ámbitos	Espacios	Aspectos relevantes	Valores emergentes
Asistencial	Atención Primaria ABS: CAPI		Rural y urbano	
		Consulta enfermera Atención adultos Atención a niños	Emergente	Libertad, estéticos
		Consulta domiciliaria Practicante de zona PADES	Emergente Tendencia a desaparecer Vigente con Tendencia a desaparecer ¹¹⁸	Libertad, estéticos
		Gestora de casos Comadronas	Emergente Emergente	Libertad, igualdad Libertad, verdad
	ABS: CAPII ¹¹⁹	Enfermera/o en especialidades	Vigente	Libertad
	ABS: CAPSM CAS	Consulta enfermera Consulta enfermera	Emergente Emergente	Libertad, igualdad Libertad, estéticos
	Prisiones	Consulta enfermera y atención urgencias	Emergente	Libertad, estéticos, igualdad, y justicia
	Residencia geriátrica no asistida	Enfermera/o	Vigente	Libertad, igualdad
	Empresas	Enfermera/o	Vigente	Libertad, estéticos
	Ayuntamientos: Departamento Salud Pública	Enfermera/o	Vigente	Libertad
	Consulta de Enfermería privada Aplicación Terapias naturales	Enfermera/o	Vigente	Libertad, estéticos
	Consulta Médica	Enfermera/o	Vigente Privada	
	ONG	Enfermera/o	Emergente	Libertad, igualdad
	Bomberos	Enfermera/o	Vigente	Libertad, justicia

Elaboración propia

¹¹⁸ Las funciones del equipo de PADES, tienden a integrarse en las funciones del equipo profesional de Atención Primaria.

¹¹⁹ El CAPII, se integra en el centro de Atención Primaria

Tabla 8.2
**Redefinición de espacios profesionales propios de Enfermería en
el Área Asistencial hospitalaria y Docencia**

Áreas	Ámbitos	Espacios	Aspectos relevantes	Valores emergentes	
Asistencial	Hospitalaria	Enfermera/o consultes externas	Vigente	Libertad	
		Unidades hospitalización	Vigente	Libertad, estéticos	
		Enfermera/o Coordinadora Planificaciones de cuidados	Emergente	Libertad, estéticos	
		Enfermera unidades especiales	Vigente	Libertad, estéticos	
		Enfermera/o higienista	Emergente	Libertad	
		Enfermera/o en laboratorio, diagnóstico por imagen	Tendencia a desaparecer		
		Enfermera/o en la atención al usuario	Emergente	Libertad, igualdad	
	Docencia	Universitaria	Profesora	Vigente	Libertad, estéticos
		Escuela Formación Profesional	Profesor/a	Vigente	Libertad
		Atención Primaria y Hospitalaria	Responsable de Formación continuada	Emergente	Libertad, estéticos

Elaboración Propia

Tabla 8.3
**Redefinición de espacios profesionales propios de Enfermería
en el Área de Gestión e Investigación**

Áreas	Ámbitos	Espacios	Aspectos relevantes	Valores emergentes	
Gestión	Hospitalaria A. Primaria	Directora/o	Vigente	Libertad, estéticos	
	Hospitalaria Primaria	Jefas/es o adjuntas de Área o Institutos	Emergente y vigente	Libertad, estéticos	
	Hospitalario		Supervisora/r subdivisión dos espacios: (a)Coordinadora Planificaciones de cuidados.	Tendencia a desaparecer Emergente	Libertad, estéticos
			(b)Gestora de área.	Vigente	Libertad, igualdad
	Hospitalaria	Coordinadora de la Gestión de personas enfermas	Emergente	Libertad, igualdad	
	Universidad		Directoras/es Jefa/e de estudioso de departamentos	Vigente Vigente	Libertad Libertad
			Escuelas de Formación Profesional	Directoras/es Jefa/e de estudios	Vigente Vigente
	Colegios Profesionales		Presidenta/e Vocales	Vigente Vigente	Libertad, estéticos Libertad
			Asociaciones Profesionales	Presidenta/e Vocales	Vigente Vigente
	Investigación	en todos los espacios profesionales	Investigadora/r	Emergente	Libertad, estéticos

Elaboración Propia

fatalismo. Se considera incluso inferior al otro, de forma consciente o inconsciente; (e) profesional *explotador*, que esta sobre todo preocupado por los intereses y necesidades propias; (f) enfermera *que se evade* de forma consciente, o bien no busca otro entorno; y (g) *sobre protectora*, con una gran empatía. El sistema de valores que parece tener significación durante ese periodo gira alrededor de: la asistencia a la salud, conocimientos, saber, responsabilidad, compromiso profesional, tolerancia, superioridad, promoción (individual). En el contexto español en la década de los años ochenta se propone una tipología (Domínguez Alcón, 1986: 214) sobre formas de estar en la profesión en la que se identifican y analizan cinco grupos: (a) *investigación* en enfermería, con base en la teoría, y preocupación por el avance de la disciplina. El objetivo profesional es conseguir la máxima autonomía de la persona receptora del cuidado; (b) *lucha por la eficacia*, este grupo incluye las enfermeras que cuidan con técnica, destreza, amabilidad y rapidez, asumiendo responsabilidades propias e incluso las de otros agentes. El énfasis se pone en la técnica, y la orientación puede no estar fundamentalmente dirigida al cliente; (c) *enfermería sin enfermos*, es una modalidad cuyas características, que identifican la trayectoria profesional, se manifiestan por el “no contacto” con personas usuarias, o mínimo, por tanto no habrían llegado a adquirir las actitudes correspondientes al propio grupo; (d) la *innovación y cambio* en la profesión, corresponde a los profesionales que actúan como grupo de presión para conseguir el desarrollo enfermero, esas características son esenciales en el grupo; y (e) otro grupo se distingue por la preocupación fundamental ha la *orientación funcional y normativa*. Lo más importante, para el grupo, es que el sistema funcione dentro de las normas preestablecidas.

Existen otras tipologías, realizadas a finales de la década de los años ochenta (Alberdi, 1988:27) que versan sobre formas de percibir la profesión, según las vivencias profesionales: (a) *enfermeras cuidadoras*, que tienen como base el servicio a las necesidades de la persona enferma; (b) *enfermeras tecnológicas*, cuyo eje de trabajo radica en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; (c) *enfermeras “Ayudante Técnico Sanitario”* como grupo que articula su aportación vinculada al trabajo médico. El sistema de valores que parece tener significación, durante ese periodo se relaciona con: la asistencia a la salud, atención a la enfermedad, eficacia, tecnicismo, competencia, corporativismo, promoción, responsabilidad, sumisión, e inicio de autonomía profesional.

A partir del año 2000 los propios profesionales explicitan dos paradigmas, que conviven en la práctica profesional, en los contextos de trabajo: (a) los paradigmas enfermeros, y (b) el paradigma biomédico. El sistema de valores que parece tener significación es en los paradigmas enfermeros: la asistencia a la salud, compromiso profesional, autonomía, responsabilidad, justicia, respeto, tolerancia, holismo, creatividad, ayuda centrada en recuperar la autonomía. Mientras que vinculado al paradigma biomédico se identifican: la prevención, asistencia, y curación de la enfermedad, sumisión, corporativismo, y tecnicismo.

Algunas de las clasificaciones realizadas, quizá simplifican en exceso los diferentes grados de complejidad del tema. Sin embargo son valiosas en el sentido que favorecen la reflexión y el análisis sobre tales aspectos. Ayudan a entender la evolución enfermera, y en especial las trayectorias del colectivo enfermero en nuestro país. Estos datos junto con el resultado de la encuesta “Com ens veiem les infermeres” realizado por el Consell Català (2000), permiten constatar que la practica profesional, en los centros asistenciales, tiene como base dos paradigmas: paradigmas enfermeros, y el paradigma biomédico. El avance de la profesión enfermera es intenso, y continuo. Se sustenta en valores profesionales consolidados como el altruismo y la dignidad humana, y valores que surgen e inician su proceso de asunción en el seno del colectivo: estéticos, libertad, igualdad, verdad y justicia . Valores que a medida que

Tabla 8.4
Evolución de los valores enfermeros en el transcurso del Siglo XX

<u>Período</u>	<u>Valores Tradicionales</u>	<u>Valores Emergentes</u>
<i>Contexto Internacional</i>		
Años Cincuenta	Asistencia exclusiva a la enfermedad Vocación Sumisión	
Años Sesenta	Asistencia exclusiva a la enfermedad Sumisión	Asistencia a la salud Visión holística de la persona Tecnicismo Corporativismo Saber, Conocimientos Respecto a la jerarquía
Años Setenta	Asistencia exclusiva a la enfermedad Asistencia a la salud Tecnicismo Corporativismo Saber, Conocimientos	Compromiso Profesional Tolerancia Responsabilidad Promoción individual Superioridad respecto a la a la persona
<i>Contextos Español y Catalán</i>		
Años ochenta	Asistencia a la enfermedad Sumisión Corporativismo Responsabilidad Tecnicismo	Asistencia a la salud Eficacia Competencia profesional Promoción profesional Inicio Autonomía Profesional
Año 2000	Asistencia a la enfermedad Sumisión Corporativismo Tecnicismo	Asistencia a la salud Justicia Respeto Tolerancia Holismo Creatividad Ayuda centrada en recuperar la autonomía Compromiso Profesional Autonomía Profesional
	Paradigma Biomédico	Énfasis en Paradigmas Enfermeros

Elaboración propia

vayan consolidándose repercutirán positivamente en el colectivo profesional amentando la confianza sobre los efectos que su aportación y cuidados producen en las personas.

Ejercicio profesional en entornos cambiantes

Las profesiones y los profesionales buscan su lugar ofreciendo servicios que se adaptan a nuevas demandas sociales. En este marco de referencia la profesión enfermera es una profesión de futuro, esencial, indispensable e insustituible. El proceso de cambio de paradigmas, en el seno del colectivo enfermero, se traduce en la excelencia del cuidado. Es una evolución coherente con la evolución de valores sociales, con mayor énfasis en los valores de carácter posmaterialista que incrementan su presencia y peso social. Los miembros de una profesión tienen una identidad, y se adhieren a determinados valores en contextos concretos, son los que fundamentan su identidad como grupo. Los cambios que se producen en el colectivo enfermero, son positivos cuando permiten avanzar en la línea de consolidar una identidad enfermera capaz de conferir unidad al grupo, y generar sentido de pertenencia. Es lo que permite la práctica de la excelencia. Así mismo los valores enfermeros generales, junto con la influencia de otros aspectos relacionados con la transformación del Sistema Sanitario, y en conexión con el trabajo en entornos cambiantes, inciertos, y precarios (Domínguez Alcón, 2001), puede suponer un retroceso en el proceso de profesionalización, como se pone de manifiesto en la experiencia de otros países (Grinspun: 2001).

Hablar de precariedad laboral en enfermería, de forma global, es complejo ya que las situaciones entre las personas trabajadoras en este colectivo pueden ser muy diferentes en cuanto a titulación (ATS, DI, licenciados y /o doctores en otras disciplinas), pueden tratarse de profesionales colegiadas en diferentes lugares de trabajo, con contratos de funcionariado, laboral, fijo, temporal, en paro, en diferentes instituciones, y territorios, trabajando a tiempo completo, parcial, en horarios estándar o irregulares. De todas formas para hablar de *precariedad* podemos utilizar algunas pistas que proporcionan información ilustrativa de la situación. Unas son generales del colectivo trabajador femenino, que son importantes dado que la profesión esta integrada mayoritariamente por mujeres, y otras son específicas de enfermería. En cuanto a las generales, aunque las mejoras que se producen en el transcurso de los últimos años en la situación de las mujeres en el mercado de trabajo, se reconoce que su posición es substancialmente peor que la de los hombres (CESC 1999: 219; CECS 2000: 46).

En Enfermería específicamente, la tasa de desocupación se sitúa en 12%, y cerca de la cuarta parte de profesionales están desocupados en 1998-99. Las situaciones de lugar de trabajo no fijo aumentan (37%), y la posibilidad de encontrarse desocupado en algún momento del año puede afectar a casi una cuarta parte de profesionales (SATSE 1999: 39). En el año 2005, la precariedad se mantiene, aunque el 97% de las enfermeras/os que terminan la formación, trabajan antes de los seis meses, las condiciones laborales son inestables, y precarias. El éxodo de enfermeras/os a otros países, manifiesta la precariedad laboral en España (Creus, 2005).

Una profesión es una identidad en un contexto y valores concretos. Los valores profesionales fundamentan la identidad del grupo. Los cambios que se producen en el colectivo enfermero, son positivos para establecer una identidad enfermera capaz de conferir unidad al grupo y generar un sentido de pertinencia de tal forma que cada enfermera “se sienta enfermera”, no solamente “trabaje como enfermera”. Son las personas que hacen la profesión, no es la profesión que por sí misma hace a la persona, de hecho es una interacción. El análisis de los cambios en un colectivo profesional, tiene un claro carácter positivo, aunque las variables de tipo económico pueden tener un impacto negativo relevante. El trabajo precario, y no estable

que sufre mayoritariamente el colectivo más joven, hace peligrar seriamente el proceso de profesionalización de la práctica enfermera.

El cambio de valores que se produce en el ámbito general en la sociedad, tiene repercusiones en el sistema sanitario, e influye en la cultura organizacional, tiene impacto en la práctica de los profesionales sanitarios, en general, y en las/os enfermeras/os en particular. Las modificaciones que tienen lugar en la última década en la gestión sanitaria inciden en la redefinición de los espacios profesionales. Se observa un especial impacto en los espacios directamente relacionados con el colectivo enfermero. Los espacios emergentes en Enfermería están relacionados con la *consolidación de la práctica creativa y la autonomía profesional*. Los valores tradicionales en Enfermería dan lugar progresivamente a valores emergentes posmaterialistas. Aun se mantienen los valores tradicionales, que están influenciados por el entorno de las organizaciones. Se constata igualmente la existencia de factores potenciadores y/o limitadores del cambio, según los diferentes contextos de la práctica profesional. A principios del siglo XXI los paradigmas enfermeros inician un proceso de mantenimiento y consolidación. Ese proceso todavía no es general en todo el colectivo. Las experiencias de otros países muestran como algunos factores relacionados con entornos de trabajos inciertos y precarios pueden poner en peligro el proceso de profesionalización en Enfermería. Aunque este hecho puede suponer limitaciones en el avance en algunos contextos, el reconocimiento de la aportación enfermera a la salud de la población es intenso, continuado y amplio. Los esfuerzos que desde diferentes instancias, y en la propia profesión se realizan para cuantificar y hacer visible la aportación esencial y única de Enfermería a la salud de la población así lo evidencia y hace patente, aunque es importante proseguir en ese avance potenciando los elementos favorecedores del mismo; y tratando de incidir para disminuir el impacto o hacer desaparecer, los que suponen un riesgo evidente.

Noción de cuidar: Valores y actitudes enfermeras

Se parte de la idea de que el profesional tiene además de conocimientos y habilidades, un conjunto de actitudes y valores, que les lleva a mejorar la sociedad en la que están inmersos y de la que, de algún modo, representan un cierto significado conjunto. Los valores y actitudes profesionales que generan, están orientados a la acción, se adquieren y consolidan actuando (Prósper Manglano, 2004). Cada profesión se caracteriza por el desarrollo de una actividad que tiene por objeto dar respuesta a necesidades concretas de las personas. La práctica profesional de las enfermeras y enfermeros es cuidar. En el presente apartado se analizan las concepciones que del cuidar tienen las/os propios profesionales. A través de las diversas concepciones del cuidar se identifican actitudes. Estas se adhieren a valores profesionales concretos. El análisis se realiza en base al marco teórico utilizado ¹²⁰ en la presente investigación. Se profundiza en los valores que priorizan las enfermeras/os en varios ámbitos: (1) la práctica enfermera actual (2) en el desarrollo de las diferentes funciones; (3) en el ámbito de la asistencia, pública y privada; (4) en relación con la expertise profesional, y al inicio de la trayectoria laboral; (5) en relación a las variables de edad, género, creencias religiosas, ideas políticas y clase social. El *Gráfico 8.1.* y la *Tabla 8.5* muestran los valores y actitudes profesionales de la noción de cuidar, analizada en este apartado.

En *la práctica enfermera actual*, y la conceptualización del cuidar se basa en dos valores fundamentales: los *altruistas* y la *dignidad humana*. La capacidad de los valores a generar convicciones, ideas firmes, lleva a adoptar actitudes. Las actitudes que identifican las

¹²⁰ El marco teórico sobre valores profesionales se muestra en la Tabla 2.3 de la presente investigación.

enfermeras/os en la práctica, en relación al valor *altruista* son: la ayuda a las personas, la compasión, el compromiso, y la suplencia. La *ayuda a las personas*, es una convicción firme, y en general unida a la noción de cuidar; también describen un alto grado de *compasión*, perciben como propio el sufrimiento ajeno, que genera capacidad de comprensión. La compasión origina acción de ayuda (Torralba, 2002: 87). Otra actitud que genera el valor del altruismo es el *compromiso*, las nociones relacionadas con el compromiso son: la decisión y la vocación (Ferrater, 1994: 606). Nociones que transfieren a las profesionales un profundo espíritu de servicio y disponibilidad. La última actitud relacionada al valor altruista, es la *suplencia*, que es la acción y efecto de “hacer por” la persona con problemas de salud lo que no puede realizar por si misma.

El segundo valor principal es el de la *dignidad de la persona* receptora de cuidados. Es el eje en el que se sostiene la práctica profesional. Las actitudes que se relacionan son: la humanidad, el respeto, la paciencia, la escucha, la privacidad y la confidencialidad. La *humanidad*, es la acción de distinguir en las personas su naturaleza y esencia. La humanidad se funda en el valor incondicional del ser humano, de su libertad y dignidad (Otfried, 1994:159). El *respeto* se orienta a mirar a las personas, no como a medios útiles que están al servicio de las/os profesionales, para llegar a alcanzar sus finalidades, si no como entidades que deben de ser cuidadas. La *paciencia* es otra actitud que genera el valor de la dignidad humana, y se define por la capacidad de aceptar el ritmo y el tiempo del otro. La *escucha*, actitud de dar valor a la persona, de reconocer que la persona vale, y que merece ser atendida y respetada. La *privacidad*, la intimidad actitudes intrínsecamente unidas a la naturaleza de la persona, y relacionadas con la práctica profesional de cuidar. Por último la actitud de *confidencialidad*, capacidad de guardar secretos, capacidad de preservar la vida íntima de la persona, es decir su privacidad, su universo interior (Torralba, 2001, 2002).

Los demás valores presentes en la noción de cuidar que las enfermeras y enfermeros expresan, se desarrollan con diferente intensidad. Las actitudes que generan son escasas. El valor *estético* se incluye en las actitudes de procurar confort y creatividad, o el desarrollo del bienestar de la persona. El valor de la *igualdad* esta presente a través de la actitud de acercarse al otro, y aceptación. El valor de la *libertad* se desarrolla en la medida en que se favorece la independencia, y autonomía de la persona. La noción de independencia de la persona, es de carácter humanista, alejada de concepciones autoritarias, y paternalistas ejercidas por algunos profesionales sanitarios. La confianza es otra actitud unida al valor de libertad. La confianza que transmite la enfermera/o, favorece la asunción de autonomía o independencia de la persona receptora de cuidados. El valor de la justicia esta presente en las actitudes de: objetividad, protección, y ofrecer recursos. Por último el valor de la *verdad* se muestra en las actitudes de ser autentico/a, y la responsabilidad de la práctica profesional. Una enfermera/o es autentica cuando establece sin lugar a dudas su identidad, es decir, cuando se establece de modo definitivo que es cierta y positivamente lo que se supone ser (Ferrater, 1994: 274). Los valores enfermeros tienen un enfoque humanista.

El análisis de las reflexiones, y percepciones que de la noción de cuidar realizan las enfermeras/os, es relevante, intenso, y fundamental. Primero porque reafirma, y sintetiza los resultados del análisis de las diferentes etapas de las trayectorias profesionales, realizada en la presente investigación. En segundo lugar muestra las actitudes, unas desarrolladas con más intensidad, y otras que se inician y son emergentes. De forma global ayuda a la comprensión de la situación actual de la práctica enfermera, y determina los valores que deben desarrollarse para asumir una identidad profesional fuerte. Los dos valores que más se visualizan a través de las actitudes son los *altruistas* y *dignidad de la persona*. Son valores fuertes que forman

parte de los rasgos que tienen las personas que inician la socialización enfermera. A través del proceso formativo, se desarrollan y consolidan en las estudiantes. Y a lo largo de las trayectorias profesionales estos valores se mantienen, predominantemente porque forman parte de su personalidad. Son valores importantes, que deben ser preservados y potenciados, actitudes como la privacidad, y confidencialidad, especialmente en una época en que los medios de comunicación poseen un gran potencial, que dificulta su manejo. Una actitud esencial incluida en el valor altruista es la compasión. En la práctica enfermera esa actitud puede desarrollarse adecuadamente cuando la enfermera mantiene un equilibrio personal durante toda su trayectoria profesional. Este hecho requiere del trabajo individual, y de equipo. También son fundamentales las estrategias de apoyo, cuya implementación es a potenciar por las organizaciones sanitarias, y que actualmente no están desarrolladas. Impulsar investigaciones que muestren la repercusión que tiene ese factor, en la calidad de los cuidados, es esencial.

Los demás valores analizados en la noción de cuidar, se visualizan débilmente, en tales valores destacan: *la libertad, estéticos; igualdad; justicia; y verdad*. La *libertad* es un valor que tiene dos dimensiones, uno orientado a la persona usuaria, y otro orientado al colectivo profesional. Las actitudes orientadas a la persona usuaria, que las enfermeras/os desarrollan, favorecen la independencia, o autonomía de las personas y el aumento de la confianza en ellas mismas. Esa actitud en las conductas profesionales de la práctica enfermera, parte de un modelo de cuidados desarrollado Virginia Henderson, doctora en Enfermería norteamericana (Phaneuf, 1999). Desde la implementación de la formación a nivel de Diplomado, en el año 1977, la mayoría de las Escuelas de Enfermería, en Catalunya, forman transversalmente a las alumnas/os en base a las ideas, y filosofía cuidadora de Henderson. También en los centros asistenciales que promueven un cambio en la práctica enfermera, se basan predominantemente en ese modelo de cuidados. Pero los resultados de la presente investigación constatan que, la implementación de ese modelo de cuidados en los centros asistenciales en Catalunya, aún no está consolidado. Requiere todavía del trabajo de equipo en cada unidad asistencial, para establecer criterios comunes que promuevan su desarrollo. La vertiente profesional, constituida básicamente por la autonomía, en la noción de cuidar está ausente. Los diversos testimonios no asocian directamente en la esencia de la práctica profesional: el cuidar con el ejercicio de autonomía profesional. Aunque en la práctica enfermera, esta actitud es emergente, reconocida y valorada por una parte importante del colectivo, especialmente en determinados espacios profesionales, como en Asistencia Primaria, en Empresas, y las profesionales Higienistas, entre otros. Cuidar a las personas con autonomía, significa *creer que los cuidados propios son terapéuticos, y que ningún otro profesional está capacitado para aplicarlos*.

El valor *estético*, está escasamente desarrollado. Las actitudes que algunas enfermeras/os manifiestan son la creatividad y el confort. Se debería investigar, en Catalunya, y España, los efectos de la promoción de una imagen positiva del cuidar, del fomento de la creatividad, y la sensibilidad en las personas receptoras de cuidados. En la organización sanitaria actual, las enfermeras/os permanecen en un segundo lugar, en parte por las decisiones tomadas desde otros colectivos, y en parte también porque aún no se deciden a ejercer todo su potencial. Si lo ejercieran el valor estético, y las actitudes desarrolladas por las enfermeras/os, producirían un gran impacto en la asistencia. Ejemplo de ello son los hospitales denominados *magnéticos* (López, 2004), organizaciones sanitarias acreditadas, en un entorno que favorece la puesta en práctica de los conocimientos, y experiencia clínica de las enfermeras/os, la consolidación de valores e implementación de actitudes profesionales.

El valor de la *igualdad*, se muestra en proceso de consolidación. La aceptación y el acercamiento a las personas usuarias, son las actitudes que parecen tener más significado. El desarrollo de este valor se enmarca en la práctica enfermera cotidiana, de gestionar equitativamente los recursos inmediatos, porque se parte de una idea de aceptación activa de las personas en su diversidad. En espacios de gestión general de recursos, y de gestión de la información a la población del acceso a los recursos, esta escasamente desarrollado por las enfermeras/os, en su ejercicio profesional, aspecto fundamental y que en el futuro deben potenciar. La presente investigación, a través de determinadas prácticas, especialmente en organizaciones sanitarias privadas, que las enfermeras/os manifiestan conflicto en las situaciones que implican la decisión sobre recursos, en las que ellas no participan. En cualquier caso se constata la importancia que para ellas/os tiene este valor de igualdad, que es inherente a la práctica profesional.

La *justicia* es un valor que parece estar escasamente desarrollado, en la noción de cuidar. Las actitudes que describen son: protección, recursos, y objetividad en los hechos. La aplicación de estas actitudes en la práctica enfermera, queda definida en la imagen “de abogado” de la persona que se atiende. Se relaciona con rasgos de la asistencia, que es continua, e intensa. En el transcurso de la presente investigación, y a través de las experiencias de las/os informantes, se refleja con intensidad esta labor desempeñada por las enfermeras/os. Aunque también se muestra esencial el trabajo que todavía deben realizar sobre múltiples aspectos, sustentados por ese valor, en el contexto donde se realiza la práctica enfermera. Son elementos implícitos en los cuidados propios, que deben ser explicitados especialmente cuando colaboran con otros profesionales sanitarios.

La *verdad*, es un valor presente en las aportaciones de los diversos testimonios, se describe a través de las actitudes de autenticidad, y responsabilidad. Las referencias a esas actitudes son escasas. Trabajar esos rasgos tan importantes en la práctica enfermera es fundamental. Potenciar la información en la atención sanitaria, es un derecho de las personas, y un deber de los profesionales sanitarios. Ser enfermeras/os y sentirse enfermeras/os significa ser auténticas/os, ser y asumir valores coherentes a nivel personal y profesional. También esta implícitamente relacionado con una identidad profesional fuerte, porque se cree y transmite una actitud profesional que favorece la recuperación o el mantenimiento y la promoción de la salud de las personas.

En *el desarrollo de las diferentes funciones*, las enfermeras/os priorizan unos valores, que son analizados en este apartado. Se identifican cuatro funciones que las enfermeras/os desenvuelven en la práctica como actividad principal. Las funciones son: asistencial, docente, investigadora y de gestión. Atendiendo a esta variable se analizan los valores que mas peso se detectan en cada área. En la práctica enfermera a nivel asistencial se observa la misma tendencia que a nivel general, el valor del *altruismo* junto con la *dignidad* humana son los mas desarrollados. En el ámbito asistencial se manifiesta especialmente la actitud de suplencia. Parece tener especial significado el desarrollo de esa actitud porque a nivel asistencial se atiende predominantemente a personas que presentan diferentes niveles de vulnerabilidad. Otro lectura del peso en la práctica de esa actitud, se relaciona con los años de práctica profesional. Las enfermeras noveles tienden a “cuidar para” la persona, relacionada con la suplencia, y alejada de cuidar con la persona, relacionada con el cuidado en la excelencia. Las enfermeras/os docentes, desarrollan principalmente el valor de *dignidad* de la persona, a través de actitud de favorecer la intimidad de la persona. Su compromiso con las futuras/os profesionales se basa en valores de carácter humanista. Las escasas enfermeras/os dedicadas a la investigación como actividad principal identifican en la noción de cuidar actitudes

específicas a cada valor. La creatividad, la ayuda, compasión, compromiso de las enfermeras/os. El acercarse a las personas con aceptación, favorecer la independencia, acompañar en el proceso, y facilitar recursos. También desarrollan la actitud de autenticidad. Las enfermeras/os gestoras basan la práctica de cuidar en cuatro valores: altruismo, dignidad de la persona, igualdad y libertad. No relacionan directamente la práctica del cuidar con la práctica de la gestión. No obstante es significativa esa ausencia, porque es una forma específica y esencial de cuidar.

El análisis de la noción de cuidar que expresan las enfermeras/os, *ejerciendo desde las organizaciones públicas o privadas* no aporta diferencias significativas. Es un dato importante y lleno de significado. Las enfermeras/os asumen unos valores y desarrollan unas actitudes, no influidas por el carácter de la organización. Parece deducirse que los valores y actitudes que describen están consolidados. Señalar que se aprecia una ligera diferencia en el valor de la estética, se muestra con más intensidad en las enfermeras/os que que ejercen en el sector público, a través de las actitudes de confort y creatividad. Puede estar relacionado con el nivel de autonomía profesional que ejercen. Finalmente un valor no descrito en la noción de cuidar en el ámbito privado, es el de la verdad. Es un elemento a tener presente y profundizar en investigaciones futuras.

Los valores profesionales que priorizan las enfermeras/os *según el nivel de expertise profesional* es otra variable que se estudia. Las profesionales expertas desarrollan más actitudes en la noción de cuidar. Las/os enfermeras que inician la trayectoria profesional, tienden a identificar en el valor del altruismo la actitud de suplencia. Puede tener significado en relación a la práctica profesional de cuidar por la persona, en vez de cuidar con la persona. Aunque las enfermeras/os noveles se forman en las nuevas concepciones de cuidados, orientados a favorecer la independencia y autonomía de la persona, no todas/os lo identifican.

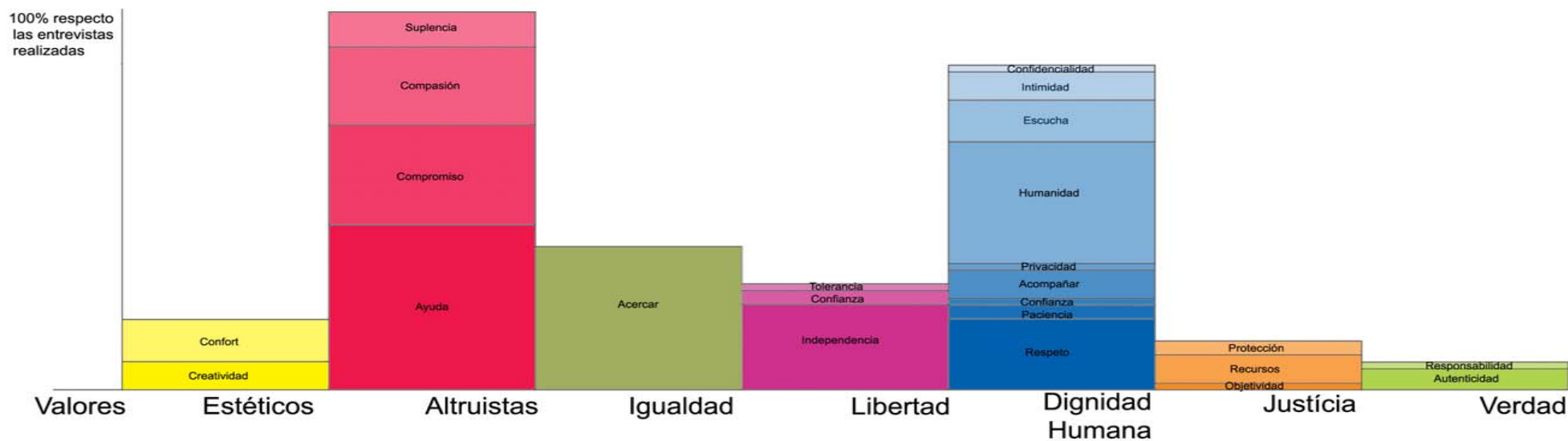
Los valores que priorizan las enfermeras/os *en función de las diversas variables*. La edad en la muestra de enfermeras/os profesionales, de la presente investigación esta dentro del intervalo de 22 años a 60 años. La edad se relaciona con los años de ejercicio profesional y por tanto con la expertise. El género es otra variable que se estudia en relación a la noción de cuidar. No se muestran diferencias significativas. Cabe destacar que algunos enfermeros expresan la actitud protectora, inserta en el valor de la justicia. Es complejo determinar si esta relacionado con la variable género o bien por el carácter de la atención que prestan: empresa y quirófano. Las creencias religiosas de las enfermeras/os, testimonios de la presente investigación, predominantemente son cristianas. El análisis de la noción de cuidar atendiendo a esta variable, no muestra datos significativos. Las enfermeras/os que se identifican agnósticas o ateas, tienen una concepción del cuidar humanista, con la misma intensidad que las enfermeras/os que se definen cristianas. La variable sobre las ideas políticas, de los diversos testimonios, tampoco presenta aspectos diferentes en esta investigación. La orientación política general es de izquierda. Finalmente en cuanto a la clase social, la muestra se constituye, en su gran mayoría, en clase media. Tres enfermeras/os manifiestan pertenecer a la clase media alta. Estas/os tres profesionales cabe resaltar que sitúan las actitudes en tres valores: altruismo, dignidad humana y igualdad. No son diferencias significativas al resto de enfermeras/os.

Tabla 8.5
Noción de cuidar. Valores y actitudes

Valores/ Entrevistas	Estéticos	Altruistas	Igualdad	Libertad	Dignidad Humana	Justicia	Verdad
(E1)	Creatividad	Ayuda Compromiso	Acercar	Independencia	Respeto Paciencia Privacidad Intimidad Confidencialidad	Objetividad	Autenticidad
(E2)		Ayuda Compasión	Acercar		Humanidad Paciencia Escucha		
(E3)	Confort	Ayuda Compasión	Acercar	Confianza	Intimidad		
(E4)	Creatividad	Ayuda Compasión Compromiso	Acercar	Independencia	Acompañar	Recursos	Autenticidad
(E5)		Compasión		Independencia	Escucha Respeto Acompañar		
(E6)	Confort	Ayuda			Humanidad Acompañar		
(E7)	Confort	Ayuda			Respeto Respeto	Recursos	
(E8)		Ayuda	Acercar		Humanidad Confianza	Protección	
(E9)		Ayuda Compasión Compromiso	Acercar		Escucha Respeto Intimidad		Autenticidad
(E10)	Creatividad	Ayuda Suplencia Compromiso	Acercar	Confianza	Humanidad		
(E11)		Ayuda Compromiso	Acercar	Independencia	Humanidad Acompañar		
(E12)		Ayuda Suplencia Compromiso	Acercar	Independencia	Respeto		
(E13)		Ayuda Suplencia Compromiso	Acercar	Independencia	Humanidad		
(E14)		Ayuda	Acercar	Independencia	Humanidad	Recursos	
(E15)		Ayuda Compromiso Suplencia	Acercar		Humanidad		
(E16)	Confort	Ayuda Compasión Compromiso	Acercar	Independencia	Humanidad Respeto Intimidad		Responsabilidad
(E17)		Ayuda Compasión	Acercar		Humanidad Escucha		
(E18)	Confort	Ayuda Compasión Compromiso	Acercar	Independencia	Humanidad Respeto		
(E19)		Compasión Compromiso	Acercar		Humanidad		
(E20)		Ayuda	Acercar	Independencia	Humanidad Escucha		
(E21)	Creatividad	Ayuda Compasión Compromiso	Acercar	Independencia Tolerancia	Respeto		
(E22)		Compasión Compromiso	Acercar		Humanidad		
(E23)		Ayuda Suplencia Compromiso		Independencia	Humanidad		
(E24)		Ayuda			Humanidad	Recursos	
(E25)	Confort	Ayuda	Acercar		Humanidad Escucha		
(E26)		Ayuda			Respeto	Protección	

Elaboración Propia

Gráfico 8.1
Noción de cuidar. Valores y actitudes



9

CONCLUSIONES

9. Conclusiones

La presente investigación alcanza los objetivos propuestos, y se confirma la hipótesis. Permite identificar, a través del estudio de los valores y actitudes profesionales, los factores internos y externos al colectivo profesional enfermero, que potencian, limitan o no facilitan en el proceso de profesionalización al inicio del siglo XXI. Profesionalización es sinónimo de excelencia, en el caso concreto de enfermería es la excelencia en los cuidados a las personas. También muestra la relevancia de la práctica enfermera en el sistema de salud. Las conductas profesionales manifiestan actitudes, formas de estar y ser. Ayudar, estar, acompañar a las personas en momentos de su trayectoria vital, que implican vulnerabilidad. También proporciona, moviliza, potencia, descubre con las personas los recursos que contribuyen al bienestar, y la calidad de vida. Es eso que constituye el trabajo cotidiano, el servicio profesional que prestan enfermeras y enfermeros. Como trabajo en sí mismo se percibe como gratificante, pero las distintas realidades de la práctica enfermera en los diferentes contextos en que se realiza es compleja.

El estudio evolutivo de las actitudes y valores profesionales es fundamental para comprender en profundidad, la profesión enfermera, y su identidad. No obstante la realidad social de ese colectivo profesional, no es única, aunque se determinan rasgos generales que ayudan a identificar el proceso de profesionalización. Debido a la composición del colectivo profesional, mayoritariamente mujeres, en la presente investigación se muestra un proceso paralelo, al proceso social mantenido por las mujeres en España. Especialmente en lo que se refiere al aspecto laboral, y profesional. Las enfermeras/os en el transcurso de las últimas décadas, obtienen con esfuerzo, y tenacidad, un nivel de profesionalidad sustancial, en los diferentes ámbitos de la salud. Acceden a espacios profesionales diversos: en la gestión; higienistas; consultas de Atención Primaria, entre otros. Todos ellos exigen un alto grado de responsabilidad, y autonomía. Aunque el avance profesional es significativo a partir de la década de los años ochenta, Enfermería no ha conseguido como grupo profesional un reconocimiento social proporcional al servicio esencial y único que prestan. Varios factores parecen tener significado, entre ellos destaca especialmente la paradoja que existe en el seno del colectivo. Se manifiesta en lo siguiente: en general las enfermeras/os son personas críticas y reflexivas respecto a su profesión, no obstante se mantienen pasivas, y poco abiertas al mundo. Por lo que favorecer estrategias que aumenten la autoestima, creer, validar y mostrar los efectos terapéuticos que la aplicación de los cuidados producen en las personas, son líneas de acción y mejora profesional a promover y potenciar.

Los estudios sobre valores y actitudes profesionales enfermeras son escasos a nivel internacional, y ninguno específico en Catalunya, ni España. La presente tesis realiza una aproximación a los valores y actitudes a través de posiciones, reflexiones, y opiniones que expresan enfermeras y enfermeros sobre temas relevantes de su profesión. En la sociología de las profesiones, aunque existen estudios sobre diferentes profesiones, especialmente medicina, no ocurre lo mismo con enfermería. La primera investigación sociológica que existe en España es del año 1986 (Domínguez Alcón, 1986). Se destacan también estudios desde una perspectiva global, e histórica (Valls, 1996; Siles, 1999), posteriormente se han abordado estudios parciales sobre la profesión, por lo que la presente investigación constituye una aportación que se enmarca en la sociología de las profesiones. Identificar las actitudes, y los valores, que las enfermeras/os a través de sus trayectorias profesionales desarrollan, y estudiar esta

evolución en las últimas décadas, permite profundizar en aspectos singulares y esenciales del colectivo. Y eso es posible porque los valores son un poderoso elemento de orientación y seguimiento en las personas, en general, y en las enfermeras/o en particular.

La presente investigación alcanza los objetivos iniciales propuestos. El primero trata de *identificar las tendencias de redefinición de los espacios profesionales propios*. Los espacios enfermeros son diversos, y cambiantes en los diferentes ámbitos de la salud. Los resultados del presente estudio, muestran que en las dos últimas décadas surgen nuevos espacios, otros se mantienen, y algunos tienden a desaparecer. Parece tener significado, el cambio de paradigmas profesionales que se promueve en la práctica, en el transcurso de las últimas décadas. En los espacios emergentes la asunción de autonomía profesional es intensa. Esas tendencias sobre los espacios profesionales se tienen en cuenta para la confección de la muestra, utilizada en la presente investigación a fin de que abarque un abanico amplio de la práctica profesional enfermera. El segundo objetivo trata de determinar *la estructura en género, edad, y estatus social de las enfermeras/os en las distintas trayectorias profesionales*. Se mantiene la profesión constituida mayoritariamente por mujeres, en el transcurso de las últimas décadas, no existen elementos que sugieran un cambio en la tendencia. Actualmente es un colectivo profesional con cambio generacional, pero en las últimas décadas, se manifiestan diversos elementos como el trabajo precario; el incremento de la emigración hacia países comunitarios; y la falta de cuidados a los cuidadores, entre otros factores, que apuntan a un descenso en el número de personas que inician la socialización profesional. El estatus social de las enfermeras/os en la presente investigación, es de nivel medio, aunque son datos no generalizables a la totalidad del colectivo profesional. Profundizar en la evolución del nivel adquisitivo de ese colectivo, y la influencia que ejerce en la práctica profesional, son temas de posible investigación futura.

El tercer objetivo que se refiere al *análisis de los factores que mayor impacto tienen en el proceso de profesionalización enfermera*, se desarrolla ampliamente. Es un proceso complejo, ya que se articulan diversos factores internos, del propio colectivo profesional, y externos. Parecen tener especial significación cuatro: (a) la influencia del género en la profesión; (b) la pasividad de las propias enfermeras/os en cuanto a hacer visible su aportación social; y (c) la escasa planificación a largo plazo, a nivel laboral, en cuanto a condiciones de trabajo, y (d) la falta de estrategias para cuidar a los cuidadores, en las organizaciones sanitarias. El trabajo precario de las enfermeras/os, especialmente en las enfermeras/os noveles, es un factor negativo de gran impacto, por las repercusiones puede suponer en el futuro, para el colectivo profesional. El cuarto objetivo de la presente investigación es *analizar los valores y actitudes del colectivo*, y su impacto en los diferentes ámbitos de la práctica profesional. A través de las narraciones de enfermeras y enfermeros, se identifican los valores, y como se estructuran jerárquicamente. Dos valores tienen especial significado y un alto grado de adhesión: *el altruismo* y *la dignidad de la persona*. Son valores importantes y básicos. Los demás valores analizados son *valores emergentes* en el proceso de profesionalización. Requieren ser trabajados por el colectivo profesional para llegar a constituirse en valores consolidados.

El quinto objetivo propuesto se centra en el *análisis del valor social de los cuidados, y la imagen social de las enfermeras/os*, que muestra una relación estrecha con los valores profesionales del colectivo. La práctica enfermera mantiene, a través de los

años, escasa relevancia social. Las enfermeras/os son conscientes de ello, pero al mismo tiempo, no reconocen que el cambio debe surgir del propio colectivo, y permanecen pasivas. La imagen social es de cercanía hacia las personas. Aunque en algún nuevo espacio profesional, la población todavía no identifica bien su labor como servicio, y aportación profesional. Es el caso de las consultas de enfermería en Asistencia Primaria. El sexto objetivo trata del *análisis del papel del Estado en el desarrollo profesional*. Aunque en las últimas cuatro décadas el Estado muestra escaso reconocimiento, a través de leyes y documentos, hacia el colectivo profesional, en el último año, en 2004, e inicios del 2005, la aportación a nivel legal es intensa. Por ejemplo el Real Decreto de Especialidades (22 de Abril, 2005), la Ley de las Competencias profesionales (44/2003, 21 de Noviembre); la ampliación disciplinar prevista, en el cambio de titulaciones académicas, en el marco de los países comunitarios. Finalmente el séptimo objetivo, hace referencia a *identificar las características que definen la relación profesional con otros profesionales*, en tanto que influye en la construcción de la imagen enfermera. El análisis realizado muestra que los rasgos que las enfermeras/os perciben de la práctica médica, y la relación profesional entre ambos colectivos contribuyen a configurar algunos rasgos de la imagen desvalorizada de las enfermeras/os. Todo ello se manifiesta en la construcción de una identidad todavía débil.

La *hipótesis de trabajo* en la presente investigación, establece que el elemento fundamental para el desarrollo de una profesión es la *identidad profesional fuerte*, que se caracteriza por la adopción de valores y actitudes profesionales, además del conocimiento experto, y habilidades propias. En la práctica enfermera existen diferentes factores que no favorecen la adopción de una identidad profesional fuerte. Entre ellos: (1) la *desvalorización social de los cuidados*; (2) *escaso desarrollo de la carrera profesional*; (3) *condiciones de trabajo precarias*; (4) *posición ambivalente del Estado* que tarda más de cuatro décadas, en legalizar las competencias profesionales, y aportaciones del colectivo enfermero al ámbito de la salud; y (5) el *desarrollo curricular de la disciplina*, en los diferentes niveles de formación universitaria, y de formación posgraduada en diferentes especialidades.

Son elementos que explican el mantenimiento de una identidad enfermera débil que se relaciona además con las diferencias de género en la profesión. Enfermería es considerada tradicionalmente como “profesión femenina”, y la realidad constata especialmente en el último medio siglo, la presencia mayoritaria de mujeres en la misma. Al inicio del siglo XXI, y según constatan los resultados de la presente tesis, la profesión enfermera, mantiene rasgos identitarios débiles. A pesar del avance en el proceso de profesionalización, realizado, en las décadas estudiadas, que es progresivo, singular, y potente. Es positivo constatar que el proceso está activo, sin ningún elemento que apunte hacia una regresión. Incluso se detectan factores que facilitan, y pueden potenciar la profesionalización. Por ejemplo la ley que institucionaliza las competencias del colectivo; la implementación de la carrera profesional progresiva en las organizaciones sanitarias; el reconocimiento, ampliación, y consolidación de la disciplina enfermera en la universidad. A través de estos elementos facilitadores las enfermeras/os pueden ser capaces de generar un proceso de reafirmación ideológica, que consiga elevar el estatus del colectivo profesional, dentro de la sociedad. La profesión enfermera en el siglo XXI, a través del esfuerzo, rigor, y conciencia profesional, puede avanzar en la excelencia ofreciendo a la sociedad un servicio óptimo, y consoliden una identidad profesional fuerte.

En cada uno de los temas analizados, se sugieren estrategias, y líneas de investigación futuras. Las limitaciones de la presente investigación vienen en parte determinadas por la aproximación cualitativa que se realiza. Se obtiene una comprensión alta, y detallada del fenómeno que se investiga, que no pretende inferir los resultados al universo poblacional, pero abre un amplio abanico de ideas sugerentes relacionadas con el objeto de la investigación realizada, y permite sugerir diversas hipótesis explicativas. Algunas de ellas podrían ser profundizadas, y de hecho esa idea forma parte de mis proyectos inmediatos. Me interesa especialmente poder refutar o validar con métodos de investigación cuantitativa los resultados sobre la jerarquización de actitudes y valores enfermeras/os que parece tener significación en la presente tesis. Profundizar sobre los valores menos desarrollados por el colectivo: *libertad, estéticos, igualdad justicia y verdad*. Determinar si los factores que influyen en el escaso desarrollo de esos valores, pueden inferirse a la globalidad del colectivo de Catalunya, y de España. Es una línea sugestiva a profundizar ya que los resultados permitirían proponer nuevas estrategias que favorecieran la asunción de tales valores en la práctica profesional. El hecho de que la investigadora forme parte del colectivo estudiado, puede suponer en cierta forma una limitación. Sin embargo, la plena conciencia de ese hecho, ha impulsado distintas estrategias que se han mantenido presentes durante todas las etapas de la investigación.

Las conclusiones de la presente investigación consiguen que se cubran ampliamente los objetivos propuestos por la investigadora. La identidad profesional se configura a través de la articulación de unos determinados valores en un contexto dado. Se manifiestan a través de actitudes y conductas profesionales. La aproximación a la práctica enfermera actual, muestra la construcción y asunción progresiva de identidad profesional. En el año 2005 colectivo enfermero avanza en el proceso de profesionalización. El presente apartado se refiere a las hipótesis explicativas, y propuestas de intervención, que se desarrollan en la presente investigación, y mantienen la estructura siguiente: (1) la *socialización profesional* en que se distinguen dos periodos: (a) periodo previo a la formación; y (b) proceso formativo; (2) *trayectoria profesional inicial*; (3) la *experteza profesional*; (4) las *imágenes enfermeras*, e influencia de imágenes, y percepciones de la práctica médica en la construcción de la imagen enfermera; (5) el *cambio de paradigmas profesionales*.

En la trayectoria de formación, y en concreto la toma de decisión acerca del inicio de la trayectoria de formación enfermera, existen elementos comunes. Son ideas relevantes que acompañan a una de las decisiones importantes en la vida de las personas: el principio de la trayectoria profesional. La motivación personal de *ayuda a los demás* es la característica fundamental, y básica. Esta motivación es la base del *altruismo*. El valor altruista es un elemento central en las ocupaciones denominadas profesiones. Definida ya en este sentido, antes de la segunda guerra mundial, por Marshall (Rodríguez, 1992). En España en la década de los años ochenta, varios sociólogos, profundizan en el carácter vocacional, y altruista de las profesiones. Conceden una importancia especial a las actitudes y valores profesionales que ambos rasgos imprimen a las profesiones. Las demás motivaciones que generan en las personas la necesidad de iniciar una trayectoria profesional específica, son de carácter posmaterialista. Las más relevantes son: *la independencia personal*, *la movilidad social*, *las experiencias de enfermedad*, *el modelo social*, y *la transmisión de satisfacción*

profesional. Valores como *libertad, justicia, respeto a la vida, y de carácter estético*¹ mantienen un peso específico en estas motivaciones. Otros tienden a ser más tradicionales como por ejemplo *la influencia familiar*, descrita también en la profesión médica, con un peso relevante (Rodríguez, 1997:5). Pero esa motivación, en enfermería, tampoco parece tener un rasgo materialista. La composición del colectivo profesional es manifiestamente femenina aunque en la presente investigación, mujeres y hombres, al inicio de la formación no presentan diferencias significativas en las motivaciones que exponen. Es una línea interesante de investigación futura que podría profundizar sobre los elementos que contribuyen a no favorecer en los varones la elección de la profesión enfermera.

Las diversas motivaciones personales, antes de iniciar la socialización enfermera, tienen un elemento común: tomar conciencia, a través del contacto directo con el mundo de la salud. Este es un elemento vertebrador que ayuda a identificar, descubrir y comparar, las imágenes enfermeras/os, desde una perspectiva próxima, de reconocimiento propio en un futuro inmediato. Este contacto con el mundo sanitario, unido a las diferentes motivaciones personales, parece suscitar el inicio de la trayectoria profesional. En estudios realizados sobre la profesión enfermera, la idea de contacto con las personas es esencial e intensa, en esa profesión (Domínguez Alcón, 1990: 105). Cabría seguir investigando en esta línea, de forma comparativa, revisando las profesiones ya estudiadas, para constatar si este factor de *contacto con el contexto profesional*, se encuentra en otras profesiones, o bien es exclusivo en el caso de enfermería. En el siglo XXI, en que las profesiones y los/as profesionales tienen un peso significativo, especialmente en las sociedades occidentales, intentar comprender los elementos que inducen a las personas a seguir ciertas trayectorias profesionales, es un tema importante e inherente a las ciencias sociales. Los/as profesionales aportan a la sociedad un valor añadido, de conocimientos y habilidades que se articulan a través de actitudes, y valores.

En la década de los años noventa, la oferta de estudios, en España, es plural. La toma de decisión de las personas sobre una disciplina específica, es compleja. La dificultad aumenta porque en cada ámbito académico, los diferentes estudios constan de elementos comunes. En la realidad laboral, y en relación con las competencias en algunas áreas determinadas, no se acaba de definir con precisión quien las ostenta, son espacios que pueden ocupar profesionales con distinta formación. Inclusive en el ámbito sanitario, la reciente *Ley sobre competencias profesionales* deja abierta la posibilidad de definición futura, de algunas áreas de competencia específica. En el caso de enfermería, las dudas en la elección suelen estar entre las profesiones sanitarias. La decisión de estudiar Enfermería se basa en ideas relacionadas con *la ayuda, entrega, y contacto con las personas*. Tales nociones se muestran como el aspecto básico y esencial, en la elección de la profesión.

El contacto con el mundo sanitario que mantienen las personas, antes de empezar la socialización profesional, esta lleno de matices. El interés que despierta este ámbito, provoca que se conviertan en observadores especiales. A través de las diversas experiencias personales, se aportan reflexiones e ideas relevantes que construyen la *imagen ideal* de las enfermeras/os. Las características que se describen relacionadas con

¹ Los valores estéticos están representados en la valoración positiva, en este caso, del cuidar, por cuanto una de las motivaciones que se analiza en la presente investigación es la transmisión de satisfacción profesional.

la sensibilidad, humanidad, contacto, y ayuda a las personas, se imprimen de valores de carácter posmaterialista. Tienen un peso fuerte e influyen, ayudan a forjar, y son fuente de motivación y reconocimiento de la imagen propia en el futuro inmediato, para seguir la trayectoria iniciada. También esas experiencias les ayudan a reconocer la importancia que tiene la base teórica del cuidar.

Tienen un peso fuerte en las experiencias previas a la formación, la falta de sensibilidad de las organizaciones, públicas y privadas, ante los objetivos de formación de las/os estudiantes, con especial relevancia entre las personas que realizan estudios de formación profesional. En algunas organizaciones “utilizan” a las/os estudiantes como “mano de obra barata”. La eficacia y la eficiencia de estas empresas, prevalece y se antepone al respeto a las personas. La tradicional “subordinación de clases” en el siglo XXI, se muestra con especial significado, en las organizaciones sanitarias privadas. El impacto social de estas prácticas, abre escenarios a la investigación.

Los valores y actitudes iniciales, manifestados por las personas, en la *etapa preprofesional*, se imprimen de carácter postmaterialista. Esos datos son fundamentales, al inicio y desarrollo del proceso formativo. Son parte personas con una sensibilidad manifiesta hacia los demás. Consolidar en las personas que estudian los valores de la cultura de la excelencia y servicio, les lleva a mejorar la sociedad en la que están inmersos, y de la que representan un cierto y significativo conjunto (Prósper, 2004). Esta alta motivación inicial, debe tenerse en cuenta especialmente en la formación. Según como se desarrolle, las/os estudiantes podrán consolidar los valores iniciales.

En la socialización profesional se determinan los rasgos y orientación de la formación enfermera. En el periodo que se analiza, del año 1953 a 1977, es el intervalo de tiempo en que la formación enfermera se denomina de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Reproduce los elementos sociales que identifican las diferencias de género. Especialmente en los primeros años de esa formación, diversos elementos como por ejemplo: el régimen internado obligatorio, cursar la asignatura “enseñanzas del hogar”, aprendizaje y aplicación de determinadas técnicas según género, subrayan esas diferencias. En la formación, y en la asistencia hay una sobre valoración de la técnica y los procedimientos. El concepto de “buen profesional” corresponde al “buen técnico”, aunque no se acompañe de actitudes profesionales. Las enseñanzas correspondientes a ATS forman a personas para ayudar a la medicina. Aplican tratamientos, realizan intervenciones de vigilancia, control de síntomas y signos de la enfermedad. Los cuidados propios a las personas enfermas como aportación enfermera, a penas se visualizan, ni reconocen como aportación enfermera, son secundarios.

En el periodo de 1953 a 1977, existen diferencias de orientación, y requisitos previos a los estudios. En este intervalo de tiempo se diferencian dos etapas, en función de los diferentes elementos que lo estructuran. La primera corresponde a la década de los años cincuenta, y sesenta, en los que predomina las diferencias de género en la formación, en los requerimientos de acceso, y contenidos curriculares. Se puede denominar “de transición”, por la conexión con la formación anterior, globalmente diferente en cuanto a la formación de hombres y mujeres. Las actitudes que se atribuyen a las mujeres, unidas a esta formación de Ayudantes Técnicos Sanitarios, son: *sacrificio, abnegación, obediencia y subordinación*. Son elementos que también caracterizan a las mujeres a nivel social.

El segundo periodo, la década de los años setenta, diversos factores que influyen en el papel social de las mujeres, y se manifiestan también en la evolución del colectivo profesional. En el contexto socio-político de la época, las/os jóvenes incorporan el valor de la independencia económica y personal. Las mujeres acceden progresivamente al mundo laboral. Toman conciencia de su papel social, más allá de la atención exclusivamente familiar. En el caso de enfermería, en los años setenta, se inicia progresivamente un proceso de cambio en el seno del propio colectivo profesional. Los retos profesionales para asumir nuevas competencias, en la práctica, y a través de la formación, se basan en concepciones de cuidados, de orientación humanista. Las actitudes y valores que caracterizan esa nueva orientación tienden a potenciar la identidad del colectivo.

En la década de los setenta, algunos elementos generan un cambio progresivo en la escala de valores y actitudes profesionales enfermeros. Tienen especial importancia: el esfuerzo significativo por parte de algunas enfermeras/os, de búsqueda de información, y documentación fuera de las fronteras españolas. El aumento del número de profesionales, también es un elemento que contribuye. Ambos factores agilizan, en el país, el proceso de profesionalización. En consecuencia se comienza a generar conciencia colectiva de identidad profesional. En este apartado los datos de la presente investigación, corroboran los resultados obtenidos en investigaciones anteriores (Domínguez Alcón, 1986, 1990, 2001; Ortego Mate, 2002; Medina, 1999; Latorre, 2002; Fenandez Lamelas, 1996; De Miguel, 1994; Mompert, 2004; Amescua, 2003; Fernandez Ferrín, 1995).

La transformación de las *Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario*, en *Escuelas Universitarias de Enfermería*, al final de la década de los años setenta, es relevante. En el ámbito docente la construcción de la formación enfermera, esta basada en modelos de cuidados sustentados en valores posmaterialistas. Es una época difícil para las enfermeras/os que ejercen la docencia. Asumen, en un periodo corto de tiempo, responsabilidad en la planificación y formación enfermera y autonomía en la transmisión de conocimientos. El proceso de cambio de poder del colectivo médico, responsables de la docencia, a las enfermeras/os, en Catalunya se produce de forma estable. Un elemento negativo del proceso, es la pérdida de enfermeras/os expertas, en docencia y asistencia, por la provisionalidad de las plazas universitarias.

Las enfermeras/os en la asistencia aún hoy, siguen el proceso de asunción de autonomía profesional, que empieza en la década de los años ochenta. Los valores cambian en las/os profesionales, como cambian en las personas de una determinada sociedad. Las enfermeras, mayoritarias en esta profesión, son reflejo de la evolución social de las mujeres. Los cambios de valores que se producen, puede ser imagen de la sociedad en general, y de las relaciones que se articulan entre mujeres y hombres.

La *elección del centro educativo* por las estudiantes es un tema relevante, especialmente en Catalunya, por la diversidad de oferta educativa en enfermería. Los criterios que influyen en la elección son significativos, no obstante la oferta de Escuelas universitarias públicas y privadas, condiciona el acceso según los recursos económicos familiares, y personales. Un segundo aspecto importante es el *prestigio* del centro educativo. Parece que este elemento se relaciona con el currículum, y facilita la entrada al mundo laboral. No hay investigaciones recientes, en el ámbito de la enfermería que

corrobores esta hipótesis, aunque es un tema de interés. Otro dato significativo en la elección, es el trato personalizado. Puede estar relacionado con las características de la formación enfermera, sustentadas en valores humanistas, o bien con el coste/ beneficio de las enseñanzas. Las personas cercanas son las que transmiten la importancia del trato personalizado. También forman parte de los criterios de elección, la organización de las prácticas durante la formación, que realizan las escuelas, al ser Enfermería una disciplina aplicada.

Durante el periodo entre 1977 y 2005, los elementos de la *estructura curricular*, se basan en el modelo biomédico que articula la formación. El plan de estudios, puesto en vigencia en el año 1977, y las posteriores modificaciones² al mismo, aunque son de importancia, no facilitan un cambio significativo. La hegemonía del modelo biomédico repercute en la enseñanza, y sigue situando los cuidados enfermeros en un segundo plano. La transmisión de conocimiento, basado en un enlace único de los diagnósticos médicos y los cuidados enfermeros que les corresponden, es reduccionista, y positivista. La formación teórica entendida y enseñada como finalidad en si misma, no muestra a las estudiantes los efectos terapéuticos que los cuidados ofrecen. Se mantiene la tendencia a la adquisición de conocimientos, y habilidades técnicas (Domínguez Alcón, 1986: 145). La aportación social, específica, esencial, y única de las enfermeras/os *los cuidados a las personas, familias y comunidad*, siguen poco presentes a nivel social. Aunque en la documentación enfermera, el criterio esta consolidado, la transmisión del conocimiento no ayuda a asumir el valor de los cuidados propios, en la práctica profesional. La formación adolece de crítica reflexiva, para capacitar a las alumnas/os a tomar decisiones autónomas y responsables. La presente investigación corrobora los datos de estudios anteriores (Medina, 1999; Domínguez Alcón, 1986).

El año 2005 abre la posibilidad a nuevos escenarios, y especialmente a un cambio significativo del plan de estudios (German Bes, 2004). La historia reciente de la socialización profesional enfermera, sirve para aprender de las sucesivas situaciones, y reformas emprendidas en el transcurso de las cinco últimas décadas. Los programas docentes capacitan para obtener la nueva titulación de Grado. Es el marco europeo actual de la educación superior. El cambio de orientación curricular necesario, facilita situar los cuidados enfermeros propios, en el nivel académico que les corresponde. Es imprescindible se recoja esta coyuntura histórica actual, para que las generaciones posteriores de enfermeras/os socializadas con los nuevos estudios, realicen el cambio real en la práctica profesional. Con ello las enfermeras/os acrecentarán su identidad profesional. Además de consolidar las actitudes y conductas profesionales relacionadas con valores altruistas y de dignidad de la personas. También aumentarán la adhesión a los valores de libertad, estéticos, igualdad, justicia y verdad.

² El Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, establece las directrices generales comunes para la elaboración de los planes de estudios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Basándose en ese Real Decreto, el Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, modifica el plan de estudios de Diplomado en Enfermería anterior y establece uno nuevo. Las diferencias de este plan de estudios con respecto al de 1977, son las siguientes: la duración de la enseñanza se traduce en créditos; se incluyen nuevas asignaturas: legislación y ética profesional y enfermería comunitaria; a todas las asignaturas troncales se les asignan créditos teóricos y prácticos; y el plan de estudios se hace más flexible, ya que el Real Decreto sólo establece las asignaturas troncales de obligada inclusión en los planes de estudios de todas las Escuelas de Enfermería y otorga a la Universidad la labor de confeccionar y ofertar a los alumnos las asignaturas obligatorias, optativas y de libre elección que estime oportunas para completar el total de créditos que la alumna/o necesita para obtener el título oficial de Diplomado en Enfermería (Ortego Mate, 2002)

El cambio de orientación curricular enfermera, se sustenta en la concepción de que los *cuidados* son el tratamiento que establecen los profesionales enfermeros para resolver, o prevenir, problemas de salud reales o potenciales de las personas. En este proceso se articulan actitudes de *responsabilidad, autonomía, creatividad, compromiso, transparencia, integridad y compasión*. El cambio curricular en la formación enfermera, debe de articularse a través de los *cuidados enfermeros*. Esta organización curricular, es la que establecen las distintas disciplinas académicas a través de la especificidad que aporta su saber profesional. En los planes de estudios, se imparten también conocimientos básicos de otras disciplinas, que dan soporte al conjunto de conocimientos que complementa la formación. La disciplina debe estar estructurada desde las *filosofías* enfermeras, lenguaje profesional, y *valores* profesionales. Transmitidas a través de *estrategias activas y reflexivas*, para orientar, situar y capacitar al futuro profesional, coherente con el nuevo contexto social. Los cuidados enfermeros, han de enseñarse como tratamiento propuesto para cada diagnóstico enfermero³, en base a un referente conceptual. También se deben integrar en la formación los instrumentos complementarios de los cuidados, genéricamente denominadas terapias complementarias (Lopez, 2003), porque incorporan conocimientos y habilidades a las formas tradicionales de cuidar.

Las enfermeras /os ofrecen cuidados con *valor terapéutico*, es decir, cuidados como parte del tratamiento que se aplica, y siguen las personas enfermas en el proceso de recuperación, o en la prevención de sus problemas de salud. Estos cuidados deben contemplarse, y enseñarse desde una perspectiva abierta, que permita situar y contextualizar en el espacio profesional concreto, para que el servicio que ofrecen enfermeras/os a la sociedad sea coherente con la demanda, y avance hacia la excelencia. Las estrategias de enseñanza reflexiva han de incorporar y transmitir los valores y actitudes que confieren identidad al colectivo profesional. Valores y actitudes con un perfil humanista y posmaterialista que contribuyan a humanizar la asistencia.

Las experiencias, y vivencias en la formación práctica enfermera muestran rasgos relevantes. La presente investigación constata en la aproximación que se realiza, los valores y actitudes, a los que se adhieren las alumnas/os, a través de la experiencia práctica. Las alumnas/os en el proceso formativo adquieren progresivamente madurez, y equilibrio personal. Enfrentarse con la realidad cotidiana, en el ámbito sanitario, supone incorporar nuevas situaciones y perspectivas, que ponen en cuestión los valores y actitudes personales que parecen estables. Las situaciones de sufrimiento, dolor, y proceso de muerte de las personas, y también experiencias de pobreza unidas a procesos de enfermedad, esta presente en el contexto cotidiano. Las alumnas/os expresan impotencia e impacto, ante situaciones que ellas/os aún no han elaborado, por ello precisan de la orientación, asesoramiento, y conocimiento, que les proporcionen las enfermeras/os docentes y las tutoras. Ética y práctica enfermera están unidas. Cada acción de cuidar implica un posicionamiento ético. Las conductas profesionales se imprimen de actitudes, que expresan valores, y sentido. Las estudiantes aprenden, reflexionan de las distintas figuras identitarias, a lo largo de la formación práctica.

³Los diagnósticos de enfermería, están en desarrollo como parte del enfoque basado en evidencia científica. Inicia el trabajo de clasificación una enfermera americana llamada, Faye Glenn Abdellah. (1960). La consolidación internacional de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), confiere rigor en las investigaciones que se realizan.

Asumen el papel de estudiante, que consiste, en parte, en dar valor al tiempo para aprender.

Las estudiantes aprecian especialmente e identifican los aspectos que influyen en la relación de ayuda. Detectan la influencia positiva o negativa de la organización sanitaria en la práctica de los distintos profesionales. Identifican si las personas enfermas son el centro de interés o no de la organización sanitaria. También perciben que el nivel social de las personas enfermas y sus familias, influye especialmente cuando las enfermeras/os establecen la relación de ayuda. Cuanto más alto nivel social tienen las personas enfermas, más estrategias realizan las enfermeras/os para establecer la relación de ayuda. Esta hipótesis es detectada en el proceso formativo, por las alumnas/os, y también la expresan las enfermeras/os en el ámbito laboral.

La formación práctica es la que contribuye a que las estudiantes asuman de forma progresiva autonomía. En las estudiantes predomina cierta valoración positiva de la técnica. Aunque no impide que tomen conciencia de la importancia de la relación de ayuda. Las alumnas/os en la formación jerarquizan primero el “cuidar para” las personas, que el “cuidar con” las personas. En esa forma de “cuidar para” se expresa la idea de que el la persona/usuario cuenta poco, se impone la decisión del experto (en este caso alumnas/os), no se deja espacio de negociación, ni de decisión de la persona no experta. Esta característica es propia de estudiantes y profesionales noveles.

En el análisis de la formación práctica de las/os estudiantes de Enfermería, se detectan algunos rasgos débiles. Se relacionan con: (a) acogida no adecuada; (b) ausencia de espacios de reflexión y análisis de situaciones vividas, que implican posiciones éticas, coordinados por enfermeras/os expertas; (c) ausencia de espacios de elaboración personal de temas relevantes como muerte, sufrimiento, y pobreza coordinados por enfermeras/os expertas. La ausencia de estos elementos no ayuda a la asunción de actitudes y valores profesionales, que configuran la identidad enfermera. Las estrategias de las *Escuelas de Enfermería* y las organizaciones asistenciales, deben de estar orientadas a planificar la acogida de las estudiantes, y crear espacios de reflexión crítica con enfermeras/os expertas. Son estrategias de futuro, que pueden repercutir en: (1) crear una identidad enfermera fuerte, capaz de asumir autonomía; (2) e implementar modelos de cuidados; y (3) poner en práctica metodologías enfermeras que contribuyen a planificar la atención cotidiana de personas. Es una apuesta de futuro que las *Escuelas Universitarias*, y los centros asistenciales, deberían considerar en la formación de las enfermeras/os. Es la clave para capacitar a los futuros profesionales a cuidar con excelencia a las personas. El papel de las organizaciones sanitarias y las enfermeras/os asistenciales en la formación de las alumnas/os es fundamental. Este espacio permite implementar los aprendizajes teóricos en la práctica asistencial. Por este motivo es imprescindible que universidades y centros asistenciales, desarrollen estrategias conjuntas. El objetivo es acercar estas dos realidades, para garantizar la calidad del aprendizaje⁴.

Los valores y actitudes más relevantes en el periodo de formación poseen dos características esenciales. Primero se ordenan jerárquicamente a través de las diferentes épocas. Algunos valores emergen y otros dejan de tener peso. En segundo

⁴ Las conclusiones de la presente investigación en el tema específico de la formación práctica, coinciden ampliamente con los resultados del reciente estudio: “*El tutor d’Infermeria*” elaborado por el Departament de Sanitat i Seguretat Social 2003. Generalitat de Catalunya.

lugar la jerarquización de los valores esta directamente influida por la evolución de la sociedad y los valores presentes en ella. En el proceso formativo, la primera etapa corresponde al periodo comprendido entre 1953 y 1977, las actitudes que sobresalen son: *la subordinación, sacrificio, atención exclusiva basada en los signos y síntomas de la enfermedad, ayuda a los demás, suplencia, actitudes de carácter humanitario a título individual, abnegación, obediencia, rigidez, y cuidado por tareas*. Los valores adheridos a estas actitudes, basadas en el marco teórico de referencia, están en relación: al *altruismo, y a la dignidad humana*. Las demás actitudes en este periodo, se unen a valores no contemplados en el marco de referencia. Se relacionan con: *el tecnicismo, la asistencia a la enfermedad, y la sumisión*. En este periodo la práctica enfermera incorpora valores asociados al papel social atribuido a las mujeres. Son años, en que la práctica enfermera al servicio de la medicina, no puede aportar a la sociedad, y a las personas todo el potencial que los cuidados enfermeros ofrecen. Una parte de la práctica enfermera, la que corresponde a los cuidados y su articulación en las organizaciones sanitarias, quedan relegados a un segundo término. El valor predominante radica en la técnica, aplicación de tratamientos, y ayuda a los médicos. Las enfermeras en España, durante años asumen este papel. La identidad del colectivo en esta época es débil y subordinado.

En la etapa de formación posterior al año 1977, las actitudes que las alumnas a través de la socialización, asumen progresivamente, están relacionadas con: *sensibilidad, la ayuda a los demás, la comprensión, el compromiso, la humanidad, la escucha, el saber estar, la autonomía profesional, especialmente desarrollada en tercer curso, la equidad, la objetividad, y la honestidad*. Estas actitudes se adhieren a los valores estéticos, altruistas, de dignidad humana, justicia, igualdad, verdad, y libertad. Aunque a las alumnas/os les atrae la técnica, que se desarrolla en determinados contextos, a través del proceso formativo, reconocen especialmente el valor a la dignidad humana. Ese valor, junto al valor altruista, son los que las alumnas/os desarrollan más intensamente en el proceso formativo. Son valores que forman parte de los valores individuales, que tienen las personas que inician la formación enfermera. En la socialización profesional es preciso potenciar la totalidad de valores profesionales, especialmente los que actualmente menos se desarrollan. Es lo que puede favorecer el construir una identidad enfermera fuerte. El cambio de valores profesionales en la formación no se produce de forma inmediata. Es un camino progresivo, que prosigue actualmente. Las enfermeras/os están en el proceso de asumir en la práctica los valores y actitudes que los modelos de cuidados refieren, y en esta medida pueden transmitirlos. La oportunidad que la convergencia de estudios universitarios europeos ofrece al colectivo profesional, a nivel de cambio en la formación es única. Articular la formación para que las alumnas/os adopten, de forma reflexiva, los valores y actitudes profesionales propios, es optar por una identidad enfermera sólida.

En la etapa profesional inicial la precariedad laboral influye intensamente y tiene especial relevancia, en el proceso. La contratación laboral en enfermería, especialmente en las enfermeras/os recién tituladas/os es precaria y no esta bien regulada. El fenómeno emergente de emigración profesional enfermera, a países del entorno, se fundamenta en la insatisfacción con las condiciones laborales en nuestro país. Dos artículos periodísticos recientes ilustran ese tema. La precariedad de los contratos favorece la emigración a países de la Unión Europea. El Colegio de Enfermería de Barcelona ha tramitado en los últimos dos años 109 expedientes de profesionales para trabajar fuera

del Estado Español⁵. Aunque en el “Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya”, en el año 2003, se recoge la probabilidad de “déficit futuro de enfermeras/os”, no parece que se relacione con el trabajo precario, y es ese un aspecto de gran impacto, como muestra la presente investigación. Las condiciones de trabajo enfermero en el periodo entre los años 1970 y 2004, muestran una constante: el trabajo precario de enfermeras/os noveles. El análisis parte de una situación global en España, la contratación a tiempo parcial, o trabajo precario es desarrollado por mujeres en un 75%⁶ (Domínguez Alcón, 2001:44).

Otro aspecto relevante a considerar es la paradoja de que las enfermeras/os empiezan a desarrollar su trabajo, en situaciones de incertidumbre permanente, cuando precisamente se les exige equilibrio personal para ofrecer cuidados de calidad. Son mujeres, y hombres que están formadas en cuidar a las personas en situaciones complejas y difíciles, no les falta ni motivación, ni convicción. El valor altruista y el valor de dignidad humana sustentan especialmente sus conductas profesionales. Ante esta realidad manifiesta, las organizaciones sanitarias, y las gestoras enfermeras/os deben ser sensibles, y hacer el esfuerzo que permita planificar a largo plazo, estrategias de contratación estable. Las organizaciones tienen, en el año 2004, suficientes datos específicos, sobre la evolución de la asistencia sanitaria, para estudiar y hacer predicciones de futuro sobre las demandas de personal. No se debe dejar al azar del día a día, la necesidad de personal cualificado y profesional, en este caso enfermeras/os, atendiendo solo al criterio “deshumanizado” de que existe “suficiente oferta” de enfermeras/os en el mercado. Ante estas condiciones de trabajo difíciles y adversas, el colectivo profesional detecta la situación, pero muestra pasividad. Está, sin duda, relacionada con la identidad profesional débil.

El impacto de las organizaciones sanitarias en la práctica enfermera es complejo. Los rasgos identitarios de una institución sanitaria influyen en mayor o menor medida en el trabajo profesional enfermero. En los centros privados, determinadas prácticas, provocan en las enfermeras/os reacciones en contra, ya que se enfrentan con los valores profesionales que tienen asumidos. En las instituciones privadas, la economía es un valor esencial, junto con la imagen que transmite la institución, acorde con la posición económica, y social de las personas enfermas. Son valores tradicionales que dificultan la práctica profesional enfermera. Las conductas profesionales de las enfermeras/os, están basadas en la objetividad y transparencia, y en ofrecer los mismos derechos a cada persona enferma que atienden. Los valores que sustentan estas conductas son: *justicia e igualdad*. Cuando en un mismo centro se producen situaciones paradójicas, en la aplicación de tratamientos, solo explicadas a nivel económico, se produce una contradicción personal y un dilema profesional en las enfermeras/os.

Otro aspecto relevante que influye en la práctica enfermera, es la relación de ayuda que establecen con las personas enfermas. Las enfermeras desarrollan más estrategias, y esfuerzo cuando aplican la relación de ayuda con personas de nivel social y económico alto. Es una situación que requiere de un estudio en profundidad, no existen investigaciones sobre este tema.

⁵ Fuente: El País del 30 de mayo del 2004; pp.42. “Los problemas de la enfermería” Oriol Güell. El Punt del 4 de enero del 2004. “La precarietat dels contractes empeny les infermeres catalanes a marxar a l’estranger” Maite Montroi.

⁶ Los datos corresponden al año 1999.

En el análisis comparativo de las organizaciones sanitarias consideradas “cuidadoras”⁷ versus las “no cuidadoras” es interesante señalar diversos aspectos. Se constata, en la presente investigación, que las organizaciones sanitarias “no cuidadoras” son las organizaciones que mas contratos precarios ofrecen a las enfermeras/os noveles. En las organizaciones sanitarias “no cuidadoras” se mantiene. La orientación hacia valores de carácter materialista, frente a valores de carácter posmaterialista de las enfermeras/os noveles, todo ello provoca en ellas/os manifestaciones de *inseguridad, temor, impotencia*. Son situaciones que pueden, y deben ser cambiadas si se desea una mejora y avance hacia la excelencia. Las organizaciones sanitarias deben implementar estrategias que faciliten la asunción progresiva de responsabilidad de las enfermeras/os noveles. Son las futuras/os enfermeras/os expertas en las que van a descansar los cuidados a las personas, en un futuro inmediato. Las estrategias deben orientarse hacia programas de acogida; programas de asesoramiento; buena planificación de cargas de trabajo. Los programas de acogida puede implementarlos enfermeras/os expertas de la misma organización.

Los programas de asesoramiento consisten en planificar la práctica enfermera con la finalidad de que las enfermeras/os noveles, estén asesoradas por las enfermeras/os expertas. Los valores profesionales emergentes de las enfermeras/os expertas guían sus conductas profesionales. En la mayoría de organizaciones sanitarias, las enfermeras/os expertas asesoran a las enfermeras/os noveles. En esos caso señalados el programa de asesoramiento consiste en reconocer el trabajo que realizan las enfermeras/os expertas. Generalmente en las diversas estrategias de asesoramiento de las enfermeras/os expertas queda patente el esfuerzo totalmente voluntario, que las enfermeras/os hacen para ubicar, enseñar, y cuidar a sus compañeras/os noveles. Es un trabajo importante pero al mismo tiempo “invisible”, y sin ningún reconocimiento ni apoyo. Solo es reconocido por las enfermeras/os, al recordar las experiencias que viven en la etapa profesional inicial. Esta aportación individual y voluntarista, es un “recurso” generoso e inestimable, gracias al cual, las enfermeras/os noveles se sientan cuidadas/os, y lo ofrecen de forma voluntaria no reconocida, ni siquiera percibida por otros/as, que no sean las propias enfermeras/os que reciben esa atención. Para poder cuidar, las enfermeras/os necesitan sentirse arropadas, de una manera especial e intensa en la primera etapa profesional. Las organizaciones sanitarias, con poder de decisión para cambiar las políticas, son las últimas responsables cuando se trata de humanizar la asistencia “cuidando” a quienes cuidan.

Un tema relevante, analizado en la presente investigación, son los factores clave de la *presión asistencial* que experimentan las enfermeras/os noveles. Estos factores no favorecen el proceso de asunción de experiencia profesional. Topan frontalmente con los valores que asumen en el proceso de formación. Los factores clave se dividen en tres: (1) derivados de la dinámica estructural; (2) situaciones de sufrimiento, y situaciones límite; y (3) inseguridades en el ejercicio profesional. La situación inicial de las enfermeras/os noveles es la falta de experiencia práctica, que unido a la ausencia de enfermeras/os expertas que actúen de referentes, desencadena y mantiene la presión. Algunos factores estructurales provocan el aumento de presión asistencial en las enfermeras/os noveles por ejemplo: la escasez de personal que repercute en la práctica, ya que deben atender y hacerse responsables, de un número mayor de personas

⁷ Se entiende por “organizaciones sanitarias cuidadoras” las instituciones que tienen como objetivo fundamental y real el cuidado a las personas, en consecuencia conciben como básico el cuidado al cuidador.

enfermas. La *falta de compañerismo*, aunque no es habitual, es una situación difícil, en la que surgen y se ven obligadas a sobrellevar manifestaciones de indiferencia o despotismo. Las enfermeras/os noveles soportan estoicamente esas situaciones gracias al alto grado de altruismo que muestran. Otro factor es el trabajo en *unidades especiales*, es una práctica profesional especializada, que requiere de conocimientos, habilidades y experiencia, que provoca percepciones de impotencia en las enfermeras/os noveles. Otro rasgo estructural, que aumenta el estrés es el *trabajo de noche*, las enfermeras/os noveles perciben soledad, no cuentan con enfermeras/os expertas que puedan actuar de referentes. Otros factores estructurales son, las *deficiencias arquitectónicas*, y la *falta de recursos*. Estos factores aumentan la percepción de impotencia, y entran en conflicto con los valores profesionales que han asumido. Otro factor relevante es *el trabajo enfermero sin ubicación fija*, y en distintas unidades. Las enfermeras/os noveles no pueden asumir las diferentes situaciones complejas que las personas presentan, en los diversos contextos cuidadores, por tanto trabajan con una presión asistencial extrema.

Todas ellas son situaciones evitables. El máximo responsable de las mismas, es en la mayoría de los casos, la organización sanitaria. Las enfermeras/os gestoras, que permanecen pasivas/os frente a esas situaciones. Son problemas que afectan al colectivo profesional, especialmente al futuro de las enfermeras y enfermeros noveles. Estas/os toman conciencia, al inicio de su trayectoria profesional, de que las enfermeras/os gestoras, y los colegios profesionales no luchan o no se esfuerzan lo suficiente, para cambiar esas situaciones negativas que limitan, y dificultan el servicio profesional, y desde luego el avance hacia la excelencia. Solo desde el valor del altruismo consolidado, en las enfermeras/os noveles, y la necesidad de trabajo, puede comprenderse que sigan en la profesión.

Las situaciones límite y las situaciones de sufrimiento generan presión especialmente entre las enfermeras/os noveles. Tienen la necesidad de elaborar esos procesos, a nivel personal. En el análisis realizado del proceso formativo se muestra como un aspecto susceptible de cambio. Proporcionarles los instrumentos y conocimientos al inicio de las trayectorias profesionales, es aumentar la calidad de los cuidados en un futuro inmediato. Se debería potenciar las sesiones de trabajo del equipo profesional. En esas reuniones las enfermeras/os expertas/os y noveles, consensuan conductas profesionales y actitudes, sobre los procesos de cuidados de las personas que atienden. Proporcionan a todo el equipo cohesión, y sentimiento de pertenencia al colectivo profesional.

Finalmente se analiza el temor al “control” por parte de la familia, como un factor que genera presión en las enfermeras/os noveles. En la práctica profesional enfermera la presencia de la familia, es fundamental, y se relaciona directamente con niveles altos de calidad en la asistencia. Sin embargo la falta de experiencia práctica en las enfermeras/os noveles, provoca inseguridad, que es más intensa cuando la familia está presente. Ante este factor solo el trabajo en equipo, que permita realizar de forma adecuada y progresiva el proceso profesional de asunción de experiencia, puede atenuar las percepciones de inseguridad que presentan las enfermeras/os noveles.

En el inicio de la trayectoria profesional, se analiza el *intrusismo*, y sus repercusiones en la práctica profesional enfermera. Algunos centros sanitarios contratan, incluso en la actualidad, a personas sin formación acreditada. Estas instituciones no respetan a los profesionales, ni a las personas que estos atienden. La organización social actual, utiliza mecanismos formativos para acreditar a las personas que desempeñan una

responsabilidad social. Se debe defender el fraude con posicionamientos éticos, y formación. En este tema los Colegios profesionales tienen un papel fundamental. El esfuerzo formativo que realizan las personas que estudian Enfermería es considerable. Se preparan para adquirir conocimientos, habilidades y valores, que favorecen la calidad de la práctica asistencial, y asumir el servicio profesional.

Las enfermeras/os cuando cambian de lugar de trabajo, y se incorporan a un nuevo espacio laboral, perciben la necesidad de formación. Asumen la responsabilidad de mantener el proceso formativo. Buscan acrecentar y consolidar actitudes y conductas profesionales, que por diferentes factores, quizá, no pudieron implementar en el primer trabajo profesional. La contradicción interna con los principios de la profesión, vivida en una organización sanitaria, provoca en las enfermeras/os la búsqueda intensa de alternativas laborales favorables, y diferentes. Manifiestan que el objetivo fundamental es ocupar un espacio profesional en el que puedan cuidar a las personas, sin elementos que dificulten la práctica.

En el presente estudio, tiene especial significado, los datos analizados de la práctica enfermera en cárceles que es poco conocida. A través de las experiencias de una enfermera en esos puestos de trabajo, se manifiesta el alto grado de adhesión a valores de carácter humanista. Son valores imprimen en las enfermeras/os una imagen cercana a las personas que permanecen recluidas en cárceles. Es un ejercicio profesional importante, aunque socialmente invisible por el contexto. Es una práctica profesional compleja, dura, y difícil, sin otro reconocimiento que el trabajo bien hecho, y la ayuda a las personas internas. Es un campo profesional enfermero poco explorado. Pueden abrirse líneas de investigación futuras que aporten conocimiento social y profesional en este ámbito. Las enfermeras/os, por su situación privilegiada, deberían investigar conjuntamente con sociólogos/os, las situaciones y procesos que viven las personas recluidas para aumentar la comprensión.

A través de las primeras experiencias laborales, las enfermeras/os toman conciencia de los beneficios “al otro”, cuando aplican cuidados a las personas. Se sienten más cómodas cuidando “para el otro”, ó sea aplicando cuidados de suplencia. Muestran los rasgos del estadio profesional en que se encuentran: no tienen experiencia de las circunstancias que deben desenvolverse; necesitan de parámetros objetivables, y cuantificables de la persona que atienden; requieren de reglas y pautas que encaucen su trabajo (Benner, 1987). Inician el proceso hacia la madurez profesional. A tenor de los datos, se deben tener en cuenta, los diferentes grados de experiencia profesional a la hora de articular la práctica profesional enfermera en un centro asistencial.

Conseguir que los valores inicialmente asumidos, y adheridos a la práctica enfermera a través de las actitudes, en los primeros años de ejercicio profesional se desarrollen es un reto. Un objetivo que va más allá de las opciones individuales, son opciones que la organización social, en general y de políticas sanitarias en particular, deben emprender. Las líneas de investigación abiertas en el presente estudio, pueden contribuir a profundizar en el conocimiento de la forma en que se desarrollan las actitudes profesionales, en la práctica enfermera en los diferentes espacios profesionales. Las organizaciones sanitarias deben ver en las enfermeras noveles, no una fuente de beneficio a corto plazo, ya que deben retribuirles menos, si no una oportunidad. Articular el asesoramiento de las enfermeras noveles, por enfermeras expertas, que actúan de referentes es esencial. Las enfermeras noveles aportan motivación,

convicción, y las enfermeras expertas especialmente experiencia. Combinar en los centros asistenciales las diferentes aportaciones enfermeras/os, es potenciar directamente los cuidados con alto grado de competencia profesional.

En la práctica enfermera experta se identifican algunos trazos esenciales, que la caracterizan. El elemento nuclear, fundamental, que muestra especial relevancia es el equilibrio personal en las enfermeras/os. Diversos autores⁸ defienden su importancia y trascendencia en una actividad de naturaleza social. Este elemento básico en la práctica enfermera, necesita de una atención continua a lo largo de la trayectoria profesional. Políticas encaminadas a ofrecer recursos preventivos y/o curativos son imprescindibles en las profesiones que debido a su actividad profesional deben estar al servicio de las personas. Los colegios profesionales, y las organizaciones sanitarias, son las responsables de implementar y cuidar a sus cuidadores. Investigaciones que profundizan en ese aspecto de la práctica profesional son esenciales. Las enfermeras/os expertas cuidan “con” las personas y “con” las familias, este hecho comporta las actitudes de responsabilidad y deber. Implican la asunción de dos valores profesionales: la verdad, y el altruismo. La confrontación cotidiana con el sufrimiento, el dolor, y el proceso de muerte de las personas, exige compromiso e integridad permanente de las personas que cuidan.

Las enfermeras/os sienten *satisfacción personal* a lo largo de su trayectoria, esencialmente centrada en los cuidados que aplican, y los beneficios que estos producen en las personas. Esta satisfacción por el trabajo bien hecho, de sentirse útiles en situaciones de vulnerabilidad humana, esta desligada de formas contractuales, y organizativas. Es a nivel personal e íntimo. Pueden ayudar y tienen conocimientos específicos para hacerlo, se adhieren al valor del altruismo en la práctica profesional.

La identidad enfermera, se imprime de especial significado cuando se “sienten” enfermeras, no solo “trabajan de” enfermeras/os. Ponen en práctica el saber intuitivo, fruto del conocimiento y de la experiencia práctica acumulada. Aun así manifiestan la necesidad de mantener actualizados sus conocimientos. Los factores que influyen en ese reto son varios: la *complejidad de los procesos humanos*; la *velocidad en que se genera los nuevos conocimientos*, y la *confeción de un currículum personal adecuado a nuevas expectativas laborales*, y la implementación progresiva de la carrera profesional. Las actitudes de *responsabilidad, autodisciplina, y compromiso* se desprenden de esos rasgos, y se asocian a los valores de *verdad, libertad y altruistas* respectivamente.

En la práctica enfermera se detectan, e identifican algunos elementos de peso considerable, y que no favorecen el avance profesional. Uno de ellos que las enfermeras/os perciben de forma negativa es la manifestación del escaso reconocimiento de su trabajo. Se refieren a menudo en ello, denominando, a través de sus palabras, habladas o escritas, los “cuidados invisibles”, a aquellos *cuidados propios* que son parte importante de su trabajo, pero que se diluyen en otras dinámicas. La presente investigación, identifica que la escasa valoración de los cuidados empieza desde el propio colectivo. Esperan que el reconocimiento llegue desde el exterior. El reconocimiento social solo se consigue, a través de la valoración de su propio trabajo profesional. Creer en el valor terapéutico que los cuidados producen, y abrir líneas de

⁸ Domínguez Alcón, 1986; Perraut, 2001; Torralba, 2002.

investigación, para mostrar los efectos en las personas es esencial. La energía de las enfermeras/os no puede emplearse solo en compensar lo negativo, mantenerse en la pasividad, deben reconocer las satisfacciones gratuitas que aporta la práctica profesional, y pasar a la acción.

Otro rasgo presente en el grupo profesional es el *estrés* laboral. Es un tema que preocupa en el seno del colectivo, diversos estudios recientes analizan esta situación. Diferentes factores influyen y aumentan el estrés en esta etapa de la trayectoria profesional: el estar cerca de las personas que sufren. Ambiente de trabajo negativo, a veces provocado por compañeras/os que presentan estrés, aunque no siempre sean conscientes de ello. La presión por aumentar los estándares de calidad, unido a la reducción de personal, provoca bajo nivel de satisfacción laboral, y estrés. Todos estos factores no ayudan a mantener equilibrio personal entre las/os profesionales que trabajan con personas. “Cuidar a los cuidadores” debería ser un objetivo prioritario de las organizaciones sanitarias, es un estándar de calidad, que repercute directamente, sobre a las personas receptoras de cuidados. Es importante promover líneas de investigación que profundicen en la relación y calidad de los cuidados, y equilibrio personal de las enfermeras/os. Todo ello unido al desarrollo de estrategias diversas que favorezcan ese equilibrio son necesarias y deberían facilitarse.

Un elemento negativo y difícil de tratar es las críticas internas, aquellas que son destructivas porque “minan” el avance y liderazgo, del propio colectivo profesional. Escasos estudios profundizan en el tema. En la presente investigación se apuntan dos posibles factores que favorecen esa crítica interna: las formas unidireccionales de liderar los cambios que se producen en la práctica profesional, y la no adecuación de la formación posbásica a la práctica enfermera. Ese último factor provoca en algunas enfermeras/os rechazo a los cambios en la práctica enfermera, por desconocimiento en el fondo, y la forma de implementarlos en la práctica.

Otra dificultad que se mantiene en el colectivo, sin vías de solución a corto plazo, es la *conciliación de la vida personal, familiar, y laboral*. En una sociedad plural, con personas capaces de analizar los problemas desde una visión global, es factible encontrar soluciones facilitadoras. La creatividad, y voluntad de las gestoras/es enfermeras/os se debe dinamizar, la conciliación es otro de los temas que por el momento preocupa, y repercute en la calidad de la asistencia. Las características contractuales, hoy por hoy, no facilitan el avance profesional, y marcan la identidad profesional.

Las estrategias para el avance profesional, que se impulsan desde el colectivo enfermero, se sintetizan en tratar de romper romper con el estereotipo, que el modelo hegemónico impone. Aumentar la autoestima profesional, y valorar las acciones cuidadoras propias, avanzando hacia la humanización de la asistencia, y el reconocimiento social merecido. Sin embargo ese reconocimiento se debe generar desde dentro, desde el seno del mismo colectivo profesional. Con el convencimiento desde la propia profesión que los cuidados que aplican son importantes. Solo las enfermeras /os tienen la competencia y están preparadas para resolver los problemas de salud que su especificidad puede abordar, o prevenirlos. Esta especificidad esta basada en el conocimiento experto. Las enfermeras/os deben aportar, y dar a conocer sus conocimientos específicos en el ámbito de la salud.

Las estrategias a desarrollar por Enfermería, se concretan en: aumentar la investigación sobre los beneficios de los cuidados enfermeros al cuidado de la salud, y de la enfermedad de las personas durante todo el ciclo vital. Comunicar los resultados, y ofrecer sus opiniones, orientación, y asesoramiento en temas de salud a través de los medios de comunicación, y participando en las políticas. Aplicar cuidados en base a modelos, metodologías y evidencia científica, desde la aportación enfermera. Instaurar la carrera profesional, que reconozca las diferentes trayectorias en Enfermería. Dotarse de métodos reflexivos y críticos para actualizar los conocimientos. Desarrollar el potencial profesional del colectivo, mejorar la calidad, y avanzar hacia la excelencia. Finalmente potenciar la creatividad en las enfermeras/os gestoras/es especialmente, en lo que se refiere a la búsqueda de estrategias facilitadoras en la conciliación de la vida familiar y laboral. Estrategias que implican el desarrollo de determinados valores profesionales. Valores *estéticos, de libertad, verdad, y justicia e igualdad*. Todos ellos tienen un papel fundamental. Desarrollar a través de actitudes y conductas profesionales estos valores, es potenciar la identidad profesional, del colectivo.

El análisis comparativo de las organizaciones sanitarias privadas y públicas muestra que existen diferencias relevantes, entre unas y otras, que influyen en el trabajo enfermero. En las organizaciones privadas las enfermeras/os soportan más carga de trabajo. Las condiciones laborales son negativas: no está instaurada la carrera profesional, es difícil reivindicar mejoras. Además de que las/os profesionales son polivalentes, para cuidar a las personas ante la alta variabilidad de la práctica médica, y ejercen con menor autonomía profesional. Soportan las exigencias de las personas usuarias, que, en ocasiones, van más allá de los propios cuidados profesionales. Uno de los factores que más repercute en el grado de satisfacción laboral de las enfermeras/os, son las diferencias jerárquicas que los médicos/as mantienen. Esa singular forma de relación profesional, provoca desigualdades que nada tienen que ver con la complementariedad de las diferentes prácticas asistenciales. Una línea de investigación comparativa a promover es precisamente acerca de la articulación del trabajo de ambos profesionales, en organizaciones sanitarias públicas y privadas.

Las enfermeras/os que se forman en gestión, parten de una motivación importante: mejorar la práctica enfermera. En la realidad cotidiana, el trabajo que realizan es complejo, y la situación jerárquica que ocupan esta influida por el poder médico. Pero estos factores no eximen, ni excusan a sus protagonistas del trabajo a realizar en esa área. Acceden a cargos de gestión después de años de experiencia en la asistencia directa a las personas. Por tanto están en situación de comprender los problemas que afectan a la realidad enfermera. Por ello deben poner en práctica formas creativas de organización, y planificación que ayuden avanzar profesionalmente al grupo profesional. El progreso profesional es sinónimo de calidad de la asistencia. Además si el colectivo profesional percibe en la práctica cotidiana, el esfuerzo real de las gestoras/es enfermeras/os, en promover estrategias de avance profesional los cambios positivos están asegurados. Los valores que deben potenciar y desarrollar las gestoras esencialmente son: *estéticos y de libertad*.

En proceso de cambio en Asistencia Primaria, se inicia en el año 1990 en cataluña. En ese proceso se construye un papel diferente de la práctica enfermera. Se manifiesta en que el centro de atención profesional de las enfermeras/os era hasta el año 1989, la atención a los médicos/as, y desde el año 1990, el eje de atención de las enfermeras/os es la asistencia a las personas. Ese proceso también desencadena cambios en el ejercicio

profesional médico, y es complejo ya que supone dejar espacio profesional a las enfermeras/os lo que no les resulta fácil, y perciben por parte de la profesión dominante (los médicos/as) como una pérdida de poder. Sin embargo, el cambio se mantiene, y el avance prosigue. Las enfermeras/os lo perciben como un reto y la consolidación de un nuevo espacio de ejercicio profesional. Enfermeras, y enfermeros autodidactas, motivadas/os, instauran una práctica en Asistencia Primaria, en beneficio, y para las personas usuarias. Las actitudes presentes y más consolidadas de la práctica enfermera en Asistencia Primaria son: la asunción progresiva de autonomía profesional, y la articulación de los cuidados con las personas y familias. Además del desarrollo de la creatividad. Estas actitudes se adhieren a los valores de *libertad, dignidad humana, altruismo y estéticos*.

Los valores y actitudes emergentes en la práctica enfermera actual, se articulan en la *relación de ayuda*. La identidad enfermera es el resultado de esa práctica. La práctica profesional experta, y el avance del colectivo profesional está unido al consenso y desarrollo de actitudes profesionales. Las actitudes y conductas profesionales, requieren de trabajo personal, y de equipo en un determinado contexto. Los valores profesionales emergentes identificados, tienen diferente peso específico, en el colectivo profesional. Los valores que se muestran esenciales son: los *altruistas y la dignidad de la persona*. Ostentan un alto grado de adhesión. El valor emergente en el sí del colectivo es el de la *libertad*, concretamente manifestado por la *autonomía* profesional. El avance de la profesión enfermera se relaciona directamente con la asunción de autonomía. La autonomía es necesaria para determinar y aplicar cuidados enfermeros propios. Se relaciona con la capacidad de valoración positiva, y alta de los cuidados, asumida por el colectivo profesional. Se identifican otros valores que presentan una adhesión desigual. Son los valores *estéticos, de igualdad, de justicia, de verdad y libertad*. Son valores en desarrollo, en los diversos espacios profesionales. Cuando la práctica profesional se centra en la persona y en los cuidados propios, estos valores en desarrollo experimentarán un alto índice de adhesión.

El análisis de las *imágenes enfermeras/os* en el propio colectivo, y de la percepción enfermeras/os sobre el impacto de algunos aspectos de la práctica médica, en la construcción de la imagen enfermera es un aspecto a considerar. Las imágenes enfermeras/os que se perciben desde el propio colectivo profesional, atienden a diversos factores: primero la imagen ideal trazada por las personas que quieren estudiar enfermería. Los rasgos esenciales que presentan son: es atemporal; cercana a las personas; se les supone un alto grado de responsabilidad; y se percibe a las enfermeras como una persona importante, comunicativa y comprensiva. Imágenes que desde el periodo de formación en las estudiantes, se van transformando y se convierten profesionalmente en más críticas hacia el propio colectivo profesional. A través de ellas se muestra el proceso de profesionalización del colectivo en el transcurso de las últimas décadas. De la imagen *técnica, subordinada, con escasa profesionalización*, y ligada a la *femineidad*, se desarrollan otras imágenes evolutivas y críticas, donde predomina la humanización. También reflejan la influencia de las organizaciones sanitarias privadas en la práctica enfermera, donde se mantiene la imagen subordinada. En este ámbito la jerarquización del estamento médico genera, entre otros factores, un trabajo individualizado de las enfermeras/os, alejado del deseable trabajo en equipo. Las imágenes actuales se relacionan con los cambios de orientación y el desarrollo de valores de carácter humanista. Emergen en el seno de la profesión, la conexión con los valores presentes en la relación de ayuda. Son los rasgos de cercanía a las personas

enfermas a los que atienden, los que dan sentido e identidad profesional. No obstante también sobresale la imagen *pasiva* de las enfermeras/os ante la sociedad. Las enfermeras/os deben construir una imagen que les guste, una imagen no impuesta, es decir, la imagen que ellas/os quieran dar. Que sean las enfermeras/os las que ayuden a forjar esas imágenes deseables y con prestigio social (Domínguez Alcón, 1984:72).

Las prácticas de las enfermeras/os en las diferentes etapas de la trayectoria profesional, están en parte influidas por un colectivo profesional muy cercano, los médicos/as. La percepción sobre distintas situaciones de la relación entre médicos/as y enfermeras/os, influye en la construcción de la imagen enfermera. Las personas antes de iniciar la formación enfermera, perciben en ocasiones, a los médicos/as como personas lejanas o ausentes. Priorizan la enfermedad, no a la persona enferma, en ocasiones perciben que les falta sensibilidad y comprensión hacia las personas enfermas. En las organizaciones privadas, los médicos/as ostentan estatus y poder. Son rasgos que al comparar con la práctica enfermera, potencian la imagen idealizada de ellas/os. Las/os estudiantes de enfermería mantienen una actitud crítica ante los profesionales médicos/as. En las décadas de los años setenta y ochenta, aprecian imágenes diferenciadas entre los estudiantes de medicina y residentes, y los médicos expertos. Mientras que los primeros las relaciones son de compañerismo, algunos médicos expertos abusan del poder, y perciben la infravaloración del trabajo enfermero. Otra forma de poder ejercida por los médicos/as es el paternalismo, pero este tipo de relación no es percibida como negativa por las estudiantes enfermeras/os. Las diferentes imágenes a partir de la década de los años noventa, se relacionan con el carácter de la institución sanitaria: pública o privada. En las organizaciones públicas aunque se trabaja en equipo, y los médicos/as empiezan una etapa de socialización profesional, se reproduce la desigualdad, no basada en las diferentes acciones profesionales de los dos colectivos. En instituciones privadas los médicos ostentan el poder, y lo manifiestan a través de las diferencias jerárquicas marcadas, y la subordinación de las enfermeras/os. Los médicos/as representan “el saber” ante los clientes.

Los rasgos de la práctica médica, que perciben las enfermeras recién tituladas, predominantemente se mantienen. Algunos aspectos facilitan la relación entre ambos colectivos como por ejemplo la juventud. Idealizan el saber médico. Sin embargo, las enfermeras/os expertas, manifiestan una actitud crítica en que predomina los aspectos negativos. Los rasgos más significativos son: El escaso trabajo en equipo; priorizan la enfermedad, no la persona enferma, especialmente acusado en los médicos/as especialistas; mantienen la relación de poder y desigualdad, incrementado en organizaciones privadas. Soportan mal el papel de “abogado” de las personas enfermas, que realizan las enfermeras/os, se perciben fiscalizados/as. Algunos médicos/as, especialmente los que cuentan con más de cuarenta años, escenifican el poder en la relación profesional: lenguaje de usted, desprestigio de la práctica enfermera, utilización de estereotipos de género, o mantienen una relación paternalista.

Los rasgos de la práctica médica son diversos, tienen en común que no satisfacen a las profesionales enfermeras/os. Esos elementos configuran la imagen desvalorizada de las enfermeras/os. La relación es de desigualdad, no de diferencia. Las enfermeras/os están en proceso de cambio, este proceso es percibido de forma desigual por el colectivo médico. Este hecho no favorece la adopción de medidas, a nivel general, para promover la relación profesional, basada en la colaboración. Sin embargo, las enfermeras/os avanzan en el proceso de profesionalización. Se debe partir de estrategias del propio

colectivo profesional enfermero, para que los diversos factores, relacionados con la práctica, puedan modificarse. No se debe esperar que la solución venga a través del colectivo médico, que prioriza la preocupación por otros aspectos de su práctica.

Los paradigmas profesionales evolucionan y cambian a través del proceso de profesionalización. Del estudio acerca de los espacios enfermeros, y su evolución se desprenden datos significativos. Son formas de ejercicio profesional que surgen, dando lugar a nuevas tipologías de los espacios profesionales, que se configuran y reflejan el proceso de transformación en las últimas décadas. Parten de las cuatro funciones básicas reconocidas en las áreas: Asistencial; Gestión; Docencia; e Investigación. Funciones que toda enfermera cuando finaliza los estudios esta capacitada para ejercer, pero que en relación con el lugar de trabajo que finalmente ocupa, cada una de esas funciones se desarrolla de diferentes formas. Algunas tienen mayor peso, o importancia que otras, dependiendo de la estructura, valores, cultura profesional y dinámica de cada institución, u organización en concreto. El escenario de modificaciones que se va implementando en los espacios enfermeros potencia la autonomía profesional. El cambio de paradigmas enfermeros, que es aún, por defecto, el biomédico, abre vías a la adhesión, y aplicación de los nuevos paradigmas impregnados de valores posmaterialistas.

La evolución de los valores enfermeros en el transcurso del siglo XX e inicios del siglo XXI, aunque es compleja, ayuda a entender la evolución enfermera, en especial las trayectorias del colectivo en nuestro país. El resultado de la encuesta “*Com ens veiem les infermeres*” realizado por el Consell Català (2000), permiten constatar una vez más, que la practica profesional, en los centros asistenciales, tiene como base dos modelos: los modelos enfermeros, y el modelo biomédico.

Una profesión es “una identidad, en un contexto y valores concretos”. Los valores profesionales fundamentan la identidad del grupo. Los cambios que se producen en el colectivo enfermero, son positivos para establecer una identidad enfermera capaz de conferir unidad al grupo, y generar un sentido de pertenencia de tal forma que cada enfermera se “sienta” enfermera, no solamente “trabaje como” enfermera. Son las personas que hacen la profesión, no es la profesión que por sí misma hace a la persona, de hecho es una interacción. El análisis de los cambios en un colectivo profesional, tiene un claro carácter positivo, aunque las variables de tipo económico pueden tener un impacto negativo relevante. El trabajo precario, y no estable que sufre mayoritariamente el colectivo enfermero más joven, hace peligrar seriamente el proceso de profesionalización de la práctica enfermera.

El cambio de valores que se produce de forma general, en la sociedad, tiene repercusiones en el sistema sanitario, influye en la cultura organizacional, tiene impacto en la practica de los profesionales sanitarios, en general, y en las/os enfermeras/os en particular. Las modificaciones que tienen lugar en la última década en la gestión sanitaria inciden en la redefinición de los espacios profesionales. Se observa un especial impacto en los espacios directamente relacionados con el colectivo enfermero. Los espacios emergentes, en la práctica enfermera, están relacionados con la consolidación de la práctica creativa, y la autonomía profesional. Los valores tradicionales en Enfermería dan lugar progresivamente a valores emergentes posmaterialistas. Aun se mantienen los valores tradicionales, que están influidos por el entorno de las organizaciones. Se constata igualmente la existencia de factores potenciadores y/o

limitadores del cambio, según los diferentes contextos de la práctica profesional. A principios del siglo XXI los paradigmas enfermeros inician un proceso de mantenimiento y consolidación. El proceso aún no es general a nivel de todo el colectivo. Las experiencias de otros países, por ejemplo Inglaterra, Canadá, entre otros, muestran como algunos factores relacionados con entornos de trabajo inciertos y precarios pueden poner en peligro el proceso de profesionalización en Enfermería. Aunque este hecho puede suponer limitaciones en el avance en algunos contextos, el reconocimiento de la aportación enfermera a la salud de la población es intenso, continuado y amplio. Los esfuerzos que desde diferentes instancias, y desde la propia profesión se realizan para cuantificar y hacer visible la aportación esencial, y única de Enfermería a la salud de la población, así lo evidencia y hace patente, aunque es necesario e importante proseguir en ese camino.

Los Sistemas de valores en Enfermería en la práctica enfermera actual, en España y en Catalunya esta basada en dos valores fundamentales: *los altruistas y la dignidad humana*. La capacidad de los valores de generar convicciones, ideas firmes, lleva a adoptar actitudes. Las actitudes que imprimen valor al altruismo son: *la ayuda a las personas, convicción firme y general unida al cuidar; la compasión*, que consiste en percibir como propio el sufrimiento ajeno, generando la capacidad de *comprensión y acción*. Se relaciona con la *conducta ética*. El *compromiso*, se desprende del valor altruista, genera: *decisión y vocación*. Nociones que desarrollan en las profesionales enfermeras/os un profundo espíritu de servicio y disponibilidad. La última actitud relacionada al valor altruista, es la *splencia*, relacionada con la acción y efecto de “hacer por” la persona cuando está en estado de vulnerabilidad. El segundo valor es el de la *dignidad de la persona* receptora de cuidados. Es el eje en el que se sostienen la práctica profesional. Las actitudes que le dan significado y valor son: *la humanidad*, porque distingue en las personas su naturaleza y esencia. La humanidad en la que se funda el valor incondicional del ser humano, de su libertad y dignidad. El *respeto* orienta hacia las personas, no como medios útiles al servicio de las/os profesionales, para alcanzar sus finalidades, si no como entidades que deben ser cuidadas. La *paciencia* es otra actitud que genera el valor de la dignidad humana, y que esta relacionada con la *capacidad de aceptar el ritmo* de la realidad, y el tiempo del otro. La *escucha*, actitud de dar valor a la persona, de reconocer que la persona vale, y que merece ser atendida y respetada. La *privacidad, la intimidad* actitudes intrínsecamente unidas a la naturaleza de la persona, y relacionadas con la práctica profesional de cuidar. Finalmente la actitud de *confidencialidad*, capacidad de guardar secretos, capacidad de preservar la vida íntima de la persona, es decir su privacidad, su universo interior (Torralba, 2001, 2002; Ferrater, 1994; Otfried, 1994⁹).

Un valor emergente es el de *la verdad*. Se desarrolla en la práctica profesional experta. Se necesita solidez, reflexión y coraje para *saber estar, y saber hacer* en cada una de las múltiples situaciones cotidianas que implican posicionamientos éticos, y respuestas acordes con el grado de responsabilidad que les confieren sus competencias. El valor de *la libertad* tiene dos dimensiones significativas. La primera potencia el objetivo profesional de orientar los cuidados enfermeros hacia la independencia y autonomía de las personas. Es una conducta profesional emergente en el seno del colectivo. Aunque requiere trabajo y reflexión, y elaboración en el equipo, para establecer criterios aplicables al quehacer diario. Otra dimensión de ese valor, es *la autonomía profesional*

⁹ La descripción de las actitudes se apoya en los estudios de estos autores señalados.

en las decisiones sobre cuidados propios, opción ejercida por las enfermeras/os. Si en la década de los años ochenta la autonomía es ejercida a nivel individual por algunas enfermeras, en la actualidad se reconoce el carácter emergente del término. La autonomía profesional va unida a la asunción y aplicación de nuevos paradigmas de cuidados.

Un valor que se manifiesta debilmente es el *estético*. Es un valor unido a la creatividad. Actualmente la articulación, y planificación de la atención a las personas, gira entorno al modelo dominante y hegemónico: el biomédico. Aunque en la historia profesional anteriormente al siglo XX, las enfermeras/os organizaban todas las tareas en el hospital. Cuando las propias enfermeras/os den valor a la estética del cuidar, serán capaces de hacer llegar sus propuestas y opiniones profesionales, a la organización sanitaria. Este valor en la práctica promueve una imagen positiva del cuidar. Crear espacios cálidos, donde las personas no pierdan su identidad por el hecho de estar en situación de vulnerabilidad transitoria. El valor de *la igualdad* se relaciona con la actitud de *acercarse al otro, aceptar* a la persona con vulnerabilidad. Finalmente un valor emergente es el de *la justicia*. Implica posicionamiento, y responsabilidad en múltiples situaciones complejas de la práctica enfermera. Requiere de un trabajo personal y de equipo previo, para que establezcan criterios sobre conductas profesionales.

Los valores, y las actitudes emergentes en el seno del colectivo, necesitan ser desarrolladas de forma personal, y en equipo. Con métodos reflexivos que ayuden a establecer criterios que puedan implementarse en la práctica profesional. La asunción de esos valores no se puede dejar al azar, debe haber un compromiso individual, y colectivo, para obtener resultados al nivel de lo que la sociedad demanda actualmente. Otro aspecto fundamental, unido al desarrollo de los valores emergentes, es mantener a lo largo de la trayectoria profesional el *equilibrio personal*. Es un rasgo potente y nuclear. Exige de trabajo personal, y de equipo, potenciado, promovido y facilitado por las organizaciones sanitarias. Manifiesta toda su potencia en la frase "cuidarse para cuidar" (Gracia Guillen, 2004). Las enfermeras y enfermeros en la medida que valoran cuidarse, añaden valor a su trabajo. Cuidarse en todas las vertientes: biológica, psicológica y social.

Si las enfermeras y enfermeros continúan, en el futuro inmediato al mismo ritmo el avance profesional, que en las últimas cinco décadas, el ámbito de la salud verá incrementada la calidad, avanzando hacia la excelencia. No se puede obviar que las enfermeras/os son el colectivo profesional más numeroso del sistema sanitario, y ejercen en los diversos ámbitos de la salud. Las gestoras enfermeras deben asumir la responsabilidad de gestionar no solo el *colectivo profesional*, si no la *estructura y articulación de los cuidados* en las organizaciones sanitarias. Atendiendo a la historia de la sanidad, y específicamente la historia de las organizaciones hospitalarias, el futuro de estas instituciones puede modificarse. La aportación enfermera es una aportación desde la globalidad, esta es su especificidad. Los criterios científicos positivistas de la medicina, no pueden ser los únicos que organicen la asistencia sanitaria en un centro. Las enfermeras y enfermeros están capacitadas para poder articular los cuidados en el conjunto de la asistencia.

La reflexión y debate profesional, a principios del siglo XXI, gira alrededor de diez ideas hacia la práctica de la excelencia:

1. Convencimiento de que los cuidados que aplican las/os enfermeras/os, a las personas tiene un valor y una fuerza terapeutica en si misma.
2. Pensar globalmente para actuar localmente. Las situaciones concretas de la practica profesional llenas de obstáculos, no han de impedir ver la evolución profesional positiva de forma global.
3. Desde una clara identificación de las competencias enfermeras/os, potenciar el trabajo interdisciplinar.
4. Demanda de mejora de la precariedad laboral, basada en la evidencia práctica.
5. Contribuir a generar conocimiento aplicable a la práctica.
6. Crear forums de discusión formales para llegar a consensos en el lenguaje profesional.
7. Adoptar en la practica asistencial los paradigmas de cuidados, signo que nos identifica del resto de los profesionales.
8. Mejorar la imagen social del colectivo, haciendo visible y convincente nuestra práctica.
9. Fortalecer los vínculos profesionales para generar el sentido de pertenencia al colectivo profesional.
10. Fortalecer la asunción de valores profesionales.

Para concluir en la presente investigación se manifiestan nítidamente los valores profesionales mantenidos, y desarrollados en el transcurso de las trayectorias enfermeras/os. Son valores que las personas que inician el proceso de socialización profesional, tienen integrados. En la formación y trayectoria profesional, se muestran valores escasamente desarrollados por el colectivo profesional. Puede subrayarse entre ellos, el valor de la *libertad*, que genera la autonomía profesional. Es una actitud que se desarrolla especialmente en las últimas décadas. Los demás valores profesionales que completan el marco de referencia son: los estéticos, la igualdad, la justicia y la verdad. El avance profesional, la asunción de la identidad fuerte esta unida a la concienciación, progresiva de esos valores, todavia menos desarrollados en el conjunto de todos los valores y actitudes presentes de las enfermeras/os y enfermeros.

10

BIBLIOGRAFÍA

10. Bibliografía

Abad, F, et al. (2002) “Aproximación a la insatisfacción profesional en enfermería: revisión teórica” *Enfermería integral* (21):pp.74.

Abbott, Andrew (1988) *The System of Professions: An essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Abdel, Hend (1983) “Devenir infirmière et l’être” pp.182-203 en *Journées de Perfectionnement: Valeurs, identité et pratiques infirmières*. Paris: Centre Chrétien des professions de Santé.

Acamer Raga, F, et al. (1997) “Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en Atención Primaria”, *Atención Primaria*. 20 (8): pp.19-31.

Acosta Suarez, Gloria, y Judith Sanchez Garcia (1997) “La imagen de la enfermería: una aproximación cualitativa a partir de la opinión de los nuevos matriculados”pp. 487-495 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVIII Sesiones de trabajo de la Asociación de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Agudo Polo, Santiago, y Juan Luis Gonzalez Pascual (2002) “Consulta de enfermería a demanda: ¿por qué acuden los usuarios?” *Enfermería Clínica*. 12 (3): pp. 104- 108.

Aguilar, M^a del Carmen, y Miguel Angel Garcia (2004) “Valores hacia el trabajo del personal de enfermería” *Index de enfermería* (44-45):pp. 9-13.

Alberdi Castell, Rosa María

(1988) “Sobre las Concepciones de la Enfermería” *Rol de Enfermería*. XI (115): pp 25-30

(1997) ” Mujeres enfermeras en España. Una historia de márgenes”. *Rol de enfermería*. (223):pp. 64-70.

(2001)” El compromiso de las profesiones sanitarias ante la sociedad del siglo XXI”pp.67-74, en *Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI su influencia en la practica enfermera*. XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

Alberdi Castell, Rosa María, y Berta Artigas Lelong (2003) “Guias para implantar la metodología enfermera” *Rol enfermería* 26(9):pp. 645-646.

Alberdi Castell, Rosa María, y C. Lopez Fernandez, (2004) “Espacio enfermero vs espacio europeo. El difícil puente entre la docencia y la asistencia en la nueva Europa” *Rol de enfermería*. 27(10):pp. 712-716.

Alfaro, Juan (1988) *De la cuestión del hombre a la cuestión de Dios* Salamanca: Signama.

American Association of Colleges of Nursing (1995) *Model for differentiated Nursing Practice* Washington: American Association of Colleges of Nursing.

Amezcuca, Manuel

(1995) “La enfermera y los niños” *Rol enfermería* (207):pp. 23-29.

(2002) “ Universalizar el conocimiento enfermero” *Index de enfermería*, XI (39): pp.7-8.

(2003) “25 años, y un futuro por delante. A proposito de la integración de la enfermería en la Universidad española” ” *Index de Enfermería* XII(40-41): pp.9-10.

Anguiano Rodriguez, R et al. (1997) “Las enfermeras y su percepción del rol profesional: imagenes para la reflexión” pp.263-270 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Arcas Ruiz, Pilar (1997) “Educación e investigación en Enfermería” *Enfermería Clínica*. 7 (2): pp. 48-49.

Arroyo, M^a del Pilar

(1994) “Certezas e incertidumbre: un analisis de la situación profesional”pp.15-26

Innovaciones en enfermería: Construyendo Cultura profesional.XV Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Barcelona:AEED

(2003)“La ética del cuidado y la ética del cuidar” *Metas de enfermería*,(53):pp.3

Artigas, B. et al. (1998) Disenyant el futur professional: la interrelació entre la infermeria comunitaria i especialitzada. *Bioetica y Debat*. IV(14): pp. 2- 7.

Ávila, Nuria, y Josep Rodríguez, (1998) “Cambios en la estructura y práctica de la profesión de abogado”, *Dossier de Profesiones y expertos sanitarios*. Doctorado Ciencias Sociales y Salud. Curso Académico 98/99. Universitat de Barcelona.

Bermejo, Luis (2004) “Precariedad en el empleo” *Enfermería facultativa* (77): 6-7.

Benavente Sanguino, M^aJ, y M. Morgado Villaverde (1997) “¿Que imagen tienen los médicos de las enfermeras españolas?”pp.335-350 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Benner, Patricia (1987) *Práctica progresiva en enfermería*, Barcelona: Grijaldo

Bernat, Ramona, et al. (2003) *El tutor d'infermeria* Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Blasco Santamaria, Rosa, y Pilar Antón Almenara (1992) “ La enseñanza de enfermería: ¿avance o retroceso? “ pp.66-77. *Enfermería: realida en crisis* Duodécimas Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, A Coruña: AEED.

Boittin, Isabelle (2002) “Etudiants en soins infirmiers de deuxième année: crise identitaire” *Recherche en soins infirmiers* (68): 66-92.

Bonafont Castillo, Anna (1997) “Acompanyar les infermeres cap a la professionalització”, *Butlletí de l' Associació d'exalumnes de l'Escola d'infermeria Santa Madrona*. (74 9): pp:32-34.

Bosh, Esperança et al. (2003) *Enseñanza y feminismo. Feminismo en las aulas*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Brint, Steven (1992) “Profesiones y Mercado”, (Traducido por Duck, María. Revisado por Josep Rodriguez) *Revista española de Investigaciones Sociológicas* (59/92): pp. 161-203.

Buresh, Bernice, and Suzanne Gordon (2001) *From silence to voice: what nurses know and communicate to the public*. New York: Cornell University Press.

Buxo Rey, Jesús (1994) “Construir culturas profesionales” pp. 125-136, en *Innovaciones en enfermería: Construyendo Cultura profesional*. XV Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Barcelona:AEED

Cabanas, Mercedes, et al. (2002) “Estudio del clima laboral de los profesionales de enfermería de una hospital gallego” *Enfermería Científica*. (238-239): pp.40-44.

Cabrero Garcia, J (1997) ” La investigació en infermeria” *Mètode*. (18): pp.10-11.

Camps, Victoria

(1993) *Virtudes Públicas*. Madrid: Espasa Calpe

(1998) *El siglo de las mujeres*. Madrid: Cátedra.

Cano, M.A, et al. (1996) ”¿Está quemada la enfermería?: Síndrome de burn-out” *Enfermería Intensiva* 17 (4): pp:138-146.

Cano-Caballero Galvez, María Dolores (2004) ”Enfermería y género” *Index de Enfermería XIII* (46): pp.34-39.

Carbelo, Begoña, y Ena Barroso (2002) “El humor como rasgo: un sondeo de las opiniones en una muestra de estudiantes de enfermería” *Enfermería Clínica*. (244- 245): pp.82-87.

Carmona Monge, F.J. et al.

(2002)”Clima social laboral y síndrome de Bournout en profesionales de enfermería” *Enfermería Científica*, (58): pp.57-60.

(2002)”Relaciones entre el Síndrome de Bournout en profesionales de enfermería. Factores sociodemograficos y reactividad al estrés” *Enfermería Científica*, (238-239): pp.33-39.

Cartaña, Jorge (1997) “Anàlisis de la política Sanitaria. El proceso de reforma de la sanidad” *Revista del col.legi d’infermeria-Barcelona* (10):pp.54-56.

Casanovas Calvet, Isabel et al.(1997) “ Opinión del usuario sobre el desempeño del rol de la enfermera/o en CAP reformados” pp.143-154 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Centro para Estudio del Cambio Social (CECS).

(1999) Informe España 1998. Madrid: Fundación Encuentro.

(2000) Informe España 2000. Madrid: Fundación Encuentro

Chamizo Vega, Carmen (2004) "La perspectiva de género en Enfermería" *Index de Enfermería*. XIII (46): pp.40-44.

Chabot, Jacqueline, Bineau, Jacques (1984) "L'identité professionnelle de l'infirmière" *Journées de Perfectionnement: Valeurs, identité et pratiques infirmières*. Paris: Centre Chrétien des professions de Santé.

Cires, *La realidad social en España (1995-96)*. (1997) Madrid: Coedición con Fundación BBV; 1997.

Cohen, Helen (1988) *La enfermera y su identidad profesional* Barcelona: Grijalbo.

Col.legi Oficial d'infermeria Barcelona (2003) "Enquesta d'opinió"

Colliere, Françoise (1996) "Cuidar...asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida" *Index de enfermería* V(18):9-14.

Coller, Xavier (2000) *Estudio de casos* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Colomar Pueyo, Gerardo (1997) "El nuevo Código Penal y los profesionales de enfermería" *Enfermería Clínica*. 7 (1): pp.31-33.

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (2000) *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería

Consell de Col.legis d'Infermeria de Catalunya.

(2001). Com ens veiem les infermeres. *Papers d'Infermeria*. (5): pp.4-5.

(2004)) *Pla Estrategic (2001-2004)* Barcelona: Consells de Col.legis d'Infermeria de Catalunya.

Consell Assesor d'infermeria (1998) *La professió d'infermeria* Catsalut. Generalitat de Catalunya.

Coller, Xavier (2000) *Estudio de casos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas

Cortina, Adela, y Jesús Conill (2000) *10 palabras clave en Etica de las profesiones*, Estella (Navarra): Verbo Divino.

Creus, Mariona (2005) "Éxodo de enfermeras" *La Vanguardia* 31/01/2005, Sección: opinión.

Decret 84/85 de 21 de Març *Reforma d'Atenció Primaria de Salut*. (DOGC, 527 (1) del 10 d'abril de 1995)

Decret 129/90 de 28 de maig (DOGC, 1301 del 6 de juny de 1990).

Decret 140/ 1995 del 18 d'abril (DOGC, 2045 del 4 de maig de 1995).

Delgado, J.M, y J. Gutierrez, (1999) *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* Madrid: Síntesis.

De la Peña, E, et al. (2002) "Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del àrea de Badajoz" *Enfermería Clínica* 12 (2): pp.59-64.

De la Peña, E, et al. (2002)"Síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en los profesores de enfermería del centro Universitario de Mérida" *Metas de enfermería*, (42): pp.16-20.

De los Santos Alfonso, Jose Manuel (1996-7) "Reflexión sobre la palabra enfermería", *Hiades*, (3-4): pp.11-16.

De Mendoza, Hermoso, y R. Zapata (2004) "Absentismo asociado al síndrome de burnout" *Mapfre medicina* 15(3):pp.193-198.

De Miguel, Amando (1997) *La sociedad española*. Madrid: Complutense.

De Miguel, Jesús M.

(1978) *Sociología de la medicina*. Barcelona :Vicens Vives.

(1983) *Estructura del sector sanitario*. Madrid:Tecnos.

(1985) *La Salud pública del futuro*. Barcelona:Ariel.

(1990) "El futuro de las profesiones Sanitarias" *JanoXXXVIII* (909):pp.25-31

(1994) *Salud y sanidad* Madrid: Fundación Foessa

(1998) *Estructura y cambio social en España*. Madrid: Alianza.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. (2003) *Encuesta a los usuarios del Sistema Sanitario público* Generalitat de Catalunya.

De Pedro Gomez, Joan Ernest et al. (2004) "Las organizaciones ¿favorecen o dificultan?. Una práctica enfermera basada en la evidencia?" *Index de Enfermería XIII* (44-45): pp.26-31.

Derisi, Octavio (1979) *Max Scheler. Ética Material de los Valores*. Madrid: Magisterio Español. Colección Crítica Filosófica.

Diaz, M Martín, C et.al. (2002) "Sistema de valores y concepción cultural de los Supervisores de Hospitales". *Index enfermería*. (39): pp.20-23

Díaz Sanchez, Agustina (2003) "Crítica filosofica sobre el corpus doctrinal de la enfermería" *Metas de enfermería* (58): pp.57-60.

Diez Nicolas, Juan, y Ronald Inglehart (1994) *Tendencias Mundiales de cambio en los valores sociales y políticos*. Madrid: FUNDESCO.

Dominguez Alcón, Carmen, Josep A. Rodriguez, y J.M. De Miguel, (1983) *Sociología y enfermería* Madrid: Pirámide.

Dominguez Alcón, Carmen.

(1981) *La enfermería a Catalunya*. Barcelona: Rol.

(1984) “Imagen de la enfermera en la sociedad” *Rol de Enfermería* (83): pp.66-72.

(1986) *Los Cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.

(1989) “La percepción del cuidar”. *Rol de Enfermería* (127): pp.25-27.

(1990) *Estudi dels Recursos Humans: La infermeria a Catalunya*. Barcelona: Unió Catalana d'Hospitals.

(1990) “Feminización de las profesiones sanitarias”, *Jano*. XXXVIII (909):pp.69- 74.

(1990) Documento de Trabajo sobre valores enfermeros. Consell Assesor d'infermeria. Barcelona.

(1998) Documento de Trabajo sobre la profesión enfermera. Consell Assesor d'infermeria. Barcelona.

(2001) “El compromiso de las profesiones sanitarias ante la sociedad del siglo XXI”. *Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI su influencia en la practica enfermera*. XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid:Fundación Mapfre Medicina. pp. 58- 66.

(2001) *Construyendo el equilibrio. Mujeres, trabajo, y calidad de vida*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

(2004) *Conciliación y empleabilidad* Barcelona: Diputación de Barcelona. Proyecto EQUAL. Comunidad Europea.

Domínguez Amorós, M. y A. Coco Prieto (2000) *Tècniques d'investigació Social*, Barcelona: Universidad de Barcelona .

Donner, G.J, y M. M. Weler (2001) “ Career planning and development for nurses: the time has come” *International Nursing Review* (48):pp. 78-84.

Duarte, Gonzalo, y Armando Aguirre (2003) “Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios” *Enfermería Clínica*, 13(1):pp.7-15.

Duran Escribano, Marta

(2002) “Volver al futuro. Un homenaje a los 25 años de enfermería en la Universidad” *Rol de enfermería*, 25(1):pp. 22-30.

(2004) “ El poder de los valores. Una cuestión de profesionalidad” *Rol de enfermería*, 27(3):pp.191-200.

(2004) “¿Que he hecho yo para merecer esto? Europa, tan cerca y tan lejos” *Rol de Enfermería* 27(10): pp.660-662.

Eco, Umberto (1996) *Como se hace una tesis*. Barcelona: Gedisa.

Elvira Abdala, Margarita (1997) “La Licenciatura en Enfermería”. *Enfermería de la Infancia y Humanidades* (4): pp.34-35.

Elorza, M^a Isabel et al. (1997) “Enfermería, una imagen dinámica” pp.317-324 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Eseverri Chavarri, Cecilio (1995) *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. Madrid: Universitat.

Esteban Fernandez, MA “ Enfermería: autopercepción profesional y social” pp.225-236 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Esteve i Ortiz, Carme et al. (1993) *Aula d'Atenció Primaria*. Barcelona: Institut Català de la Salut ICS.

Fajardo Trasobares, M^a Esther, y Concha German Bes (2004) “Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles” ” *Index de Enfermería XIII* (46): pp.9-12.

Fernandez Ferrín, Carmen, et al. (1995) *Enfermería Fundamental* Barcelona: Masson.

Fernandez, M.Luz, et al. (1992) “La primera experiencia de la profesión enfermera” pp. 468-482, Madrid: Asociación española de Enfermería Docente; *Duodecimas Sesiones de trabajo de la AEED*.

Fernandez Lamelas, Eva (2002) “La investigación en el currículum de enfermería. Grado de influencia y límites de la enfermería basada en la evidencia” *Enfermería Clínica*.12 (4):pp.182-187.

Fernández Lamelas, Eva, y Rosa Capellas Prat (1997) “Evolución histórica de las evaluaciones de prácticas clínicas de las alumnas de enfermería. Escuela Creu Roja 1939-1996” pp. 401-412, en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVIII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Ferrater Mora, J.(1994) *Diccionario de filosofía*. Barcelona: Ariel Referencia.

Ferrer Cano, F. (2001) “ Estrés en profesionales de enfermería de nueva incorporación” *Rol de Enfermería* 24(3): pp.177-180.

Fisher, Helen (2000) *El primer sexo. Las capacidades innatas de las mujeres y como estan cambiando el mundo*. Mexico: Taurus.

FOESSA (1994) *Quinto informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Fundación Foessa

Fornés Vive, Joana, et al.(2001) “Ansiedad-estrés en enfermería” *Rol de Enfermería* 24 (1):pp.51-56.

Forrest, Darle (1989) “The experience of caring” *Journal of Advanced Nursing* (14): pp.815-823.

Frankl, Viktor E. (1990) *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Freidson, E.

(1978), *La Profesión médica*. Barcelona: Península.

(1994) “La teoría de las profesiones: Estado del arte,” Professionalism Rebound Theory, Prophag and Policy, *The University of Chicago Press*, pp:13-29

Galindo, Antonio, et al. (2002)“Opiniones de enfermeros y médicos de Atención Primaria sobre la organización y las funciones de enfermería” *Enfermería Clínica*, 12(4):pp.689-696.

Galvez Toro, Alberto, et al. (2003) ”Impacto 2002 de las revistas Españolas de enfermería y su evolución en los últimos diez años” ” *Index de Enfermería XII* (42): pp.73-77.

Galvez Toro, Alberto (2003)”Actualidad de la enfermería basada en la evidencia” *Index de Enfermería XII* (40-41): pp.7-8.

Garcia Padilla, FM, et al. (1997)” Enfermería como noticia. Estudio de las noticias aparecidas en la prensa durante los años 1990/92”, *Enfermería Científica*.(180- 181): pp.68-74.

Garcia Bañón, Ana M^a, et al. (2004) “La enfermera vista desde el género” *Index de Enfermería XIII* (46): pp.45-48.

Garcia Martín-Caro, Catalina, y M^a Luisa Martínez Martín (2001) *Historia de la enfermería. Evolución histórico del Cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt internacional

Garrido Abejar, Margarita (1997) “ Las enfermeras: autoimagen y proyección social” pp.33-58 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Gasull, Maria, et al.(2002) “Autonomia y consentimiento informado en centros sociosanitarios en Catalunya. Percepciones de ancianos y enfermeras en España (III)”, *Enfermería Clínica*.12 (1):pp.6-12.

German Bes, Concha

(2004) “Tuning Sintonia enfermera para el espacio europeo de educación superior” *Rol de Enfermería* 27(10): pp.31-39.

(2004)”Género y enfermería” ” *Index de Enfermería XIII* (46): pp.7-8.

Godall Castell, María

(1996) *Biología humana: fonaments biològics per a Diplomatures en Ciències de la Salut*, Barcelona: Proa, Universitat Ramon Llull

(2003)”La formación superior en enfermería del profesorado enfermero de las escuelas universitarias de enfermería” *Enfermería Clínica*.13 (1): pp.26-31.

Gonzalez Cabezas, Rosa M^a (1997)“ La evolución de la imagen enfermera desde la perspectiva profesional” pp.249-260 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Goulet, Celina, Sylvie Lauzón, y Nicole Ricard (2003) “Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto” *Enfermería Clínica*.13(1):pp.48-52.

Gracia Guillen, Diego (2004) “ Medice, cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios” *Labor Hospitalaria* 4(274): pp.89-142

Grinspun, Doris (2002) ”Conferencia en el marc de presentació del Pla Estrategic d’Infermeria de Catalunya 2001-2004”. Barcelona: Consell Català de Col.legis de Catalunya.

Grupo de Fomento y Apoyo a la investigación y formación de enfermería Instituto de Salud Carlos III(1997)“Investigación en enfermería. Informe y recomendaciones del Comité Europeo de Salud”, *Enfermería Clínica*. 7 (5): pp.32-39.

Grupo de Trabajo del Centro Coordinador REUNI para la investigación de Enfermería (1997) “Investigación Clínica de enfermería en la Red de Unidades de Investigación”, *Enfermería Clínica*. 7(1): pp.25-29.

Güell, Oriol (2004) “Los problemas de la enfermería” *El Pais*, 30/05/2004

Guevara, Jesus M^a, Requena, M^a Dolores (2002) “Filosofía de la calidad en enfermería Clínica” *Enfermería científica*,(240-241): 93-96.

Guilera, Amelia (1994) *El personal d’infermeria de l’Institut Català de la salut*, Barcelona: Institut Català de la Salut.

Guillén F, Mauro

(1990) “Profesiones y burocracia: Desprofesionalización y poder profesional en las organizaciones complejas” *Revista española de investigaciones sociológicas (Reis)* (51/90) pp: 35/51.

(1992) “El sistema de profesiones: el caso de las profesiones Económicas en España”*Revista española de investigaciones sociológicas* (59/92) pp: 243-259.

Haro, J.M et al. (2003) “Epidemiology of mental disorders in Spain: methods and participation in the ESEMed- Spain project” *Actas Esp psiquiatria*, 31(4):pp182-191.

Haro- Encinas, Jesus Armando (1996) “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud” pp. 101-161, en Perdiguero, E, Comelles, J.M *Estudios entre la antropología y medicina*. Barcelona: Bellaterra.

Havens, Donna, et al. (2002) “Entorno clínico de la enfermera hospitalaria” *Enfermería Clínica*; 12(1):pp.13-21.

Hempel, Carl G.(1966) *Filosofía de la ciencia natural* Madrid: Alianza Editorial.

Henderson, Virginia (1971) *Principios basicos de los cuidados de enfermería* Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería

Herbert, Spencer “Origen de las profesiones”, Presentación (Josep A. Rodriguez), cap1, 12. *Revista española de investigaciones sociológicas* (59/92) pp: 313-325

Hernandez Martín, F, et al.(1997) “La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional” *Cultura de los Cuidados*, I (2): pp.21-35.

Hospital Ibañez, M^aLuz, Reyes Guallart Calvo, Reyes (2004) "Humanización y tecnología sanitaria" *Index de Enfermería* XIII(46): pp.49-53.

Información estadística de l'assistència Hospitalaria a Catalunya. (2002) Barcelona: EESRI

Inglehart, Ronald.

(1991) *El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas* Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas.

(1998) *Modernización y Posmodernización*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas CIS.

Instituto Superior de Acreditación para el desarrollo de la Enfermería y otras Ciencias de la Salud. *NIPE*.(2002)Madrid: ICECS

Irigoyen Sanchez-Robles, J.(2001) "Valores y necesidades de la sociedad del siglo XXI" pp.3-12 XXI Sesiones de Trabajo. Asociación de Enfermería Docente *Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI su influencia en la practica enfermera*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

Jaramillo, L.Guillermo, Pinilla, C.Alberto, et al. (2004) "Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud" *Index de Enfermería* XIII (46): pp.29-33.

Jovell Fernandez, Albert

(1992) "Crítica de libros: Abbott,a. *The System of Professions: An essay on the Division of Expert Labor* (Chicago, Chicago University Press,1986; Freidson,E. *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge* (Chicago, Chicago University Press, 1986); Larson S. M. *Therise of professionalism: A Sociological Analysis*, (Berkeley, University Press, 1979)" *Revista española de investigaciones sociológicas*, (59/92): pp.355-363.

(2001) "El futuro de la profesión médica: análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI" *Educación Médica*.5 (2):pp.73-75.

Kérouac, Suzane et al.(1996) *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

King, Gary, Robert Keohane, y Sidney Verba, (2000) *El diseño de la investigación social. La inferencia científica en los estudios cualitativos*. Madrid: Alianza Editorial.

Latorre Fernandez, Isabel (2002) "Las prácticas asistenciales en el curriculum de enfermería" *Enfermería Científica*, (242-243): pp.50-54.

Lea, A., Watson, R, et al.(1998) "Caring in nursing: a multivariate analysis", *Journal of Avanced Nursing*, (28): pp.662-671.

León Lopez, R. et al. "¿Que valores y actitudes predominan en los futuros profesionales de enfermería? pp. 155-156, en *Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI su influencia en la practica enfermera*. XXI Sesiones de Trabajo.Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

- Lewis, Hunter (1998) *La cuestión de los valores humanos*, Barcelona: Gedisa.
- Ley General de Sanidad* (1986)14/86 del 25 d'abril. BOE (102) del 29 d'abril.
- Ley de Ordenación de las Profesion Sanitarias* (2003) BOE (44/2003), 19 de noviembre.
- Libre Blanc de les Professions Sanitaries* (2003) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Llimona, Jordi
(1996) *Viure* Barcelona: Edicions 62.
(1997) *La tolerancia i els seus fonaments*. Barcelona: Edicions 62.
- Lluch Canut, M^a Teresa (2004) *Enfermería psicosocial y de salud mental: marco conceptual y metodológico*, Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona, DL
- Lopez Alonso, Sergio R. (2004) "Hospital magnético, Hospital excelente" *Index de enfermería* XIII(44-45):pp.7-8.
- Lopez, MC, Inglaide, M et al. (1998) "Autopercepción del Rol enfermero en Atención Primaria. Madrid" *Metas de enfermería* (8)12-17.
- López Ruiz. Julia (2003) "Instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros:toma de posición" *Enfermería Clínica*;13(4):pp.227-236.
- Lopez Cid, Juan Jose (1997) " Enfermería con el futuro" *Enfermería Intensiva*, 8 (1): pp.1.
- Luypen,W (1967) *Fenomenología existencial* Mexico: Carlos Lohlé.
- Marchal Escabias, M et al. (1997) "La representación simbólica- instrumental de la profesión enfermera como agente distorsionador de nuestra imagen social" pp.117-134 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.
- Marco, Amparo, et al. "Integrar el rol de enfermería en nuestra práctica diaria" (2003) *Rol de enfermería*, 26(4):pp.272-276.
- Mariano Juarez, Lorenzo(2002)"La autonomía de los cuidados: competencias y responsabilidades en enfermería" *Enfermería científica*, (240-"41): pp.48-51.
- Marías, Julian ,(1998) "*Historia de la filosofía* Madrid: Alianza Editorial, 7^aed.
- Marriner, Ann (1989) *Modelos y Teorías de Enfermería*, Barcelona: Rol.
- Martin, Elena, Garcia, Francisca, Sanchez Pedro "La profesión enfermera a lo largo de 14 años de modelo de Atención Primaria" *Metas de enfermería* (14):pp.31-35.

Martinez Riera, J.R. (2004) "Salir del armario. La difícil decisión de asumir una nueva identidad. De ATS a enfermera" *Rol de Enfermería* 27(10): pp.698-704

Martinez Sanchez, Carmen María (2003) "Calidad de la Atención Hospitalaria y dotación de enfermeras" *Index de Enfermería*, (42): pp.78-81.

Medina, Jose Luis (1999) *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería* Barcelona: Laertes

Meleis, Afaf (1992) "El progreso del pensamiento teórico en la disciplina de enfermería" *Internacional Perspectivas on nursing* pp.1-12

Mendoza de la Rosa, MB et al. (1997) "Un análisis sobre la construcción de la identidad profesional de enfermería" pp.281-292 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Minguéz, Jorge, Minguéz, Inmaculada (2001)"Historia de la enfermería comunitaria. Una historia reciente: la consulta de enfermería" *Hiades*, (8):pp. 479-486.

Ministerio de Educación, cultura y deporte (2003) *La integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior*. Documento marco. Madrid.

Mintzberg, Henry,

(1992) *El Poder de la organización*. Barcelona: Ariel economía.

(1998)*La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel economía

Mompart, Mari Paz.

(1996)" Las enfermeras del envejecimiento, el envejecimiento de las enfermeras", *Gerokomos*, VIII (19): pp.3-10.

(1999)"La situación en enfermería"pp.493-512 *La formación de los profesionales de la salud* Bilbao: BBV

(2004) "Rebelión en las aulas. De las escuelas de ATS a las universitarias de enfermería" *Rol de Enfermería* 27(10): pp.646-656.

Monras Viñas, P. (2002) "Mas alla del acto clínico. Rol y responsabilidad de las profesiones sanitarias en las organizaciones asistenciales modernas" *Rol de Enfermería* 25(9): pp.60-64.

Moreno, M. y De Miguel A. (1982) *Sociología de las profesiones*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Muñoz, MªJose, et al. (2003)"Inmunidad en enfermería" *Metas de enfermería* (51):pp.6-9.

Muñoz, Juan (2001) *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti. Versión2.3* Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

NANDA (2003) *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. Madrid: Elsevier España.

Navarro Rubio, María D. (1994) *Encuestas de salud* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Nieto , Esther, y Eva Bolaños (2003) “Representación social de los cuidadores de pacientes dependientes” *Index Enfermería* . XII (42): pp.14-18.

Nicolas Dueñas, Marilla (1994) “El proceso de socialización de los estudiantes de primer curso y la asignatura Fundamentos de enfermería”pp.276-293 en *Innovaciones en enfermería: Construyendo Cultura profesional*.XV Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Barcelona:AEED

Noval Cinza, J, et al.(1997) “El secreto profesional en enfermería. Aspectos éticos y jurídicos” *Enfermería Científica*.(180-181): pp.75-77.

Ojeda Perez, B et al. (1997) “Distintividad de la imagen enfermera” pp.75-87 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Ölén, J, Kerstin, S (1998)” Professional Identity of the nurse: concept analysis and development”, *Journal of Advanced Nursing*. (28): pp.720-727.

Ordre des Infirmières du Quebec

(1994) *Les valeurs de la profession*. Quebec: ONQ

(1994) *Des soins qui font la différence*. Document support. Quebec: ONQ

Organización Colegial de Enfermería (1989) *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: Sucesores de Rivadeneyra.

Orizo Andres, Francisco (1996) *Sistemas de valores en la España de los 90*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas- Siglo XXI.

Ortego Mate, María del Carmen

(2002)“ De practicante a ATS” *Rol de enfermería*, 25(12):pp.808-814.

(2002) “De ATS a Diplomado en enfermería” *Rol de enfermería*, 25(9):pp.576-581.

Ortiz Gomez, Teresa, et al. (2004)” Género, profesiones sanitarias y salud pública” *Gaceta sanitaria* 18(1):pp.189-194.

Ortiz Molina, Silvia, y Raquel Sanchez Espejo (2001)” Quiero ser Diplomado/a en enfermería, ¿por qué? *Infermería Científica*, (236-237): pp.66-71.

Otfried Höffe, (1994) *Diccionario de Ética*. Barcelona: Crítica.

Pades, Jimenez, Antonia (2003) La autoestima profesional y su cuidado *Enfermería Clínica* 13(3) :pp 171-176.

Passet, René (1983) “Valeurs, et identité dans une société donnée” pp.9-23. *Journées de Perfectionnement: Valeurs, identité et pratiques infirmières*. Paris: Centre Chrétien des professions de Santé.

Pera, Isabel

(1998) “La soledad del debutante” *Infermeria Barcelona* (14)

(1998) “Fet- nos respectar” *Infermeria Barcelona* (11)

Perez, Amalia, et al. (2001) “Perfil de valores profesionales elegido por estudiantes de enfermería al inicio de sus estudios” *Infermeria Clínica*, 12 (3): pp.109-116.

Piera, Ana M.

(1998) “Teoría enfermera. Análisis de la formación de las enfermeras. I De los usos y métodos de investigación cualitativa” *Cultura de los cuidados*, II (3):pp. 46-51.

(1998) “Análisis de la formación de las enfermeras. De la institucionalización de las enseñanzas sanitarias y su teoría curricular” *Cultura de los cuidados*, II (3):pp. 52-58.

Perraut Soliveres, Anne. (2001), *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris: Presses Universitaires de France.PUF.

Pla i Consuegra, Margarita (2001) *Análisis sociológica- crítica del discurs: les pràcticas discursives dels professionals de la medicina en el sistema públic català*, Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma.

Phaneuf, Margot (1999) *La Planificación de los cuidados enfermeros*. México: Mcgraw-Hill Interamericana.

Poletti, Rosette (1983) “De la nécessité de reparler des valeurs professionnelles” pp.76-97. *Journées de Perfectionnement: Valeurs, identité et pratiques infirmières*. Paris: Centre Chrétien des professions de Santé.

Ponce, Omar G.(1997)*El médico enfermo. Analisis sociológico del conflicto de roles* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Pons, Ignasi (1993) *Programación de la investigación social*. Madrid: CIS

Polit, D.F (1987) *Investigación Científica en Ciencias de la salud*, México: Nueva Editorial Interamericana.

Pons, Ignasi (1993). *Programación de la Investigación*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Prieto Rodríguez, María A. “Relaciones de empleo en enfermería” *Metas de enfermería*, (43): 62-65.

Prósper Manglano, Felipe (2004) “Els valors professionals” Conferencia de inauguración del curso académico 2004/05. Universitat Internacional.Barcelona.

Quivy, R. and L.V. Campenhoudt (1997) *Manual de Investigación en Ciencias Sociales*, México: Noriega.

Ramió Jofre, Anna (2002) “Regulació legal de l’activitat professional” *Agora* 6(2):295.

Ramió Jofre, Anna , Domínguez Alcón, Carmen

(2002) “Valores en Enfermería: papel profesional y cambio social” Comunicación presentada en las IX Jornadas Nacionales de Bioética San Juan de Dios. Jerez de la Frontera.

(2003) “Valores y redefinición de espacios profesionales” *Rol de enfermería* 26(6): 482-486.

(2005) “Valores y actitudes profesionales emergentes de la educación superior enfermera en Europa” comunicación presentada en las Sesiones de Trabajo de la Asociación de Enfermería Docente. A Coruña.

Real Academia Española. (1980) *Diccionario de la Real Lengua Española*. Madrid: Espasa Calpe. Decimonovena edición.

Real Decreto de ordenación de la actividad profesional de enfermería (2001) Publicado en el BOE 1231/2001, 9 de noviembre.

Real Decreto sobre especialidades de enfermería (2004) Publicado en el BOE el 19 de noviembre.

Real Decreto por el que se establece la estructura de las enseñanzas Universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado (2005) publicado en el BOE 55/2005, 25 de Enero.

Reportatge: (2000) “La metodología clínica en Infermeria”, *Infermeria de Barcelona*, (20) octubre-diciembre.

Ribó, X. (1999) Informació Col·legial. *Infermeria de Barcelona*. (21) Segona Època, desembre.

Ricoy, J. y MT Moreno (1997) “Formación e investigación en enfermería” *Enfermería Clínica*, 7(2): pp.45-47.

Rocher, Guy (1973) *Introducción a la sociología General*, Barcelona: Herder.

Rodero, Virtudes et al. (1997) “¿Cuidamos desde una identidad profesional o para profesional? pp.97-104 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Rodríguez Guillén, Josep A y Mauro Guillén (1992) “Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea”, *Reis*, (59/92): pp.9-18

Rodríguez, Josep.

(1993) *Análisis estructurales y de redes*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Cuadernos Metodológicos.

(1997) “Estudi Sociologic de la professió metge de Barcelona”, *Servei d’Informació Col·legial metge de Barcelona* (81):pp.2-15.

Rodríguez, Marta (2004) “La sanitat punxa en les llistes d’espera i el menjar als hospitals” *20minutos Barcelona* 23/07/2004

Rodríguez Duran, F, y M.T. Lopez Rodriguez (1996) “Enfermeras y supervisoras de enfermería. Motivación o estrés”. *Index Enfermería*, (16-17): pp.13-16.

Rojo Duran, Rosa, y M^a Nieves Merchan Felipe (1994) Los alumnos de enfermería frente a las prácticas clínicas”pp.415-421 en *Innovaciones en enfermería: Construyendo Cultura profesional*.XV Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Barcelona:AEED

Romeo, Sergio (2004) “ Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados” *Index Enfermería*, XIII(44-45): pp.32-36.

Roquer, Maria-Angels (1997) *Identidades y conflicto de valores*, Barcelona: Icaria Antrazyt.

Rokeach, Milton (1982) *The Nature of human values and value systems*, Published Doctoral Dissertation. *Wardleer als tekeuvan een gese cularisserde samenleving? Een Hermeneustische Stuie*. K.V. Leuven. Faculty of Theology, 2 vol. LVI- 557.

Rousseau, Nicole (1997)”De la vocation à la Discipline” *Nurse L’Infirmiere Canadienne* (may): pp:39- 44.

Ruiz Olabuénaga, J.I. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*, Bilbao: Universidad de Deusto.

Salas Iglesias, M^a Jesus (2003)” El estatus científico de la enfermería: paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio” *Cultura de los cuidados*, VII(14):pp.71-78.

Sánchez- Robles, I.J. (2001) “Valores y Necesidades de la Sociedad del Siglo XXI”pp.3-9. en *Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI su influencia en la practica enfermera* XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

San Roman, Teresa (1991) *Análisis cualitativo y generalización. Recursos técnicos para un estudio sobre la vejez*, Bellaterra (Barcelona): Universidad Autonoma de Barcelona.

SATSE (1999) Analisis del empleo en enfermería. Madrid: Sindicato SATSE.

Sierra Bravo, R. (1996)*Tesis Doctorales y trabajos de investigación científica* Madrid: Paraninfo.

Siles Gonzalez, Jose

(1997) “Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina” *Enfermería Clínica*, 7(4): pp.38-44.

(1999) *Historia de la Enfermería*, Alicante: Aguaclara.

Sills, David (1977) *Enciclopedia Internacional de las ciencias sociales* Madrid:Aguilar.

Solveig, May (1997) "Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice, *Journal of Avanced Nursing*, (25): pp.434- 441.

Strauss, Anselm, and Juliet Corbin (2002) *Bases de la investigación cualitativa*. Medellín : Universidad de Antioquia.

Taylor (1989) *Fundamentals of Nursing. The art and science of Nursing care*, EEUU: Sippurcott.

Taylor, S.J, y R. Bogdan, (1984) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona: Paidos.

Teixidor Freixa, Montserrat

(1997)"Los espacios de profesionalización de la enfermería", *Enfermería Clínica*, 7(3):pp.36-46.

(2002)"El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales" *Rol enfermería*, 25(5):pp.328-330.

(2002)"El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales III" *Rol enfermería*, 25(6):pp.408-410.

(2002)"El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales IV" *Rol enfermería*, 25(10):pp.650-652.

(2002)" El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales. V" *Rol enfermería*, 25(11):pp.774-778.

Tomas Sabado, Joaquin (2002) "La medida de la ansiedad ante la muerte en los profesionales de enfermería" *Enfermería Científica* (246-247):pp.42-47.

Tomas Sabado, Joaquin, y Lidia Fernandez Donaire (2002)"Estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalarios" *Metas de enfermería*, (45):pp.6-12.

Tomás Vidal, A.Mª. (1998) "El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario"(I y II). *Enfermería Clínica*; 9 (2 y 3): pp.65-70 y 121-127

Tizón Garcia, Jorge L.

(1988)*Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Doyma.

(2004) *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*.Barcelona: Pidos Iberica.

Torralla, Francesc

(1998) *Antropología del cuidar*, Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

(2001) *Cent valors per viure*, Lleida: Pages Editors.

(2002) *Ética del cuidar*.Madrid: Fundación Mapfre Medicina. Intitut Borja de Bioética.

UNED (1981) *Conceptos de enfermería* Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia

Uribe, Jose Mª (1996) *El dialogo cultural en Atención Primaria*: Madrid: Ministerio de cultura.

Vacas Perez, JC et al. (1997) “Reconocimiento profesional de la enfermería: una reflexión para la autoimagen” pp.155- 168 en *Las enfermeras: diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: AEED.

Valles, M.S. (1999) *Técnicas cualitativas de investigación Social*, Madrid: Síntesis.

Valls Molins, Roser

(1996) *Historia de la professió d'infermeria*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

(1996) *Ética para Enfermería: un programa de formación*. Barcelona: Rol

(2004) “Editorial” *Agora*, 8(4):pp.687.

Vazquez, M.A., Casals,J.L., Aguilar,P, et al. (1997) ” Percepción por el usuario de la imagen de enfermería”, *Enfermería Clínica*, 7(3): pp.15-21.

Vielva, Julio (2002) *Ética profesional de la enfermería*, Bilbao: Descleé De Brouwer.

Vila-Abadal, Jordi (1998) *Valors vells,nous valors*, Barcelona: Proa.

Vila Blasco, B, Bilbao Guerrero, C, Porrás Cabrera, A, et al. (1997) ” Teoría Enfermera. Aproximación al contexto actual de enfermería”. *Cultura de los Cuidados*, (1): pp.63-69.

Villapalos, Gustavo, López Quintás, Alfonso (1999) *El libro de los valores*, Barcelona: Planeta,7ªedición.

Vives Relats, Carme et al. (2005) “ Visibilidad e imagen de la enfermera en el 11-M” pp. 22-27, en *Las enfermeras ante la nueva realidad social y educativa*, XXVI Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. A Coruña: Asociación de Enfermería Docente;

Voltaire (François Marie Arouet,1694-1778), (1995) *Diccionario filosofico*; Madrid: Temas de Hoy.

Wilkes, Lesley M. and Wallis, M. (1998)” A model professional nurse caring: nursing student’s experience”, *Journal of Avanced Nursing*, (27) pp.582-589.

Zabala, Jaime,et al. (1992) “Prestigio profesional y enfermería” pp. 483-491, en *Enfermería, realidad en crisis*, Duodecimas Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid: Asociación Española de Enfermería Docente;

Zarate Grajales, Rosa A. (2004)” La gestión del cuidado de enfermería” *Index de Enfermería*, XIII (44-45): pp.42-46.

11

ANEXOS

Anexo I

Esquema de la entrevista en profundidad

Anna Ramió i Jofre
EUI Sant Joan de Déu
Barcelona.

Esquema de l'Entrevista

Aquesta entrevista formarà part del treball de camp de l'estudi sobre "Valors i actituds en infermeria. Estudi de la pràctica professional a Catalunya" que estic realitzant. La Dra. Carmen Domínguez Alcón (U.B. Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions), es la directora d'aquesta Tesis Doctoral.

Tota la informació recollida durant l'entrevista és confidencial i anònima.

Esquema:

1. Itinerari de Formació
 - Etapa Pre-formativa
 - Etapa Formativa
 - Valors a l'inici

2. Itinerari Professional
 - Etapa Professional inicial
 - Etapa de maduresa professional
 - Valors lligats a la pràctica professional

Glosario de términos sobre actitudes y valores

Alegría: Es considerada por muchos filósofos como una de las pasiones del alma. La alegría se contrapone a la tristeza, pero no necesariamente al dolor. El sentimiento de alegría en cuanto afecta a la vez al cuerpo y al espíritu constituye el placer inmediato. (Ferrater, 1994:93). La persona alegre, no es la que esta alegre cuando todo le va bien, si no la que siempre es alegre, y trata de alegrar a los otros. No se trata de una alegría estúpida, consecuencia del desconocimiento de la dureza de la vida, si no una alegría que se basa en la grandeza de la realidad, y que se celebra existencialmente. Las personas que son alegres dan vida a los demás, contagian ánimo, y empujan a superar los pequeños errores y fracasos cotidianos. (Torralba, 2001: 86).

Tristeza: Afligido, apesadumbrado. De carácter o genio melancólico (RAE, 1980: 1300).

Altruismo: Esmero y complacencia en el bien ajeno, aun a costa del propio, y por motivos puramente humanos. (RAE, 1980: 72).

Avaricia: Afán desordenado de poseer y adquirir riquezas para atesorarlas (RAE, 1980: 146).

Autenticidad: Se dice de algo que es auténtico cuando se establece sin lugar a dudas su identidad, es decir, cuando se establece de modo definitivo que es cierta y positivamente lo que se supone ser. En filosofía este concepto es aplicado por algunos pensadores a la existencia humana, y a otras realidades solamente en cuanto son función de tal existencia. Se dice entonces que un determinado ser humano es autentico cuando es o llega a ser, lo que verdadera y radicalmente es, cuando no esta enajenado. Ortega y Gasset habla de autenticidad en el hombre como caracteres ontológicos de la realidad humana, en el año 1916 describe un “yo auténtico” como la base insobornable, esto es, el que yo, en el fondo y radicalmente, no puede dejar de ser lo que es. Heidegger habla de autenticidad e in autenticidad como modos de ser básicos del Dasein (Ferrater, 1994:274-275).

Falsedad: Falta de verdad o autenticidad. Falta de conformidad entre las palabras, las ideas y las cosas (RAE, 1980: 606).

Autonomía: En filosofía este término suele emplearse en dos sentidos: sentido ontológico se supone que ciertas esferas de la realidad son autónomas respecto a otras. Sentido ético: Según el mismo se afirma que una ley moral es autónoma cuando tiene en si misma su fundamento y la razón propia de su legalidad. Este sentido es elaborado especialmente por Kant. El eje de la autonomía de la ley moral lo constituye la autonomía de la voluntad, este último es el principio supremo de la moralidad. Max Scheler rechaza la idea de autonomía en sentido kantiano, para él la persona tiene autonomía como soporte y realizador de valores, pero esta autonomía se encuentra dentro de una comunidad y específicamente dentro de una comunidad de valores. (Ferrater, 1994:276-277).

Dependencia: Subordinación, reconocimiento de mayor poder o autoridad (RAE, 1980: 606).

Calidez: calor: favor, buena acogida. Lo más fuerte y vivo de una acción. (RAE, 1980: 230).

Frialdad: Indiferencia, despego, poco interés (RAE, 1980: 636).

Compasión: consiste fundamentalmente en percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, en la capacidad de interiorizar el padecimiento de otro ser humano y de vivirlo como si se tratara de una experiencia propia. La compasión no es la empatía, pues la empatía es espontánea. La compasión dinámica es la auténtica compasión (Torralba, 2002: 87). La compasión es un valor que acerca al otro y esta proximidad al sufrimiento del otro es un requisito indispensable para la conducta ética. La compasión se relaciona directamente con la virtud medieval de la misericordia. (Torralba, 2001: 217). Sentimiento de ternura y lástima que se tiene del trabajo, desgracia o mal que posee uno. (RAE, 1980: 331).

Crueldad: Inhumanidad, fiereza de ánimo, impiedad (RAE, 1980: 380).

Competencia: significa estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo (Torralba, 2002: 89). Para llegar a ser plenamente competente en una determinada disciplina, no es bastante con tener el conocimiento técnico de las cosas, si no que es esencial saber relacionarse adecuadamente con los demás. La palabra competencia se relaciona estrechamente con el concepto de autonomía. Decimos desde esta perspectiva, que una persona es competente cuando es autónoma, es decir, cuando sabe tomar decisiones libremente y responsablemente. La autonomía en sentido puro, no existe, porque siempre hay influencias que condicionan nuestra existencia. (Torralba, 2001: 284-286). Atribución legítima a un juez u otra autoridad para el conocimiento o resolución de un asunto. (RAE, 1980: 331)

Incompetencia: Falta de competencia o jurisdicción (RAE, 1980: 331).

Comprensión: Desde el siglo XIX se entiende por comprensión el tipo de conocimiento de las ciencias humanas, distinto de la explicación causal. La comprensión consiste en suponer que a un comportamiento observado corresponde una intención o propósito, y que por tanto tiene un sentido, llamado interpretación. La comprensión es una forma de conocimiento que se practica también en la vida cotidiana. En ella se unen el conocimiento y la designación lingüística (captación del sentido, es decir, de la significación de un comportamiento) con tomas de posición afectivas, que implican, por parte del sujeto de comprensión, una relación empática con su objeto. En razón del recíproco impulso de la opción previa (prejuicios) y la experiencia, este proceso cognitivo ha sido denominado por Heidegger “circulo hermenéutico) (Otfried, 1994:39). Se llama comprensión a una forma de aprehensión que se refiere a las expresiones del espíritu, y que se opone, como método de la psicología y de las ciencias del espíritu, al método explicativo propio de la ciencia natural. Dilthey entiende por comprensión el acto por el cual se aprehende lo psíquico a través de múltiples exteriorizaciones. El método de la comprensión, que es originariamente psicológico, se convierte en una hermenéutica encaminada a la interpretación de las estructuras objetivas en cuanto expresiones de la vida psíquica. Es un método que se ocupa de significaciones, sentidos, relaciones y complejos de sentidos, a diferencia de la explicación, que concierne a hechos. Heidegger desarrolla una idea de comprensión de

carácter existencial, comprender es, en rigor, un modo de ser. Y, a la vez, afirmar o enunciar es un modo derivado de interpretar. Tenemos así, el Dasein, cuyo ser ahí consiste en encontrarse comprendiendo, y, por lo cual puede interpretar, y, por lo cual, puede afirmar algo de algo. (Ferrater, 1994:603-605). La palabra comprensión deriva del latín *comprehendere*. Prender significa coger, sorprender, atrapar. Quien comprende está descubriendo, está aprendiendo, saliendo de sí mismo. El prefijo *com* se refiere a alguien. El valor de la comprensión presupone el hecho que se da al otro el derecho a ser el mismo. (Torralba, 2001:181).

Incomprensión: Falta de comprensión (RAE, 1980: 736).

Compromiso: La noción de compromiso, como acción y efecto de comprometerse, esta relacionada estrechamente con la noción de decisión. No es, sin embargo equivalente a ella. En dos sentidos puede emplearse la noción de compromiso: en sentido amplio, como designación de un constitutivo fundamental de toda existencia humana, y en sentido más estricto, como designación de un constitutivo fundamental del filósofo. Estos dos sentidos no pueden separarse por entero, de hecho están co-implicados, por cuanto el estar comprometido, propio de toda existencia humana, revierte sobre el estar comprometido del filósofo. Las nociones emparentadas con las de compromiso, son decisión y vocación. (Ferrater, 1994:606-607). Responsabilidad (Otfried, 1994: 40). El compromiso se puede entender como la expresión de la libertad, de proyectar en el tiempo aquellas decisiones fundamentales que hemos tomado conscientemente. El compromiso da valor moral a la persona y, en términos generales, es la consecuencia práctica de la coherencia. (Torralba, 2001: 72-73).

Desinterés: Desapego y desprendimiento de todo provecho personal, próximo o remoto (RAE, 1980: 456).

Conciencia: Se entiende por conciencia la auto comprensión del ser humano, en la que éste se sabe sometido a la exigencia (incondicional) de hacer el bien. Esta interioridad de la vivencia fundamenta la individualidad e identidad de la persona. (Otfried Höffe, 1994: 43). La conciencia entendida como virtud significa reflexión, prudencia, cautela, conocimiento de la cosa (Torralba, 2002: 94). El término conciencia tiene por lo menos dos sentidos: 1) percatación o reconocimiento de algo, sea de algo exterior, como un objeto, una cualidad, etc. o de algo interior, como las modificaciones experimentadas como el propio yo. El vocablo conciencia se deriva del latín *conscientia* que puede desdoblarse en tres sentidos: a) el psicológico, que es la percepción del yo por sí mismo, llamado a veces *apercepción*. b) el epistemológico, donde la conciencia es primariamente el sujeto del conocimiento. c) el metafísico, la conciencia es con frecuencia llamada el Yo. 2) conocimiento del bien y del mal, expresado más bien como conciencia moral. Lo que parece común a todos ellos es el carácter supuestamente unificado y unificante de la conciencia. Bergson, dice que conciencia significa por lo pronto memoria, pues la inconciencia puede definirse justamente como una conciencia que no conserva nada de su pasado, que se olvida incesantemente a sí misma. Pero la conciencia significa asimismo anticipación, es decir, posibilidad de elección. De ahí el dualismo de la materia y de la conciencia, dualismo que se expresa en la fórmula: La materia es necesidad; la conciencia es libertad. La admisión de la coexistencia de la conciencia con la vida es aceptada por varios autores, aun cuando en algunos casos, como, por ejemplo, en Scheler, la noción de conciencia sea aplicada solo a ciertas formas superiores de la vida orgánica. Las notas que más insistentemente destacan de

autores como Scheler, Bergson, Husserl, Dilthey, entre otros, son estas: temporalidad, historicidad, totalidad, memoria, duración, cualidad. La mayor parte de las teorías sobre la conciencia entienden la relación entre acto conciente y objeto del acto como una intención, o como una reflexión. (Ferrater, 1994:620-624).

Inconsciencia: Estado en el que el individuo no se da cuenta exacta del alcance de sus palabras o acciones (RAE, 1980: 738).

Confianza: la profesionalidad ejercida de un modo excelente es motivo de confianza para el usuario. Confiar en alguien es creer en él, es ponerse en sus manos, a su disposición (Torralba, 2002: 92). Esperanza firme que se tiene de una persona o cosa. (RAE, 1980: 341). La confianza se puede definir como la fe que uno deposita en otra persona. La confianza consiste en creer que lo que el otro dirá o hará, será verdadero, es decir, será fiel a la realidad. (Torralba, 2001:42).

Desconfianza: No confiar, tener poca seguridad o esperanza (RAE, 1980: 446).

Confidencialidad: capacidad de escuchar y discreción, capacidad de guardar secretos, de callar para si los mensajes que el otro vulnerable le a comunicado en una situación límite. Capacidad de preservar la vida íntima del otro, es decir su privacidad, su universo interior (Torralba, 2002: 91).

Público: Revelar o decir lo que estaba secreto u oculto y se debía callar (RAE, 1980: 1078).

Creatividad: El término creación puede entenderse filosóficamente en cuatro sentidos: producción humana, de algo a partir de alguna realidad preexistente, pero en tal forma que lo producido no se halle necesariamente en tal realidad, es el que se da usualmente a la producción humana de bienes culturales, y muy en particular a la producción o creación artística. Producción natural de algo a partir de algo preexistente, pero sin que el efecto esté incluido en la causa, o sin que haya estricta necesidad de tal efecto, en este sentido es usado especialmente por autores que dan ciertas explicaciones a la evolución del mundo. Los dos últimos sentidos están en relación a la creación de orden divino. (Ferrater, 1994:714). La creatividad se puede definir como la capacidad de dar forma a la realidad en la cual nos encontramos. La creatividad es un valor ético de primera magnitud. Es un buen antídoto a la tendencia a reiterar lo mismo. El ser humano es un animal creativo, pero también un animal de costumbres que tiende hacer lo mismo sin alterar nada su orden vital. La creatividad es un valor que empuja a introducir novedades en el vivir, a cambiar de costumbres y de hábitos. Es un valor esencial para afrontar el futuro con coraje. (Torralba, 2001: 345).

Conservador: Mantener una cosa o cuidar de su permanencia (RAE, 1980: 347).

Disponibilidad: Cualidad o condición de disponible. Dicese de todo aquello de que se puede disponer libremente. (RAE, 1980: 486). Estar disponible quiere decir adoptar un espíritu de servicio en la vida. Para poder estar disponible hace falta estar atentos a las necesidades de los demás. El requisito indispensable del valor de la disponibilidad es la escucha. Una persona que escucha es capaz de detectar las necesidades del otro y ponerse, cuando haga falta, a su servicio. En la vida laboral, la disponibilidad es un

valor de primer orden, tanto como la eficacia o la puntualidad (Torralba, 2001: 300-301).

Ocupado: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa (RAE, 1980: 935).

Eficacia: Virtud, actividad, fuerza y poder para hablar. Eficaz: que logra hacer efectivo un intento o propósito. (RAE, 1980: 504).

Ineficaz: Falta de eficacia y actividad (RAE, 1980: 742).

Empatía: La empatía es espontánea, lo que la diferencia de la compasión, la empatía es una especie de comunión anímica que se establece entre dos seres humanos que comparten la misma forma de ser. Encontrarse en el mismo Pathos: esto quiere decir propiamente empatía. Como tal facilita extraordinariamente las relaciones interpersonales. (Torralba, 2001: 215).

Desapego: falta de afición o interés, alejamiento, desvío (RAE, 1980: 440).

Esperanza: El concepto esperanza es tratado por teólogos con más frecuencia que por filósofos, sin embargo el estudio de este concepto tienen resonancias filosóficas. La esperanza no fue tema en la filosofía griega. En la Biblia este concepto es central. Se halla a sí mismo ligada a la caridad. Aunque la esperanza es una virtud en sí misma, junto con la fe y la caridad es una de las tres llamadas virtudes teologales. En la época moderna y contemporánea hay por lo menos cuatro modos de considerar la esperanza. Uno es el teológico cristiano. Otro es el modo psicológico; según este, la esperanza es una de las pasiones llamadas pasiones del alma, desde este punto de vista es definida como la perspectiva de adquisición de un bien con probabilidad de alcanzarlo (Descartes), este análisis hace de la esperanza una espera. La esperanza en sentido marxista, es una práctica histórica. Esta es la visión de Ernest Bloch quien puede llamarse un filósofo de la esperanza, considera que la esperanza permanece como una especie de residuo. Originaria característica del momento de diferenciación entre sujeto y objeto. Cuando estos se hallan separados, la esperanza anima al sujeto en su deseo de reunirse y reconciliarse con el objeto. La esperanza apunta siempre hacia el futuro el no ser todavía el sujeto lo que aspira a ser. Esta ligada, según Bloch, a la concepción materialista dialéctica, porque esta fundada en la realidad y a la vez orientada en un futuro ideal y utópico. La esperanza es el proceso mismo del no ser todavía, y este es un proceso que se va haciendo continuamente, cuyo ser consiste en hacerse. La esperanza como la libertad, se crea y hace en sí misma, sin completarse jamás en un puro objeto indiferenciado (Ferrater, 1994:1093-1012). Es la confianza extendida hacia el futuro. Se relaciona también con la memoria. Se trata de mirar el futuro, pero sin perder de referencia el que hemos sido en el pasado. La esperanza se relaciona con el valor del esfuerzo. Comunicar esperanza es esforzarse porque el otro pueda levantar la piedra, no todo solo si no con la corresponsabilidad. Transmitir el valor de la esperanza no es esconder dificultades de futuro, si no que es ayudar a asumirlas plenamente desde la confianza y la fidelidad en uno mismo. (Torralba, 2001: 367-368).

Desesperanza: Desesperación, alteración extrema del ánimo (RAE, 1980: 452).

Estética. Kant llama Estética trascendental a la ciencia de todos los principios a priori de la sensibilidad. Así entendida, considera Kant, en primer lugar, la sensibilidad separada del entendimiento y, en segundo término, separa de la intuición todo lo que pertenece a la sensación, con el fin de que se queden solo con la intuición pura y con la forma del fenómeno, que es lo único que la sensibilidad puede dar a priori. La Estética fue considerada por A. G. Baumgarten, ciencia de lo bello o filosofía del arte, y desde entonces la estética es considerada como una disciplina filosófica. Kant trata el juicio estético al lado del teológico y examina lo que hay a priori en el sentimiento. Ambos juicios son reflexivos; se caracterizan por la finalidad, pero mientras esta es objetiva en el juicio teológico propiamente dicho, que se refiere a lo orgánico, es subjetiva en el juicio estético, por cuanto la finalidad de la forma del objeto es adecuada con respecto al sujeto. El juicio estético es por lo pronto, un juicio de valor, distinto, por consiguiente, no solo de los juicios de existencia sino también de los demás juicios axiológicos, pero mientras en estos hay satisfacción de un deseo o correspondencia con la voluntad moral, en la adecuación de lo bello con el sujeto, esto es, en el juicio estético por el cual se encuentra algo bello, no hay satisfacción sino un agrado desinteresado. El desinterés caracteriza la actitud estética en el mismo sentido en que el juego es la actividad puramente desinteresada, la complacencia sin finalidad útil o moral. Por esto lo estético es independiente y no puede estar al servicio de fines ajenos a él, es finalidad sin fin. (Ferrater, 1994:1115). La sensibilidad es un valor fundamental de la vida cotidiana. Se aprende a ser sensibles activamente, porque solo de esta manera se puede llegar a entender a las personas. Hay la sensibilidad estética que se refiere a la capacidad que tiene el ser humano de percibir, con entusiasmo, un determinado paisaje, un determinado objeto de arte. Pero más allá de una sensibilidad estética hay una sensibilidad ética, que es aquella que permite relacionarse con los otros de una manera óptima. Ser sensible éticamente al otro es escucharlo, darle trascendencia, respetar su dignidad. Ser sensible es una comprensión del otro en su contexto. A través de la sensibilidad, se llega a comprender al otro en su circunstancia y solamente esto permite entender y establecer una relación íntima con la persona (Torrallba, 2001: 151-152).

Insensibilidad: Dureza de corazón o falta de sentimientos en las cosas que lo pueden causar (RAE, 1980: 750).

Experiencia El término experiencia se usa en varios sentidos: (1) la aprehensión por un sujeto de una realidad, una forma de ser, un modo de hacer, una manera de vivir. La experiencia es entonces un modo de conocer algo inmediato antes de todo juicio formulado sobre lo aprehendido. (2) La aprehensión sensible de la realidad externa. Se dice entonces que tal realidad se da por medio de la experiencia, también por lo común antes de toda reflexión. (3) La enseñanza adquirida con la práctica. Se habla entonces de la experiencia en un oficio, y en general de la experiencia de la vida. (4.) La confirmación de los juicios sobre la realidad por medio de una verificación, por lo usual sensible, de esta realidad. (5.) El hecho de soportar o sufrir algo. La noción de experiencia desempeña un papel fundamental en la teoría Kantiana del conocimiento. Pero esto quiere decir solo que el conocimiento comienza con la experiencia, no que procede de ella. La experiencia aparece en Kant como el área dentro de la cual se hace posible el conocimiento (Ferrater, 1994:1181-1183).

Inexperiencia: Falta de experiencia (RAE, 1980: 742).

Generosidad: Inclinação o propensión del animo a anteponer el decoro a la utilidad y al interés. Dicese de generoso al que obra con magnanimidad y nobleza de ánimo. (RAE, 1980: 661). El término generosidad procede de la voz latina genus, que a la vez deriva del verbo gignere, que quiere decir engendrar. Era considerado generosus el que creaba un gran linaje. La generosidad implica una cierta porción de amor. Se relaciona, propiamente, con la disponibilidad y con una actitud de servicio. Una persona generosa es una persona servicial que vela por el bien del otro y por su realización personal. Servir al otro no quiere decir convertirse en su vasallo, si no ayudarlo a hacerse a si mismo. El principio de la generosidad es la voluntad. Ser generoso es sentirse libre de actuar bien y de quererlo. Ser generoso en el tiempo quiere decir estar dispuesto a dedicar tiempo a los otros. Quiere decir compartir un espacio propio de tiempo con los otros. (Torralba, 2001: 147-150).

Avaricia: Afán desordenado de poseer y adquirir riquezas para atesorarlas. Que reserva, oculta o escatima alguna cosa (RAE, 1980: 146).

Holismo: El vocablo holismo es empleado para designar un modo de considerar ciertas realidades primariamente como totalidades o todos, y secundariamente como compuestas de ciertos elementos o miembros. El holismo afirma que las realidades de que trata son primeramente estructuras. Los miembros de tales estructuras se hallan funcionalmente relacionados entre si, de suerte que cuando se trata de dichos miembros se habla de relaciones funcionales más bien que disposición u orden. Kurt Goldstein (1934) califica los organismos individuales como entidades holísticas; los organismos son sistemas que funcionan como un todo, de tal suerte que un estímulo dado debe producir cambios en el organismo entero. En general muchas teorías generales biológicas vitalistas y neovitalistas pueden ser caracterizadas como holistas. Sin embargo el holismo no es necesariamente vitalista, ni necesariamente teologista. El holismo está mas estrechamente relacionado con los llamados organicismo y biologismo que con ninguna otra teoría. Jan C. Smuts (1926), en su obra Holism and Evolution el holismo es un modo de contestar a la cuestión de cómo es posible que ciertos elementos o factores formen una totalidad o unidad distinta de ellos, el holismo es un modo de explicación y no el nombre de ninguna entidad especial. Es un proceso de síntesis creadora, los todos resultantes de tal proceso son dinámicos, revolucionarios y creadores. El holismo se manifiesta a través de ciertas fases, desde la realidad material o síntesis de los cuerpos naturales hasta los todos ideales, valores absolutos o ideales holísticos en el cual el holismo es el factor universal y el concepto básico. En el universo holístico todo tiende a la formación del todo holístico que es la personalidad (Ferrater, 1994:1678-1679).

Humanidad: Aquello que distingue al ser humano de los demás seres vivos: su naturaleza y esencia. Como calificativo, humanidad denota una actitud o acción movida por la compasión por otros seres humanos. La mandad se funda en el valor incondicional del ser humano, de su libertad y dignidad, como punto irrenunciable, de todo esfuerzo personal, social y político (Otfried, 1994: 159).

Barbarie: Fiereza, crueldad (RAE, 1980: 165).

Humanismo: El término Humanismo puede aplicarse al movimiento surgido en Italia hacia fines del siglo XIV y prontamente extendido a otros países durante los siglos XV y XVI. Característico de los Humanistas es según Kristeller, heredar muchas tradiciones

de los maestros medievales de gramática y retórica, los llamados dictadores, y agregar a tales tradiciones la insistencia en el estudio de los grandes autores latinos y de la lengua y literatura griegas. Muy en particular el Humanismo Italiano, es un cicerone, en tanto que consiste en gran parte en un estudio e imitación del estilo literario y de la forma de pensar de Cicerón. Si bien el humanismo renacentista no es reducible a la concepción de Burckhardt del descubrimiento del hombre como hombre, es cierto que muchos humanistas tratan de destacar lo que se llama la dignidad del hombre y con ello suscitan ciertos cambios en la antropología filosófica de la época. Así el Humanismo renacentista no es ni una filosofía, ni una época filosófica, pero es en parte uno de los elementos de la “atmósfera filosófica” durante el final del siglo XIV y gran parte de los siglos XV y XVI. En la época actual se habla de Humanismo no solo para designar el movimiento antes descrito, sino también, o sobre todo, para calificar ciertas tendencias filosóficas, especialmente aquellas en las cuales se pone de relieve algún ideal humano. Como los ideales humanos son muchos, proliferan los humanismos. Algunas de estas tendencias humanistas se caracterizan por la insistencia en la noción de persona, en contraposición a la idea del individuo. Otras tendencias se caracterizan por predicar la sociedad abierta contra la sociedad cerrada. Otras por poner de relieve que la persona no se reduce a ninguna función determinada, sino que es una totalidad (Ferrater, 1994:1700-1705).

Independencia: Libertad, autonomía. Entereza, firmeza de carácter (RAE, 1980: 740).

Sumisión: Acatamiento, subordinación con palabras o acciones (RAE, 1980:1228).

Individualismo: En términos muy generales individualismo es el nombre de una doctrina según la cual la realidad está compuesta de individuos, esto es, de seres individuales, no descomponibles en otros seres más básicos. Es importante la distinción entre la noción puramente numérica del individuo, y la noción del individuo como ente singular determinado omnimodamente. Aplicada esta distinción al individuo humano, resultan dos concepciones del mismo: una según la cual el individuo en cuestión es una especie de átomo social, y otra según la cual es una realidad singular no intercambiable con ninguna de la misma especie. La primera concepción es predominantemente negativa: según ella el individuo humano se constituye por oposición a diversas realidades (La sociedad, el estado, los demás individuos, etc.), el individualismo en este sentido se opone a toda forma de colectivismo, el cual es considerado como destructor de la libertad individual. La segunda concepción es predominantemente positiva: según ella cada individuo humano se constituye en virtud de sus propias cualidades irreductibles. También tiende a integrar los intereses individuales con los sociales o comunitarios. (Ferrater, 1994:1805-1807). Ser único quiere decir ser singular en el mundo, ser alguien que no puede substituirse por algún otro. La unicidad es un valor que se opone radicalmente a la uniformidad. Cada ser humano es un ser único e irrepetible en la historia, una realidad viva que desarrolla un proyecto existencial, establece unas relaciones y tiene unas determinadas aptitudes y habilidades. (Torrallba, 2001: 175)

Uniformidad, uniforme: Calidad de uniforme. Dicese de dos o más cosas que tienen la misma forma. Igual, conforme, semejante (RAE, 1980: 1312).

Iniciativa: Acción de adelantarse a los demás en hablar u obrar. (RAE, 1980: 747)

Pasividad: Aplicase al sujeto que recibe la acción del agente, sin cooperar con ella. Aplicase al que deja obrar a los otros sin hacer por si cosa alguna (RAE, 1980: 986).

Justicia: es el principio normativo fundamental de la vida en común. El ideal y criterio superior de la acción individual, de las instituciones, o del orden fundamental de una comunidad política. La justicia por si sola es medida de una justificación o crítica moral de las reglas de convivencia. La justicia se afirma como virtud cuando, a pesar de tener una inteligencia o nivel superior, no se intenta perjudicar al otro (Otfried, 1994: 174). Muchos griegos, incluyendo los grandes trágicos y algunos filósofos presocráticos, consideraron la justicia en un sentido muy general: algo es justo cuando su existencia no interfiere con el orden al cual pertenece. En este sentido la justicia es muy similar al orden o a la medida. Pronto se destacan los aspectos sociales de la justicia: dado un orden social aceptado, cualquier alteración del mismo es injusta. La distinción que muchos sofistas establecen entre lo que es por naturaleza y lo que es por convención, afecta a la noción de justicia. La tendencia entre los sofistas es estimar que la justicia es por convención, esto es, que algo es justo cuando se acuerda que es justo. Mientras en las concepciones griegas clásicas la justicia constituye el elemento fundamental en la organización de la sociedad, en las concepciones cristianas, la justicia es desbordada por la caridad y la misericordia. Santo Tomás considera la justicia como un modo de regulación fundamental de las relaciones humanas, habla de tres clases de justicia: la conmutativa, basada en el cambio o trueque y reguladora entre las relaciones entre miembros de una comunidad; la distributiva, que establece la participación de los miembros de una comunidad en ésta y regula las relaciones entre la comunidad y sus miembros, y la legal o general, que establece las leyes que tienen que obedecerse y regula las relaciones entre los miembros y la comunidad. La justicia es equiparable a veces a la templanza, pero solo cuando se trata de una actitud personal o individual (Ferrater, 1994:1980-1983). La justicia es la igualdad, pero la igualdad de derechos, ya sea jurídicamente establecidos o moralmente exigidos. La justicia es aquel valor que permite la vida de la persona en su más alta dignidad. Es una forma de ordenar la existencia en la cual la persona entra en relación armónica con el mundo, con los otros hombres y con si mismo. La justicia se basa en la igualdad ética que supone un proyecto enriquecedor para todos. (Torralba, 2001: 364-365)

Injusticia: Acción contraria a la justicia (RAE, 1980: 747).

Motivación: Dar o explicar la razón o motivo que se tiene para hacer una cosa. (RAE, 1980: 898).

Paciencia: Un modo de estar en el mundo que se caracteriza por la capacidad de aceptar el ritmo de la realidad y el tiempo del otro (Torralba, 2002: 24). Ser paciente es dar tiempo al otro, saber que el otro tiene su ritmo y necesita su tiempo para desarrollarse. Ser paciente es tomar conciencia que el tiempo del otro es diferente del propio tiempo y que, en la vida social no vamos sincronizados como artefactos. Es comprender el carácter finito de la vida humana. (Torralba, 2001: 205). Virtud que consiste en sufrir sin perturbación del ánimo los infortunios y trabajos. (RAE, 1980: 956).

Impaciencia: Falta de paciencia (RAE, 1980: 730).

Perseverancia: Firmeza y constancia en la ejecución de los propósitos y en las resoluciones del ánimo. (RAE, 1980: 1012)

Inconstancia: Que muda con demasiada facilidad y ligereza de pensamientos aficiones, opiniones o conducta (RAE, 1980: 1012).

Prudencia: En la doctrina clásica, originariamente platónica, de las cuatro virtudes cardinales o principales, la prudencia es una de ellas. Platón afirma que la prudencia es un sano juicio que no afecta a ninguna actividad determinada, pero solo porque se aplica a todas las materias humanas. La prudencia es la virtud del que es moralmente juicioso o sano y se opone a la locura. Aristóteles indica que la prudencia no es ni un conocimiento ni un arte, es un estado o capacidad, esto es, un hábito, verdadero y razonado para actuar según lo que es bueno o malo para el hombre. Según Santo Tomás, aunque cada virtud posee su materia o esfera particular, las virtudes de la justicia, fortaleza y templanza, están dirigidas por la prudencia. Macrobio, distingue como partes integrales de la prudencia, la memoria en el sentido de experiencia, el intelecto en el sentido de intelección de lo singular, la docilidad, para seguir el buen consejo, la prontitud en la ejecución y la razón que significa lo que llamamos ser juicioso o razonable y también la providencia que incluye la previsión y la provisión, la circunspección que es atenta consideración de todas las circunstancias y la caución, precaución y cautela. La prudencia es entendida como un saber hacer las cosas de tal modo que se consiga los fines propuestos, por las vías más razonables (Ferrater, 1994:2944-2945). Se puede considerar un valor esencial para llevar a cabo lo que Max Weber llamaba la ética de la responsabilidad. Ser prudente quiere decir actuar pensando en las consecuencias, no solamente para uno mismo, si no también para los demás y para la naturaleza. La persona prudente calcula el alcance de su acción, se avanza a sus resultados y, de esta manera, evita males a terceros. Algunas veces se presenta la prudencia como la raíz y el origen de toda la vida ética (Torrallba, 2001:287).

Imprudencia: Falta de prudencia. Olvido de las precauciones que la prudencia vulgar aconseja, la cual conduce a ejecutar hechos que, a mediar malicia en el actor serán delitos (RAE, 1980: 734-735).

Respeto: Significa obsequio, veneración, acatamiento que se hace a uno. Miramiento, consideración, atención, causa o motivo particular. (RAE, 1980:1139). Si se explora etimológicamente la palabra respeto proviene del término en latín respicere, que quiere decir mirar atrás para seguir contemplando aquello que nos parece digno de admiración. Se puede definir como una actitud reverente del espíritu humano delante de las cosas que tiene delante de él, delante su propio cuerpo y también delante de las personas que le envuelven. Respetar al otro es tomar conciencia que hay una dimensión del otro, es un valor que se relaciona con el respeto al tiempo del otro. El respeto al mundo que envuelve a las personas, supone mirar las personas no como a medios útiles que están al servicio de la persona para llegar a alcanzar sus finalidades, si no como a entidades que son cuidadas y organizadas de la mejor manera posible. (Torrallba, 2001:135-136)

Insolentar: atrevimiento, descaro. Dicho o hecho ofensivo e insultante (RAE, 1980: 750).

Menospreciar: Tener una cosa o a una persona en menos de lo que merece (RAE, 1980: 866).

Responsabilidad: Obligado a responder de alguna cosa o por alguna persona. (RAE, 1980:1140). La palabra responsabilidad viene de la palabra latina *respondere*. Ser responsable significa responder a la voz de los valores que piden ser realizados. Ser responsable es responder a las consecuencias de tal respuesta. La persona que quiere ser responsable toma distancia respecto del mundo, del que le viene impuesto desde el exterior y se esfuerza para descubrir los diferentes valores, ordenándolos según el rango que ostentan y conceder la primacía a los más elevados. No hay una auténtica libertad sin responsabilidad, ni hay responsabilidad sin libertad. La persona es un ser libre para asumir el compromiso y reconocer la capacidad para asumir el compromiso y su respuesta. (Torralba, 2001: 315-316)

Irresponsabilidad: Dicese de la persona a quien no se puede exigir responsabilidad (RAE, 1980: 761).

Rigor: Propiedad y precisión. (RAE, 1980: 1149). Hace falta defender el rigor como valor en la vida laboral, pero hace falta evitar la caída en el rigorismo. El rigor pide exigencia, tenacidad en el esfuerzo, búsqueda incondicional de aquello óptimo y voluntad constante de mejora (Torralba, 2001: 296-297).

Flexibilidad: Disposición del ánimo a ceder y acomodarse fácilmente a un dictamen (RAE, 1980: 624).

Sensibilidad: Hay una contraposición entre lo sensible y lo inteligible. Esta contraposición es descrita de muy distintas maneras por los filósofos. El *mundus sensibilis* y el *mundus intelligibilis*. El conocimiento sensible y el conocimiento intelectual. Estas especies de contraposición entre lo sensible y lo inteligible pueden agruparse en dos principales: la concepción metafísica según la cual lo sensible y lo inteligible son dos mundos o dos formas de ser, y la concepción gnoseológica, según la cual se trata de dos formas de conocimiento. Sin embargo, algunos filósofos como Kant indican que no hay que hablar de dos mundos, sino solo de dos formas de conocimiento. Aunque Aristóteles entiende asimismo lo sensible, a diferencia de lo inteligible, como un modo de percibir, si bien este modo de percibir tiene sus propios objetos, que son llamados sensibles (Ferrater, 1994:3229).

Solidaridad: La solidaridad es un sentimiento y un valor por los que las personas se reconocen unidas, compartiendo las mismas obligaciones, intereses o ideales. La solidaridad esta relacionada con valores como la amistad, la benevolencia, la caridad o la fraternidad. En el siglo XIX, los primeros teóricos de la sociología (Comte, Durkheim) reconocen una solidaridad de hecho y la distinguen de una solidaridad de derecho. La solidaridad de hecho procede de los lazos biológicos, históricos y culturales que unen al individuo con su pasado. La segunda consiste en la obligación moral derivada de tales lazos, por la cual toda persona debe actuar en beneficio de la sociedad. (Otfried, 1994: 268).

Egoísmo: Inmoderado y excesivo amor que uno tiene a si mismo, y que le hace atender desmedidamente a su propio interés, sin cuidarse de los demás (RAE, 1980: 742).

Subordinación: Sujeción a la orden, mando o dominio de uno. (RAE, 1980: 1223).

Suplencia: Acción y efecto de suplir una a otra, y también el tiempo que dura esta acción (RAE, 1980: 1230).

Tacto: El tacto en sentido metafórico, no se refiere al sentido físico de tocar, si no a una manera de ser en el mundo. Tener tacto en este sentido, es saber decir aquello que toca decir, y saber callar cuando es oportuno. Significa saber retirarse en el momento adecuado para la situación que se vive. Es saber estar, saber decir, saber callar, saber marchar a tiempo, saber, en definitiva, el que se ha de hacer y el que no se ha de hacer en un momento determinado. Es una especie de sabieza práctica (Torralba, F 2001:142).

Tecnicismo: Conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o un arte (RAE, 1980: 1248).

Tolerancia: Se entiende por tolerancia el dejar estar y dejar hacer; el respeto de las opiniones y formas de conducta que pueden parecer extrañas. Como actitud personal con respeto a los demás, la tolerancia no equivale a una indiferencia en materias religiosas, morales políticas o ideológicas. Antes bien la tolerancia presupone tener unas convicciones firmes, respetando sin embargo las ajenas. La tolerancia se basa en la noción de que ninguna persona está en última instancia libre de prejuicios o errores, pero sobre todo en el reconocimiento de los demás como personas libres e iguales, con el derecho a expresar sus opiniones y actuar de acuerdo con ellas, en la medida que no impidan el ejercicio del mismo derecho de los demás. La tolerancia hace posible la convivencia en libertad y humanidad (Otfried, 1994: 282). En los últimos siglos, adquiere el termino tolerancia varios sentidos: por una parte significa indulgencia para con ciertas doctrinas u obras; por otra parte, respeto a los enunciados y prácticas políticas siempre que se hallen dentro del orden prescrito y aceptado libremente por la comunidad; finalmente actitud de comprensión frente a las opiniones contrarias en las relaciones interindividuales, sin cuya actitud se hacen imposibles dichas relaciones. De acuerdo con su aceptación originaria, sin embargo, la tolerancia se refiere al margen de libertad concedido a diversas sectas religiosas con vistas hacer factible la vida de sus adherentes en una misma comunidad. (Ferrater, 1994:3523-3524). Es el valor esencial de las sociedades democráticas y plurales (Torralba, 2001: 261-262).

Intolerancia: Falta de tolerancia. (RAE, 1980: 756). Muchos filósofos consideran que perseverar en la propia opinión a despecho de razones contra ella es una manifestación de dureza y rigidez. A esta actitud se le puede llamar intolerancia, contraria a tolerancia (Ferrater, 1994:3523-3524).

Valor: Una concepción de los valores solo puede tener una significación motivadora entendida en una relación originaria con la acción. Los valores individuales de una persona están siempre en relación con valores sociales, pues cada persona se enfrenta a los demás en la satisfacción de sus necesidades. La prioridad de los valores sociales se comprueba por la experiencia contenida en las costumbres, así como por el peso del consenso. Según Scheler, las valoraciones de las personas proceden de una intuición intencional, en la cual, trascendiendo las cosas reales, se sienten emotivamente en su idealidad. Una sociedad basada en los valores de la libertad de la persona, conquistada a lo largo del esfuerzo de humanización de varios siglos, supone la convicción de que hay que respetar la pluralidad de los sistemas de valores de los diferentes grupos humanos (Otfried, 1994: 290). El concepto valor tratado en sentido filosófico es la noción capital en la Teoría de los Valores. En esta teoría se procede a analizar y determinar la

naturaleza y carácter del valor y de los llamados juicios de valor. Ello distingue la teoría de los valores de un sistema cualquiera de juicios de valor, que son anteriores a la teoría de los valores propiamente dicha. La teoría de los valores tiene varios orígenes. Nietzsche interpreta las actitudes filosóficas no como posiciones del pensamiento ante la realidad, sino como la expresión de actos de preferir y preterir, da gran impulso a lo que se denomina posteriormente teoría de los valores. Él tiene conciencia de la importancia de la noción de valor como tal, por cuanto habla de valores y de inversión de todos los valores. De este modo se descubre el valor como fundamento de las concepciones del mundo y de la vida, las cuales consisten en la preferencia por un valor más bien que en la preferencia de una realidad. La teoría de los valores como disciplina filosófica relativamente autónoma surge con los trabajos de algunos filósofos de los siglos XIX y XX. Se destacan: Lotze, Brentano, Meingnon, Ehrenfels, Rickert, Orestano, Münsterberg, Bosanquet, Lessing, Müller-Freinfels. Siguiendo las orientaciones de estos filósofos o con dependencia de ellos, se distinguen en el cultivo de la teoría de los valores pensadores como Dewey, R.B. Perry, Max Scheler, Nicolai Hartmann, J.N. Findlay, Raymond Polin, Jean Pucelle, Louis Lavelle, Risieri Frondizi, Robert S. Hartman, S. C. Pepper, y otros. Muy influyentes son en los países de lengua castellana las investigaciones de Max Scheler y Hartmann. Scheler indica que todas las teorías de los valores pueden dividirse en tres tipos: 1) Lo que puede llamarse teoría platónica del valor, con sus varios matices e interpretaciones. En esta teoría se sostiene que el valor es algo absolutamente independiente de las cosas; mejor aún, que es algo en que las cosas valiosas están fundadas, de tal suerte que un bien lo es solo por el hecho de participar de un valor situado en una esfera metafísica y aun mitológica. Los valores seran en tal caso entidades ideales, perfecciones absolutas. La confusión de la irrealidad del valor con la idealidad de los objetos ideales tiene su base en una actitud intelectualista para la cual el espíritu, la razón, son los que, frente a la sensibilidad, descubren los valores y efectúan la identificación del ser con el valor. Esta posición plantea los más espinosos problemas cuando tiene que enfrentarse con la efectividad del mal, pues este tiene que ser considerado forzosamente como una disminución del ser y aun como una nada. 2) El nominalismo de los valores, para el cual el valor es relativo a la persona o a cualquier portador de valores. El valor es fundado entonces en la subjetividad, en el agrado o desagrado, en el deseo o repugnancia, en la atracción o repulsión, que son actitudes necesarias vinculadas al valor, pero que no pueden constituir la esencia última del valor. El motivo fundamental de este nominalismo de los valores radica en la reducción de todos los valores de orden superior a los valores de orden inferior, en los cuales hay efectivamente coincidencia del valor con el agrado. Este nominalismo parece resultar justificado cuando el absolutismo de los valores llega a negar la necesidad de que haya una conexión entre el valor y el depositario de los valores, y sobre todo cuando llega a aniquilar a la persona, concibiéndola como un medio y no como un fin. 3) Lo que Scheler llama teoría de la apreciación. Los valores son aprehendidos por una intuición emotiva, distinta de la mera aprehensión psicológica. Dentro de una teoría pura de los valores puede distinguirse aún entre teoría pura de los valores mismos, y una de las posturas valorativas, lo que corresponde respectivamente a una teoría lógica del objeto y a una teoría del pensamiento.

Los valores tienen estas seis características: (1.) El valer. La característica del valor es el ser valente, a diferencia del ser ente y del ser válido que se refiere a lo que tiene validez. La bondad, la belleza, la santidad no son cosas reales, pero tampoco entes ideales. Los objetos reales vienen determinados según sus clases por las notas de espacialidad, temporalidad, causalidad. Los objetos ideales son intemporales. Los valores son

también intemporales. Los valores son también intemporales y por eso son confundidos a veces con las idealidades, pero su forma de realidad no es el ser ideal ni el ser real, sino el ser valioso. La realidad del valor es, pues, el valer. (2.) Objetividad. Los valores son objetivos, no dependen de las preferencias individuales, sino que mantienen su forma de realidad más allá de toda apreciación y valoración. La teoría relativista de los valores sostiene, que los actos de agrado y desagrado son el fundamento de los valores. La teoría absolutista sostiene, en cambio, que el valor es el fundamento de todos los actos. Los relativistas desconocen la forma peculiar e irreducible de realidad de los valores. Los absolutistas llegan en algunos casos a la eliminación de los problemas que plantea la relación efectiva entre los valores y la realidad humana e histórica. La objetividad del valor es solo la indicación de su autonomía con respecto a toda estimación subjetiva y arbitraria.

(3.) No independencia. Los valores no son independientes, pero esta dependencia no debe entenderse como una subordinación del valor a instancias ajenas, sino como una independencia ontológica, como la necesaria adherencia del valor a las cosas. Por eso los valores hacen siempre referencia al ser y son expresados como predicaciones del ser. (4) Polaridad. Los valores se presentan siempre polarmente, porque no son entidades indiferentes como las otras realidades. Al valor de la belleza se contraponen siempre el de la fealdad; al de la bondad, el de la maldad. La polaridad de los valores es el desdoblamiento de cada cosa valiente en un aspecto positivo y un aspecto negativo. El aspecto negativo es el llamado disvalor. (5.) Cualidad. Los valores son totalmente independientes de la cantidad y por eso no pueden establecerse relaciones cuantitativas entre las cosas valiosas. Lo característico de los valores es la cualidad pura. (6) Jerarquía. Los valores no son indiferentes no sólo a los que se refiere a su polaridad, sino también en las relaciones mutuas de las especies de valor. El conjunto de valores está ordenado jerárquicamente. La clasificación más habitual de los valores comprende los valores lógicos, los éticos y los estéticos. Münsterberg erige una tabla de valores a base de las mencionadas esferas, pero determina en cada valor dos orígenes diferentes: el espontáneo y el consciente. El conjunto de los valores está fundado, en un mundo metafísico absoluto. Rickert agrega a este sistema de valores los de la mística, de la erótica y de la religión. Para Scheler, los valores se organizan en una jerarquía cuyo grado inferior comprende los valores de lo agradable y desagradable, y cuyos grados superiores son, de menor a mayor, los valores vitales, los espirituales (valores de lo bello y lo feo, de lo justo e injusto, del conocimiento)

Desvalor: Falta de mérito o de estimación (RAE, 1980: 467).

Verdad: En el ámbito moral, verdad significa la medida o criterio al que se remite la acción humana como buena o mala. La verdad práctica se distingue por su relación al obrar de la verdad teórica de la ciencia natural. Veracidad: se denomina al compromiso subjetivo con la verdad (Otfried Höffe, 1994: 291). La veracidad es la interiorización de la exigencia de decir la verdad. Ser veraz significa decir el que las cosas son las que son y sin artificios. Hay dos elementos íntimamente ligados a la voluntad de verdad y que son indispensables porque, de hecho, haya una auténtica veracidad, a saber, la precaución respecto al que escucha y el coraje de decirlo cuando es difícil comunicarla a causa del contenido de aquella. Es veraz el que dice la verdad pensando en el otro, en la capacidad de comprensión y de digestión por parte del otro. (Torralba, 2001: 223-224). Conformidad de las cosas con el concepto que de ellas forma la mente. Conformidad de lo que se dice con lo que se siente y se piensa. (RAE, 1980: 1333).

Virtud: (griegos: areté; latín virtus) Aunque devaluado en la época moderna en beneficio del concepto de deber, este concepto, entendido correctamente, no pierde empero su significado central. La virtud es el ideal de la auto educación en la excelencia de la persona humana. La virtud es una práctica de vida adquirida por un ejercicio continuado: la disposición de las facultades y fuerzas emocionales y cognitivas a realizar el bien moral, a fin de que este no resulte ni del azar ni tampoco del simple hábito o la presión social, sino de una libertad aun con una dosis de necesidad, es decir, del poder y la fuerza del yo de una personalidad moralmente formada. Ser virtuoso significa llevar una vida responsable y consecuente con uno mismo y con los demás, y fomentar el propio autodesarrollo. La vida virtuosa no se manifiesta en acciones heroicas excepcionales, sino a lo largo de toda una vida, en sus diferentes aspectos y ámbitos.

Desde Platón, es canónica en la tradición occidental la división de las virtudes en cuatro fundamentales (o cardinales), Aristóteles añade otras nuevas y la ética cristiana las amplía con las virtudes teologales de fe, esperanza y caridad. a) la prudencia: una virtud del intelecto, es la capacidad y firme propósito de reconocer aquí y ahora los medios justos y formas adecuadas para determinar, con sentido de la realidad, y sentido crítico, lo que es moralmente bueno en una situación dada. b) la justicia: es la actitud de respeto de la propia dignidad y de la de los demás, que se revela tanto contra la injusticia propia como contra la sufrida por uno. c) La fortaleza: es la disposición a defender la propia vida y la de otros, y las convicciones propias, incluso frente a las amenazas, físicas, sociales o políticas. d) La templanza. Rechaza tanto la represión de las pulsiones humanas como el empeño desenfrenado en satisfacerlas. Ordena las tendencias a una satisfacción armoniosa de los diferentes placeres sensoriales y espirituales, haciendo posible la felicidad. Entre las virtudes hoy reconocidas como relevantes figuran la solidaridad, la tolerancia, la paciencia. (Otfried Höffe, 1994: 295-297). Es un modo de ser, es decir, una manera de estar en el mundo y de relacionarse con las personas y con la naturaleza. La virtud es voluntaria, esta en el poder de las personas que se comporten de una manera o de otra (Torralba, 2002: 24).

Virtus significa fuerza, poder, de donde poder de una cosa, eficacia. La virtud desde muy pronto es entendida en el sentido del hábito o manera de ser de una cosa, hábito que se hace posible porque hay previamente en ella una potencialidad o capacidad de ser de un modo determinado. Definida de un modo más general, la virtud es respecto a una cosa lo que completa la buena disposición a la misma, lo que la perfecciona; en otros términos la virtud de una cosa es, propiamente hablando, su bien, pero no un bien general y supremo, sino el bien propio y intransferible. Virtud puede decirse, aquello que hace que cada cosa sea lo que es. Tal noción de virtud es prontamente trasladada a la persona; virtud es entonces, por lo pronto el poder propiamente humano en cuanto se confunde con el valor, el coraje, el animo. La virtud es lo que caracteriza a la persona, y las definiciones de la virtud atienden en tal caso a lo que consideran el carácter específico del ser humano. Este carácter esta expresado según Aristóteles por el justo medio; la virtud es un hábito, una cualidad que depende de nuestra voluntad consistiendo en este medio que hace relación a las personas, y que esta regulado por la razón en la forma que lo regula el verdadero sabio. La virtud concierne a todas las actividades humanas y no solo a las llamadas morales.

Platón habla de las virtudes que luego son llamadas cardinales o principales: prudencia, templanza, fortaleza, justicia y santidad. Se habla con frecuencia de la unidad de las virtudes cardinales en cuanto no puede practicarse una de sola. Aristóteles distingue entre virtudes éticas y virtudes dianoéticas, esta última debe su origen y desarrollo a la instrucción, por cuya razón debe experiencia y tiempo, en tanto que la virtud ética procede del hábito. La racionalidad de la virtud, su posibilidad de ser enseñada, conducen a una continua clasificación y reclasificación de las virtudes. En la Edad Media abundan los trabajos sobre la naturaleza y sobre las clases de las virtudes, tanto por parte de teólogos y filósofos árabes y judíos como cristianos. San Agustín da una definición de la virtud que se hace célebre: la virtud es el orden del amor; también la define como una buena cualidad de la mente mediante la cual las personas viven derechamente, cualidad de la que nadie puede abusar y que se produce a veces en las personas sin su intervención. Santo Tomás examina minuciosamente el problema de la naturaleza de la virtud, las clases de virtudes y las relaciones entre las virtudes. La idea general de virtud es una buena cualidad del alma, una disposición sólida y firme de la parte racional del hombre. Según su origen etimológico, virtud designa una capacidad. La virtud tiene un carácter habitual es decir, un hábito, un buen hábito. En la clasificación de las virtudes es capital la distinción entre virtudes adquiridas y virtudes infusas. Según Santo Tomás las virtudes teologales son las que encaminan hacia una felicidad sobrenatural. Las virtudes teologales son infusas.

En la época moderna la concepción de virtud sigue las huellas de la antigüedad y de la Edad Media. En esta época se discuten mucho las cuestiones relativas al carácter subjetivo o individual, y social de las virtudes. Sigue siendo común en la época moderna asociar virtud con hábito. La virtud es concebida asimismo como el ánimo y coraje de obrar bien o, según Kant dice, como la fortaleza moral en el cumplimiento del deber. En la obra de Kant, se diferencia entre la Doctrina del derecho, o doctrina de lo justo, investiga el principio de las acciones humanas internas. La doctrina de las virtudes es la ética, llamada antiguamente doctrina de las costumbres y también doctrina de los deberes. Kant trata de la virtud como una fortaleza moral, a diferencia de una esencia de virtud que es una debilidad moral. En cuanto doctrina de los deberes, la doctrina de las virtudes trata de los deberes de la persona para consigo mismo, para con las demás personas y para con los seres no humanos. En cuanto a la ética, la doctrina de las virtudes es una doctrina elemental o básica o una doctrina del método. Kant destaca entre las virtudes la fortaleza y la prudencia. Schiller hecha de menos en el concepto Kantiano de virtud el elemento de la espontaneidad. Nietzsche, critica el moralismo Kantiano, y pone de relieve el sentido originario, y más fuerte de virtud, como potencia (Ferrater, 1994:3704-3708).

Vocación: En el análisis de esta noción, Heidegger expresa en *Ser y Tiempo*, por cuanto la vocación es identificada con el llamado Cuidado. Y como este es el ser de la existencia, la vocación del Cuidado o Existencia puede ser considerada como la vocación o llamada de la existencia. Ortega analiza la vida humana no en términos de carácter si no en términos de vocación o de destino personal. Esto imprime a las acciones humanas un sello que las hace siempre decisivas y, por tanto, impide que puedan ser consideradas meramente simbólicas. La vocación es, así, el fondo de la vida humana y puede ser identificada con el quehacer estrictamente personal de la misma. Al ser fieles a la vocación somos fieles a nuestra propia vida, y por eso la vocación designa la mismidad y autenticidad de cada ser humano. Por el mismo motivo la vocación, el

llamado o el destino equivalen al designio o programa vital en el curso del cual la vida llega a ser lo que auténticamente es (Ferrater, 1994:3716).

Glosario de términos que incluyen las entrevistas en profundidad

Alzheimer: Enfermedad neurológica degenerativa. Demencia (Casassas, 1990:pp71).

Auto lisis: Suicidio (Casassas, 1990:pp152).

Bronco escopia: Examen del interior de los bronquios mediante la introducción de un fibroscopio (Casassas, 1990:pp198).

Conmoción cerebral: Inhibición brusca, temporal o duradera, de las funciones de los centros nerviosos (especialmente de la conciencia) ocasionada por un traumatismo, generalmente craneal (Casassas, 1990:pp316).

Diálisis: Difusión de solutos a través de una membrana semipermeable. En medicina se utiliza para separar de la sangre sustancias tóxicas, especialmente las retenidas por culpa de la insuficiencia de la función renal de eliminación (Casassas, 1990:pp418).

Drum: Catéter venoso.

Ecografía: Técnica de localización de objetos basada en la emisión de ondas ultrasónicas a través de la piel, hacia el órgano a estudiar, y su recepción una vez han estado reflejados por él (Casassas, 1990:pp455).

Epilepsia: Síndrome de expresión clínica variada caracterizada por la aparición de fenómenos paroxismales, transitorios, con pérdida de conciencia o sin, que empiezan en forma de crisis, con tendencia a la repetición (Casassas, 1990:pp503).

Hemiplejías: Síndrome caracterizado por la abolición de la movilidad voluntaria en una mitad del cuerpo de una persona (Casassas, 1990:pp722).

HIV: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Casassas, 1990:pp1416).

Intubación: Colocación temporal o permanente de un tubo, en un conducto, un órgano vacío o una cavidad orgánica (Casassas, 1990:pp820).

Frotis: Preparación microscópica, obtenida extendiendo sobre el portaobjetos y dejándolo secar, un líquido orgánico espeso, o otra sustancia (Casassas, 1990:pp655).

Glucemia: Concentración de glucosa en la sangre (Casassas, 1990:pp694).

Mastectomía: Extirpación quirúrgica de la glándula mamaria (Casassas, 1990:pp940).

Metadona: La fórmula es de estructura parecida a la morfina, pero con una acción analgésica tres veces más potente; en cambio no produce tanto mareo, ni depresión. Es utilizada en el tratamiento de supresión de la adicción a las drogas (Casassas, 1990:pp968).

Neonatología: Rama de la pediatría que comprende el estudio y la asistencia de los niños recién nacidos (Casassas, 1990:pp 1044).

Neurocirugía: Cirugía del sistema nervioso (Casassas, 1990:pp1053).

Oncología: Patología que trata de los tumores (Casassas, 1990:pp1089).

Palomita: tipo de catéter venoso.

Quimioterapia: Denominación genérica de los tratamientos con sustancias químicas que actúan sobre determinados microorganismos, y células patológicas sin dañar a las normales (Casassas, 1990:pp1286).

Sedantes: Sustancias que calman. Disminuyen la sensación de dolor, o mas bien la excitación del sistema nervioso central (Casassas, 1990:pp1370).

Sondaje vesical: Cateterismo vesical. Introducción de una sonda en la vejiga (Casassas, 1990:pp1444).

TAC: Tomografía axial computada (Casassas, 1990:pp1462).

UNED: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Uña incarnata: Uña en que los bordes crecen de manera anómala y penetran en los tejidos periúneales.

Válvula: Estructura anatómica, o artificial, que permite el cierre o la abertura de algún orificio o conducto (Casassas, 1990:pp1570).

Relación de tablas y gráficos

Capítulo 2. Referentes Teóricos.

Valores sociales y profesionales.

Tabla 2.1 Componentes y funciones de los valores.

Tabla 2.2 Tipología de valores según Milton Rokeach, en 1982.

Tabla 2.3 Los valores en la sociedad actual.

Tabla 2.4 Valores, actitudes, y conductas profesionales. (Identificadas por American Association of Colleges of Nursing, 1986).

Tabla 2.5 Valores y actitudes enfermeras (Identificadas por Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec, 1994)

Tabla 2.6 Valores y actitudes enfermeras (Identificadas por el Consejo Internacional de Enfermería, 1953).

Tabla 2.7 Valores y actitudes enfermeras. (Identificadas en el Código Deontológico de la Enfermería española, 1989).

Capítulo 3. Metodología.

Tabla 3.1 Muestra final

Capítulo 4 Trayectorias de valores y actitudes durante la formación.

Independencia, crisis y percepciones iniciales de la profesión.

Tabla 4.1 Motivación a la formación

Tabla 4.2 Valores y actitudes iniciales.

De la visión ideal a los modelos profesionales

Tabla 4.3 Elementos que se identifican en la formación enfermera (ATS) (1953- 1977).

Tabla 4.4 Diferencia de orientación y requisitos según género. Periodo 1953-1977.

Tabla 4.5 Elementos que generan avance profesional. Periodo 1970-1977.

Tabla 4.6 Proceso de cambio: en la transformación de escuelas de ATS en Escuelas Universitarias.

Tabla 4.7 Razones de las alumnas/os para elegir la Escuela.

Tabla 4.8 Estructura curricular actual.

Tabla 4.9 Experiencias y vivencias de la formación práctica. Aspectos relevantes, características, actitudes y valores.

Tabla 4.10 Proceso de cambio en los valores y actitudes en el periodo de formación.

Tabla 4.11 Evolución de los valores profesionales a través de la formación (1953-2005).

Capítulo 5. Trabajar de enfermera/ Ser enfermera.

Tabla 5.1 Evolución de las condiciones de trabajo enfermero entre 1970 y 2004.

Tabla 5.2 Valores de las organizaciones sanitarias privadas e impacto en la práctica profesional enfermera.

Tabla 5.3 Impacto para las enfermeras/os de organizaciones sanitarias “cuidadoras” versus las “no cuidadoras”.

Tabla 5.4 Estrategias de asesoramiento de enfermeras/os expertas.

Tabla 5.5 Presión asistencial en las enfermeras/os noveles: Identificación de factores clave.

Tabla 5.6 Factores de riesgo en el intrusismo y repercusiones en la práctica profesional.

Tabla 5.7 Práctica profesional en situaciones específicas: cárceles.

Tabla 5.8 Deseo de empezar de nuevo.

Tabla 5.9 Descubrir los beneficios “al otro”, en la práctica profesional enfermera.

Tabla 5.10 Valores y actitudes consolidadas.

Capítulo 6. Excelencia y nuevas relaciones intra e interprofesionales.

Tabla 6.1 Elementos clave que identifican a la enfermera/o experta.

Tabla 6.2 Características y factores relacionados con la práctica profesional al inicio del siglo XXI.

Tabla 6.3 Estrategias que identifica el colectivo enfermero como útiles para el avance profesional.

Tabla 6.4 Características de las prácticas enfermeras y valores identificados emergentes: Cuidados paliativos, Enlace Hospital/ Primaria, Empresas y Higienista.

Tabla 6.5 Construcción de la práctica enfermera en Asistencia Primaria.

Tabla 6.6 Valores y actitudes emergentes.

Capítulo 7. Imágenes, estereotipos y paradojas

Tabla 7.1. Imagen enfermera: rasgos y valores que la acompañan.

Tabla 7.2 Evolución de la imagen enfermera.

Tabla 7.3 Rasgos de la práctica médica que influyen en la construcción de la imagen enfermera.

Capítulo 8. Cambio de paradigmas profesionales.

Tabla 8.1 Redefinición de los espacios profesionales propios de Enfermería, en el Área asistencial.

Tabla 8.2 Redefinición de los espacios profesionales propios de Enfermería en el Área Asistencial hospitalaria y Docencia.

Tabla 8.3 Redefinición de los espacios profesionales propios de Enfermería en el Área de Gestión e Investigación.

Tabla 8.4 Evolución de los valores enfermeros en el transcurso del siglo XX.

Tabla 8.5 Noción de cuidar. Valores y actitudes.

Gráfico 1 Noción de cuidar. Valores y actitudes.

Lista de Abreviaciones

AACN: American Association of Colleges of Nursing

ATLASTI: Programa informático para el análisis cualitativo.

ATS: Ayudante Técnico Sanitario.

CCECS: Consell Català d'especialitats en Ciències de la Salut

CIE: Consejo Internacional de Enfermería.

DE: Diplomada /o en Enfermería.

FIS: Fondo de investigación sanitaria.

FP: Formación profesional.

GDR: Grupo de diagnósticos médicos relacionados.

ICS: Institut Català de la Salut.

LOPS: Ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIPE: Normalización de las intervenciones de la práctica enfermera.

PAE: Proceso de atención de enfermería. Herramienta metodológica de resolución de problemas identificados por las enfermeras.

REUNI: Red de unidades de investigación.

UCI: Unidad de cuidados intensivos.