

**ESTRATEGIAS DE LAS ENFERMERAS CLÍNICAS
EN EL CONSTRUCTO DE LOS CUIDADOS
BÁSICOS DE ENFERMERÍA**

Una perspectiva emic, desde la teoría
fundamentada, en el marco hospitalario
público de Elche y Elda

Autores:

DR. FERNANDO TALENS BELÉN

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Imprenta Senén
Dep.Legal: V-3091-2015
I.S.B.N.: 978-84-608-4043-5
CECVN78

A ti, enfermera,
con tu hacer diario das voz al latido de esta bella profesión.

“No basta saber, se debe también aplicar.
No es suficiente querer, se debe también hacer”

Goethe (1749-1832)

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica que hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo; la formación y la experiencia son necesarios para saber cómo observar y qué observar, cómo pensar y qué pensar;”

Florence Nightingale (1820-1910)



AGRADECIMIENTOS

Antes de iniciar la presentación de este trabajo de investigación expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que me han acompañado y han contribuido, de alguna forma, a la realización de esta obra basada en mi Tesis Doctoral. Sin duda son muchas, difícil enumerarlas que no recordarlas.

Al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) por su incansable labor dedicada al desarrollo profesional y disciplinar de Enfermería. Por difundir a tantos profesionales esta línea de investigación. Si otras colegas enfermeras encuentran utilidad en los hallazgos del estudio en la reflexión de la praxis enfermera y el rol social que desempeña enfermería, o bien como estímulo de investigación para proseguir profundizando en el corpus de conocimiento de enfermería, quedarían sobradamente colmadas las aspiraciones del estudio y de su autor.

Como enfermero clínico, por mi formación como Diplomado en Enfermería, por la propia experiencia y las disertaciones con otros colegas, me he preguntado por las diferentes maneras con las que afrontan las enfermeras, mis compañeras o yo mismo, las distintas situaciones que se dan en la práctica clínica. Por la asimetría y disparidad de los cuidados brindados siendo, a priori, el denominador común que nos une a todos los profesionales de enfermería, me propuse comenzar este estudio de investigación.

Las personas no se definen por la actividad profesional que desempeñan, en tanto, la complejidad de cada individuo lo constituye en un ente mayor. Sin embargo, en mi caso me enorgullece decir que soy enfermero. Mi relación y vinculación con enfermería traspasa los límites puramente laborales y profesionales como enfermero asistencial. Mis inicios se remontan a la niñez siendo la tercera generación de enfermeros. Primero con mis dos abuelos, en aquellos entonces, llamados Practicantes, una segunda generación familiar como A.T.S., y yo, ahora, como Diplomado Universitario en Enfermería. Máxime cuando mi proyecto de vida personal se encuentra unido al de una enfermera.

Quizás por ello no entienda la enfermería tan solo como una profesión o un medio de sustento de vida. Por el contrario, representa una

filosofía de cómo interactuamos con otras personas y la forma de vivir que éstas tienen. Cuyos valores y principios convergen en el crecimiento personal y profesional.

Mi especial gratitud y reconocimiento a mis abuelos, Joaquín y Pepe, a mi tío José Luis, a través de sus vivencias y recuerdos tuve conciencia del significado de enfermería e inicié un romance que aún perdura.

A mis padres, Fernando e Isabel, que junto con mis hermanos, Miryam y Borja, han sido y son ejemplo de esfuerzo, perseverancia y constancia en los continuos retos de la vida y, cómo no, a mi esposa, María, que con generosas dosis de comprensión y amor impulsa cada uno de mis proyectos.

A la directora de mi Tesis por su tiempo y dedicación, pero sobre todo por creer en este proyecto y hacerlo realidad. Animándome en los momentos de incertidumbre, Dra Isabel Casabona Martínez.

A todos los profesores y compañeros de profesión que me han transmitido sus inquietudes y conocimientos enriqueciendo y despertando los míos propios.

A las enfermeras participantes del estudio sin su generosa y desinteresada contribución este estudio nunca hubiera sido posible.

Al Hospital General Universitario de Elche que a través de su Dirección de Enfermería me ha prestado todo el apoyo institucional y personal. Al Hospital General Universitario de Elda por aquellos gratificantes años que me acogió.

Finalmente, y no por ello menos sentido, a la Facultad de Ciencias de la Salud y al Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante, cuyos profesionales realizan su trabajo con esfuerzo y tesón por impulsar la disciplina de enfermería.

Este trabajo representa mi aportación personal, a modo de tributo, a esta profesión que tantas satisfacciones me sigue dando. Sin embargo, ha revertido en mí una vez más como si de un boomerang se tratase recibiendo mucho más de lo que ofrezco.



PRÓLOGO

Se presenta aquí la publicación de una tesis doctoral, esta publicación está enmarcada dentro de las actividades que está llevando a cabo el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana CECOVA con el fin de dar a conocer las actividades enfermeras en todos los ámbitos de actuación, el ámbito académico también.

Esta tesis doctoral fue leída en la Universidad de Alicante en noviembre de 2014.

Desde el principio de trabajar en este proyecto de investigación el ya Doctor Fernando Talens, me transmitió su vinculación con los cuidados... con enfermería... que traspasa los límites puramente laborales y profesionales y se enmarca directamente con su entorno familiar. Esta relación se remonta a la niñez, Fernando es la tercera generación de enfermeros. Primero con sus dos abuelos, los llamados Practicantes, una segunda generación familiar como A.T.S., y, ahora, el mismo como Diplomado Universitario en Enfermería, compartiendo su trayectoria vital con otra enfermera.

Con todo este bagaje personal..., que se plantea el autor a la hora de realizar esta investigación?

El objetivo del autor es conocer las diferentes maneras con las que afrontan las enfermeras las distintas situaciones que se dan en la práctica clínica.

Recomiendo la lectura de esta investigación, se cumple el objetivo formulado y es seguro que con su lectura, otros colegas enfermeros, encontraran utilidad en los hallazgos de la investigación, bien como reflexión de la praxis enfermera y el rol social que desempeña enfermería como disciplina y profesión, o bien, como estímulo de investigación para proseguir profundizando en la investigación del corpus de conocimiento de enfermería.

Estudiar y comprender nuestro pasado nos centra y ayuda a crecer profesionalmente, nos da visibilidad social y cumple con el objetivo de toda actividad enfermera: el paciente y la buena praxis en el universo de los cuidados.

Dra. Isabel Casabona Martínez
Directora Tesis Doc



RESUMEN

Acorde con el progreso científico y tecnológico la mayoría de los problemas de salud pueden ser abordados desde distintas vertientes con diferentes intervenciones clínicas. Algunas de estas intervenciones difieren de la evidencia científica disponible. Hecho constatado por la literatura enfermera que denuncia el desencuentro teórico-práctico en la praxis enfermera y que ahonda entre sus problemas epistemológicos en la indefinición de los cuidados de enfermería. Máxime cuando las investigaciones en enfermería son, en su mayoría, llevadas a cabo por académicos y docentes y no por enfermeros clínicos.

El presente estudio tiene como pretensión explorar cómo conforman los profesionales de enfermería el proceso de elaboración de los cuidados básicos de enfermería en la práctica clínica. A partir del significado de los conceptos que intervienen en dicho proceso saber de las estrategias que utilizan las enfermeras clínicas para configurar tales cuidados básicos, como el rol profesional que adoptan en la praxis enfermera.

Para tal efecto, se aborda el estudio desde el paradigma hermenéutico-interpretativo con metodología cualitativa mediante la Teoría Fundamentada, con perspectiva emic, enfermeras clínicas, cuya labor asistencial desarrollan en los hospitales públicos ubicados en las ciudades de Elche y Elda.

Los datos son analizados dentro del contexto teórico de la Teoría Enfermera del Déficit del Autocuidado, de Dorothea Orem.

Los resultados obtenidos muestran que las enfermeras clínicas interiorizan distintas formas de entender los cuidados de enfermería en la práctica clínica. Si bien, para su elaboración intervienen e interaccionan cuatro subcategorías:

1. Motivación de las enfermeras en la praxis clínica.
2. Resolución problemas en la praxis clínica.
3. Formación de las enfermeras.
4. Percepción de la disciplina/profesión enfermera.

Todas ellas, en su conjunto explican la categoría principal: los cuidados básicos de enfermería.

En función del significado que tienen los conceptos que integran las categorías adoptan diferentes estrategias en la construcción de los cuidados básicos de enfermería en la praxis.

El estudio pone el acento sobre la ambigüedad conceptual en torno a qué son cuidados de enfermería. Técnicas y cuidados se encuentran solapados en la clínica. Para descender del nivel de abstracción conceptual de los cuidados al terreno tangible de las técnicas preservando en éstas la naturaleza de los cuidados las enfermeras identificaron tres atributos de los cuidados de enfermería que han de confluir en sus acciones como enfermeras: presencia de actitud empática, que tales acciones se encuentren guiadas por conocimiento específico en enfermería (contempla conocimiento procedente de la ciencia biomédica y de humanidades) y que tales acciones sean competencia de la disciplina enfermera.



ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Tema a estudio	13
1.2. Justificación	18
1.2.1. Necesidad y trascendencia del estudio	23
1.3. Cuestiones para la investigación	24
1.4. Objetivos: general y específicos	25

CAPÍTULO 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

2.1. Consideraciones conceptuales: enfermería y cuidados de enfermería	27
2.2. Claves históricas para la comprensión de los cuidados	32
2.3. Epistemología de los cuidados de enfermería	44
2.4. Estado de la investigación científica en enfermería	48
2.5. Metodología científica en enfermería	58

CAPÍTULO 3. MARCO CONCEPTUAL.

3.1. Teoría Enfermera del Déficit del autocuidado (TEDA)	66
3.2. Teoría Fundamentada	69
3.3. Adaptación al estudio	70

TEMA 4: MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1. Metodología de la Investigación	75
4.1.1. Elección de la Investigación cualitativa en el estudio	77
4.1.2. Proceso investigador: adaptación al estudio	79
4.2. Población del estudio	80
4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión	81
4.2.2. Población diana	84
4.2.3. El muestreo teórico	85
4.3. Posición del investigador en el contexto del estudio	87
4.4. Técnicas de investigación	90
4.4.1. Pautas de las entrevistas	91
4.5. Contexto ubicación	92

4.6. Desarrollo del estudio	94
4.6.1. Fases y cronograma del estudio	95
4.7. Fuentes de documentación: revisión bibliográfica	96
4.8. Ética investigadora.....	99
4.9. Análisis de los datos.....	100

CAPÍTULO 5. RESULTADOS.

5.1. Motivación de las enfermeras en la praxis clínica	111
5.2. Resolución de problemas en la praxis clínica.....	129
5.3. Formación de las enfermeras.....	155
5.4. Percepción de la disciplina/profesión enfermera	177
5.5. Atributos de los cuidados de enfermería	195
5.6. Criterios de validación del estudio	198
5.6.1. Validación metodológica.....	198
5.6.2. La objetividad como criterio de veracidad.....	203

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN.

6.1. Discusión de los resultados.....	207
6.2. Implicación y limitaciones del estudio	211
6.3. Futuros proyectos de investigación	215

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.

7.1. En relación a la consecución de los objetivos planteados.....	217
7.2. Conclusiones generales del estudio	227

BIBLIOGRAFÍA.....	231
--------------------------	------------

RELACIÓN DE ANEXOS.

ANEXO I. Especialidades de enfermería.....	245
ANEXO II. Descripción de las enfermeras participantes	249
ANEXO III. Guía de entrevista	251
ANEXO IV. Consentimiento informado.....	253
ANEXO V. Promoción profesional	255



CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.

1.1. TEMA A ESTUDIO.

Acorde con el progreso científico y tecnológico la mayoría de los problemas de salud pueden ser abordados desde distintas vertientes con diferentes intervenciones clínicas. Algunas de estas intervenciones difieren de la evidencia científica disponible. Hecho constatado por la literatura enfermera que denuncia el desencuentro teórico-práctico en la praxis enfermera y que ahonda entre sus problemas epistemológicos en la indefinición de los cuidados de enfermería. Máxime cuando las investigaciones en enfermería son, en su mayoría, llevadas a cabo por académicos y docentes y no por enfermeros clínicos (Cabrero y Richart, 2000).

Los hechos referenciados han repercutido en la necesidad de llevar a cabo el presente estudio, motivado por satisfacer unas inquietudes profesionales en relación a los problemas y quehaceres diarios en la clínica hospitalaria.

Entre las enfermeras, y el personal sanitario en general, denuncian de forma recurrente la imposibilidad de brindar unos cuidados de mayor calidad por carencia de recursos, "faltan enfermeras", "falta tiempo", "faltan materiales", son justificaciones frecuentes convertidas en una norma como pretexto. Sin embargo, es posible observar cómo las enfermeras difieren en la forma de dar respuesta a un determinado problema clínico o llevar a cabo los cuidados de enfermería. En reiteradas ocasiones carentes de criterios homogéneos que guíen sus intervenciones. La brecha teórica-práctica en la clínica de enfermería está constatada y avalada de forma unánime por la literatura enfermera con investigadoras como Benner (1984), Marriner y Alligood (2003), Burns y Grove (2004), o Danbjorg y Birkelund (2011), Poikkens,(2013), por citar algunas investigadoras de enfermería.

Hecho coadyuvante con uno de los problemas epistemológicos de mayor relevancia para enfermería: la indefinición de los cuidados de enfermería (Siles, 1999; Hernández Conesa, Moral de Calatrava, Esteban Albert, 2003; Orem,2011; Sargent, 2012). Vinculado con el principal reto de enfermería: la consolidación profesional y científica (Siles, 1999)

Diferentes investigadoras de la disciplina de enfermería han detectado que en la práctica clínica los cuidados de enfermería y el término “atención de enfermería” son utilizados con un mismo significado. Como término genérico para las actividades de la práctica clínica (Corbin, 2008; Flatley y Bridges, 2008; Rolfe, 2009). El término “atención de enfermería” representa un concepto emergente, a la vez, que ambiguo que precisa de clarificación en su significado, uso y aplicaciones en enfermería (White, 2013). Cuestión que será tratada en el estudio.

Los conceptos se refieren a fenómenos que se dan en la naturaleza o en el pensamiento, esenciales para el desarrollo de la investigación y en la construcción de teorías que avalen la práctica clínica (Fernandes et.al. 2011)

El significado de los cuidados.

El significado que atribuyen las enfermeras a los diferentes conceptos que sustentan la práctica clínica adquiere capital importancia para comprender las estrategias con las que fundamentan la praxis clínica. Estrategias entendidas como las actuaciones dirigidas y organizadas para lograr alcanzar un objetivo: la resolución de las dificultades y problemas que se presentan en la clínica enfermera en torno a la salud-enfermedad del paciente.

En el transcurso de los distintos acontecimientos en la existencia del ser humano, como en los cuidados, tanto de índole socio-político, económicos, educativos-formativos..., ha exigido cambios, adaptaciones del rol profesional, como refleja la historiografía de enfermería. En lo que a la enfermería española se refiere estos cambios han propiciado en sus profesionales diferentes interpretaciones de que representa la profesión de enfermería en la sociedad y, por ende, en los cuidados. Percepciones que generan diferentes significados a partir de los cuales las enfermeras planifican sus estrategias, “sus maneras”, de cómo afrontar la práctica clínica.

El tema a estudio parte de la pregunta de investigación: ¿cómo conforman los profesionales de enfermería el proceso de elaboración de los cuidados de enfermería en la práctica clínica?



Analizar la praxis enfermera exige examinar qué significan los cuidados de enfermería para las enfermeras clínicas en la actualidad. En España, tomando como referencia desde finales de siglo XIX se ha producido una transformación de la percepción de los cuidados, de la profesión y del rol profesional. Examinar la praxis enfermera en el contexto hospitalario, enfermeras que desarrollan su labor asistencial en este caso en el Hospital General Universitario de Elche y Elda, resulta una tarea fascinante y altamente satisfactoria para el investigador, un añadido, por la trayectoria como enfermero asistencial en sendos hospitales.

No obstante, resulta una pretensión compleja, en tanto, los cuidados son el resultado y producto de la interacción entre seres humanos sometida a las diferentes circunstancias socio-políticas, religiosas y culturales de cada momento en el transcurso de su existencia. Representa el pasado y presente de una profesión y disciplina, la enfermería, cuya historia constituye el ADN de la enfermería contemporánea.

Empero, explorar los conceptos que intervienen en la conformación de los cuidados básicos de enfermería, cómo se interrelacionan, conocer las estrategias de sus profesionales en la construcción de los cuidados de enfermería en la práctica clínica conlleva ahondar en la indefinición de los propios cuidados de enfermería y en el cambio cultural y profesional del Asistente Técnico Sanitario (ATS) al profesional universitario en enfermería (DUE). Términos cambiantes, por otra parte, en continua readaptación a las necesidades sociales. Si bien, dichas modificaciones son más visibles en el plano docente que en el asistencial (Martínez y Fernández, 2012).

El rol de A.T.S. como asistente técnico, "auxiliar médico", hacía la formación universitaria implica más allá de una terminología. Actualizar la manera de pensar, actuar y registrar. Pensar en la realización de cuidados y no sólo en tareas con autonomía y asumiendo la responsabilidad derivada de sus actos. Registrando éstos conforme a una metodología científica (Martínez y Fernández, 2012).

La integración de los estudios de enfermería en España en el seno universitario surge con la reforma universitaria en España en 1977, que afectó a enfermería junto a otras disciplinas como magisterio o inge-

nieros técnicos. Obedeció a unas necesidades sociales cambiantes resultado de la transición política de un estado de dictadura a un estado democrático junto otras reformas, como la reforma del sistema sanitario con la Ley General de Sanidad en 1986.

Estos cambios sociales y legislativos comportan un replanteamiento en la propia identidad de los cuidados de enfermería y en la propia profesión. Un cambio de A.T.S. a D.U.E., una ruptura parcial con el modelo biomédico imperante. Tanto es así que investigadores como Lillo (2002) señalan que se está produciendo dos corrientes dentro de la profesión enfermera, de una parte, una enfermera cuidadora cuyo eje sustenta la esencia de la disciplina enfermera, frente a una enfermería tecnológica con aparatajes y técnicas cada vez más sofisticadas.

La indefinición de los cuidados.

En cuanto a la indefinición de los cuidados de enfermería el estudio pretende contribuir a clarificar el concepto práctico de los cuidados de enfermería desde sus profesionales asistenciales. Un concepto cuyo significado homogenice y delimite los cuidados de enfermería. Para ello, indaga sobre aquellos criterios que a juicio de las enfermeras participantes en el estudio deben estar presente en todas las acciones que realizan las enfermeras para ser considerados cuidados de enfermería. Más allá de otras actividades que siendo legítimas de la disciplina enfermera no constituyen cuidados de enfermería.

No se puede obviar que los cuidados han sido entendidos como una actividad ligada al ser humano desde el inicio de su existencia. Se basó en principios y tradiciones transmitidas por el aprendizaje y el juicio del sentido común (Hernández Conesa et.al.2003). La profesionalización de los cuidados no significó un viraje al conocimiento científico en enfermería y no se produce hasta aproximadamente y como punto de inflexión 1950 con la confirmación de enfermería como ciencia (Marriner y Alligood, 2003).

Cuidar, por tanto, es una actividad humana con un componente no profesional, donde coexiste el cuidado formal, profesional, y el cuidado informal, no profesional (De la Cuesta 2004). El cuidado informal pre-



dominan vínculos fundamentalmente afectivos de índole familiar, puede mediar otras motivaciones como la compensación económica pero no están legitimados como formales por su carencia de formación en enfermería. A criterio de La Cuesta (2004) el cuidado conecta a emisor y receptor de éstos y sugiere que es la naturaleza de tal relación lo que diferencia el cuidado formal del informal;

En la actualidad, persevera la creencia unánime entre las teóricas e investigadoras enfermeras en el convencimiento, desde la convicción, de vincular la teoría en la práctica y en la investigación científica con el fin de mejorar la práctica asistencial (Marriner y Alligood, 2003). La teoría da sentido al conocimiento para mejorar la práctica, guía el pensamiento crítico y la toma de decisiones clínicas, lo cual aboca hacía la autonomía profesional (Marriner y Alligood, 2003).

Los objetivos referentes en la literatura enfermera están dirigidos a consolidar una sólida base científica que guíe la práctica de enfermería. Significa entonces ¿qué la realidad de la práctica clínica asistencial discurre al margen de los supuestos teóricos fruto de la investigación científica?

Cabe preguntarse y así lo hace el estudio, primero: ¿qué estrategias utilizan las enfermeras para configurar los cuidados que llevan a cabo en la práctica clínica, cómo por el rol profesional que adoptan? y, segundo, ¿sobre qué conceptos, significados sustentan sus estrategias?

Con tal efecto el estudio es abordado desde el paradigma hermenéutico-interpretativo. El proceso de investigación como un intervalo subjetivo tanto por el investigador como del objeto-sujeto investigado (Siles, 1999). Paradigma naturalista donde la realidad es un constructo que se construye a partir de la idea que tiene cada sujeto. El constructo representa la entidad conceptual que no es directamente observable sino que se construye a partir de las características comunes observadas en la realidad (Salamanca Castro 2013).

La técnica representa la parte tangible, visible, la punta del iceberg de los cuidados. El estudio pretende hacer visible aquella parte de los cuidados de enfermería menos visibles pero que constituyen parte del proceso de los cuidados de enfermería.

Pretende, pues, explorar el cordón umbilical que une las técnicas realizadas por las enfermeras con los cuidados de enfermería. Aquellos atributos o criterios presentes en las técnicas que son parte indisoluble de los cuidados de enfermería, en consecuencia, legítimas de la profesión de enfermería.

Los cuidados de enfermería comprenden más allá de meros procedimientos y técnicas (De la Cuesta, 2004). Sin embargo, la tecnología está cada vez más presente en los cuidados. En sí es neutra un instrumento al servicio de la enfermera que en función de su formación y cultura le otorga un significado y una prioridad determinada (Arredondo Gonzalez, et al.2009)

Aclarar que no es intención del estudio indagar acerca de las particularidades de acciones específicas, referidas a los cuidados de enfermería, que se llevan a cabo en una determinada unidad o institución hospitalaria. Circunscritos a una patología o problema de salud concreto como sería el caso de la práctica clínica y los cuidados con problemas renales, ostomizados, o cuidados de enfermería en el drenaje quirúrgico "X", por citar algunos ejemplos. Tampoco los referidos a las especialidades de enfermería vigentes en el estado español. Por el contrario, el estudio se centra en los cuidados básicos de enfermería, entendidos como aquellos cuidados generales y comunes que comparten y aglutina a todos los profesionales de enfermería.

Finalmente, reseñar que en el transcurso del estudio me referiré a los profesionales de enfermería con el término enfermeras, sin alusión al sexo, con excepción cuando el estudio persiga plasmar la diferenciación de roles por motivos de género;

1.2. JUSTIFICACIÓN.

La práctica clínica enfermera se sustenta en el concepto práctico de los cuidados de enfermería que entiende, interpreta cada enfermera. En el contexto de la enfermería española la evolución cultural, profesional y formativa de enfermería de A.T.S. a profesionales de enfermería universitarios ha supuesto un cambio en la concepción profesional de enfermería, en la propia significación de los cuidados de enfermería y en



las estrategias que adoptan en el ejercicio profesional. Un cambio que amplía los horizontes, de una enfermería fundamentada y supeditada a la técnica frente a un concepto holista que integra las técnicas en los cuidados de enfermería.

Desde diversas vertientes, sociales, éticas, gestión sanitaria, epistémicas, metodológicas docentes y legislativas, justifican contextualizar la práctica clínica desde su fundamento: los cuidados.

Razones sociales: el estado de bienestar en el mundo occidental demanda servicios en materia de salud de mayor calidad acordes con el conocimiento científico y tecnológico disponibles. Sin embargo, cuenta con unos recursos limitados donde la eficiencia es una prioridad incuestionable. La investigación científica se convierte en una cuestión prioritaria, especialmente, para enfermería, disciplina científica en construcción (Carvalho, 2003). La sociedad actual del siglo XXI en la que nos encontramos marcha sin retorno a un mundo globalizado y enfermería como profesión de servicio social no puede obviar tales cambios, ni las circunstancias económicas y de recursos en las que se encuentra.

Por razones éticas de justicia y equidad. El Código Deontológico de la Enfermería Española en su capítulo XI (La Educación y la Investigación en Enfermería, artículos 69-75) como El Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunidad Valenciana (resolución 1/2010, en su capítulo II, artículo 24. Calidad de los Cuidados) abogan por unos cuidados de calidad.

El citado artículo 24 ejemplifica tales preceptos: “En el marco de la *lex artis*, la enfermera proporcionará los mejores cuidados a su alcance apoyados en la evidencia científica tanto de forma individual como coordinada con el resto del equipo (...)”.

Sin embargo, estas pretensiones teóricas de buenos principios para la correcta praxis enfermera no son una constante en la realidad de la práctica enfermera.

Diversos investigadores como Poikkens (2013) inciden en prestar mayor atención en la ruptura teórica-práctica desde la necesidad de desarrollar la competencia ética de las enfermeras que no está reconocida y

valorada por las diferentes instituciones sanitarias y educativas (Poikkens et.al. 2013).

La ética profesional incorpora conceptos como el compromiso, la responsabilidad y la rendición de cuentas. De este modo garantiza la competencia clínica con la aplicación de conocimientos y habilidades de enfermería (Vanaki y Memarian, 2009).

La sensibilidad ética en la práctica profesional se desarrolla en contextos de incertidumbre, sufrimiento y vulnerabilidad del paciente. Sin embargo, los atributos de la sensibilidad ética se identifican con la percepción moral, la afectividad, lealtad, e incluyen la persecución de la integridad en la toma de decisiones, el bienestar del paciente, el aprendizaje y la superación profesional como su satisfacción profesional (Weaver, Morse, Mitchan, 2008);

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria los modelos de gestión en la práctica clínica del sistema sanitario apenas tienen en cuenta a los profesionales de enfermería. En España son pocas las referencias que analizan la influencia de la gestión del sistema sanitario con respecto a la práctica de sus profesionales. Y menos todavía con referencia a los profesionales de enfermería (Molina, 2011). El modelo de gestión más utilizado es el basado en el modelo biomédico donde el profesional médico se sitúa en una situación dominante centrado en la enfermedad y los cuidados de enfermería son posicionados de forma secundaria y silenciosa (Molina 2011). Continua, Molina, el sistema sanitario condiciona el rol de la enfermera, por tanto, en los cuidados que ésta dispensa. Así para Chaparro (2007) (cit. Martínez y Fernández, 2012) los hospitales están organizados en torno a unidades médicas dirigidas a la enfermedad o a la realización de técnicas diagnósticas y terapéuticas;

Razones epistémicas. En la enfermería española la ambigüedad conceptual de los cuidados se acentúa por el hecho de que las enfermeras españolas fueron formadas en el paradigma cuantitativo focalizando los cuidados en la parte orgánica y biológica del paciente amparados en la corriente biomédica (Siles 1999;V Galvez del Toro,2000). Tal influencia tiene su reflejo en el pensamiento profesional asistencial donde los cuidados han sido interpretados desde la vertiente más técnica con déficit



de los cuidados emocionales, culturales y sociales (Ibarra Mendoza, et. al, 2006). Donde la función enfermera queda relegada y subordinada a las directrices médicas (Domínguez-Alcón, 1983; Martínez y Fernández 2012)

La indefinición epistemológica de la disciplina enfermera imposibilita una vertebración científica con un desarrollo profesional autónomo e independiente. Que propicia la adopción de errores en el proceso de elaboración y adopción de métodos para enfermería (Siles, 1999).

Los cuidados de enfermería son tomados como sinónimo de "atención a", como cuidados de enfermería en el paciente ostomizado, cuidados de enfermería en el paciente con sonda vesical, etc, que hacen referencia a las técnicas y atenciones que ha de tener en cuenta una enfermera cuyas actuaciones dirige pensadas una patología, técnica o procedimiento en cuestión. Si bien, hallamos algunas excepciones que constituyen investigaciones testimoniales más que líneas de investigación crecientes. Como por ejemplo estudios que centran su interés en los efectos: el efecto de los cuidados en la dimensión del dolor en oncología terminal (Estrada .et. 2013).

Podemos afirmar que el perfil de los trabajos de investigación llevados a cabo por enfermeras clínicas hallados en revisión bibliográfica referentes al significado conceptual de los cuidados de enfermería aplicados a la práctica clínica son aislados, sin líneas de continuidad, centrados en técnicas y procedimientos de enfermería en sus unidades asistenciales (Gálvez del Toro, 2001).

Por tanto, los trabajos de investigación de las enfermeras clínicas respecto a la epistemología de los cuidados de enfermería, son escasos, residuales si no inexistentes. Ejemplos puntuales que remarcan la discontinuidad, como García Hernández et.(2011) que aborda el cuidado profesional de enfermería conceptualizado como el cuidado en las personas que solicitan sus servicios y el hacer de enfermería como acto profesional alejado de buenas intenciones con un enfoque hermenéutico. En otros casos, los estudios inciden en los efectos de los cuidados enfermeros, como la satisfacción del cuidado el cual genera sentimientos de felicidad y afecto entre las enfermeras (Abador, 2013).

Metodológicas. A la escasez de las investigaciones realizadas por enfermeras asistenciales relativas a los cuidados de enfermería cabe señalar que en su mayoría son abordados desde perspectivas cuantitativas. Por otra parte, la mayoría de estudios de investigación en enfermería son llevados a cabo por profesores, académicos e investigadores y no investigadores clínicos, a tenor de las investigaciones llevadas a cabo por Moody et.al, (1988); Lorentz, (1993) de las que se hacen eco investigadores como Cabrero y Richart (2000).

No siendo una connotación negativa el investigar los cuidados de enfermería desde el postulado racional-tecnológico. Sin embargo, por su naturaleza metodológica y epistémica rechaza la realidad subjetiva de las enfermeras al no contemplar la concepción de los cuidados de enfermería desde la propia percepción de las enfermeras en el contexto de su trabajo. Este rechazo implica no conocer la perspectiva emic: lo que tienen que expresar las propias enfermeras protagonistas en brindar cuidados de enfermería. Y es que el cuidado de enfermería no es una identidad fija, por el contrario, es plural, construida dentro de un contexto (Polit y Hungler, 2003; De la Cuesta, 2003;) que hay que entender también desde la perspectivas de sus actores (Taylor y Bogdan, 1987; De la Cuesta, 2003;)

El estudio comparte las proposiciones del paradigma fenomenológico y en concreto desde la metodología de la Teoría Fundamentada que establece como principal premisa: la construcción de la realidad por parte de los individuos conforme a la utilidad que encuentren, cuyos significados emergen en base a las interpretaciones resultantes de las interacciones sociales con otros sujetos (Glaser y Strauss 1967);

Desde la vertiente docente, advierte Medina (1999) que el cuidado es identificado dentro de la racionalidad técnica con un enfoque biomédico que propicia la negación de la enfermería como disciplina. La brecha entre teoría y práctica enfermera es acentuada por el hecho que las teorías de enfermería no son enseñadas por los docentes desde su aplicabilidad a la práctica clínica (Danbjorg y Birkelund, 2011). Para reducir la brecha existente entre teoría y práctica desde el plano docente cabe potenciar las habilidades de reflexión, si bien, éstas dependen



tanto de la adquisición de conocimientos como de la experiencia profesional (Hatlevik, 2012).

Como atenuante cabe destacar que en España con anterioridad a 1977 (Inclusión de los estudios de enfermería en el seno universitario en España) no se contempló la inclusión de contenidos en metodología de la investigación en los planes de estudio de enfermería (Orden del Ministerio de Educación y Ciencia, de 31 de octubre de 1977, BOE de 26 de noviembre, en la que se establecen las directrices para los planes de estudios de las escuelas de enfermería) Cabrero y Richart, (2000);

Finalmente, desde el marco legislativo el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en plena vigencia, que rige la profesión de enfermería en España fue aprobado por orden de 26 de abril de 1973 (Boletín Oficial del Estado (B.O.E) nº 134 del 5 de julio de 1981), se encuentra obsoleto en cuanto a las funciones que desempeñan las enfermeras en su ámbito laboral. Donde las enfermeras asumen prácticas y responsabilidades, en muchos casos, desamparadas del marco legislativo;

1.2.1. NECESIDAD Y TRASCENDENCIA DEL ESTUDIO.

Investigadoras como Thompson, McCaughan, Cullum y Sheldon, 2004, (cit. Molina, 2012) estiman que la formación de las enfermeras está condicionada a proveer de mano de obra adiestrada a las necesidades de las instituciones sanitarias. Lo que representaría una instrumentalización amparada en la formación de enfermería como A.T.S.

En el ámbito y contexto clínico hospitalario español cohabitan enfermeras con distinta formación, A.T.S, D.U.E., enfermeras con estudios de grado dos y tres, correspondientes a máster y doctorados y en breve se incorporarán las primeras enfermeras de grado con la Reforma Educativa de Bolonia (1999)

Tal heterogeneidad formativa entre los profesionales de enfermería conlleva que en la práctica clínica cohabiten diferentes percepciones de entender la disciplina enfermera y con ello diferentes maneras de abordar los cuidados y la práctica clínica. Percepciones dispares acerca del significado de un concepto o fenómeno [para este caso de los cuidados]

a través de la imagen social que ésta proyecta (García Araiza, Martínez García et.al.2000).

Sin embargo, las ideas preconcebidas de las enfermeras no son valoradas como base del aprendizaje de los profesionales de enfermería y a juicio de Gallagher(2007) tienen un importante papel como punto de partida del aprendizaje;

Abordar los cuidados y la praxis enfermera de forma holista es una necesidad de supervivencia disciplinar. Como constat la circular informativa del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante (noviembre de 2012) que se hace eco de una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana (TSJ-CV) que consideró en sentencia a una enfermera como "auxiliar del médico" . Basando su fallo en el Estatuto Marco de 1973, y desestimando la Ley 55/2003 Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, que derogaba la Orden Ministerial de 1973,y la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias(LOPS) de 2003, además de la Ley del Medicamento de 2009 (la sentencia enjuicia hechos del 2006, cuando la Ley 28/2009, no había entrado en vigor)

1.3. CUESTIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.

Retomando la interrogante de investigación que abandera el tema a estudio: ¿cómo conforman los profesionales de enfermería el proceso de elaboración de los cuidados básicos de enfermería en la práctica clínica?, florecen otras cuestiones preliminares que si bien algunas de ellas podrían constituir por sí mismas objetos de otros estudios por su complejidad y trascendencia, sirvieron al presente para delimitar, conformar y suscitar reflexión en torno al tema de investigación. Preguntas del tipo:

- ¿Qué entienden, definen y/o delimitan los profesionales de enfermería como cuidados?
- ¿Son estos cuidados propios de enfermería, o son tareas médicas delegadas?
- ¿Persiguen las enfermeras "desmedicalizar" los cuidados?, en caso afirmativo, ¿qué intención subyace?



- ¿Qué categorías conforman el proceso de los cuidados?
- ¿En base a que teorías, modelos, o conocimiento desarrolla enfermería su práctica asistencial?
- ¿El conocimiento teórico dirige la práctica asistencial o persisten las tradiciones y el juicio común basado en la experiencia?
- ¿Son las teorías de enfermería exclusivas del ámbito académico?
- ¿Qué estrategias adoptan en la praxis enfermera?

Dado el carácter exploratorio del estudio, en consecuencia, no parte de hipótesis preestablecidas con fines comprobatorios de variables. Y es que como afirman Polit y Hungler(2000): "en un estudio cualitativo, el investigador no empieza con una hipótesis, en parte porque quienes se apegan al paradigma cualitativo desean que su análisis sea guiado por los puntos de vista de los participantes, más que por su propia visión."

Las hipótesis en el estudio son entendidas parafraseando a Strauss y Corbin (2002), como la identificación de los conceptos y fenómenos que emergen en los datos y como se relacionan organizados en un esquema explicativo teórico.

1.4. OBJETIVO DEL ESTUDIO.

El objetivo general deriva de la pregunta de investigación, informa sobre lo que pretende conocer el investigador, sobre qué sujetos y dónde. Revela información acerca del tipo de estudio que se va a llevar a cabo (Salamanca Castro, 2013)

OBJETIVO GENERAL.

1. Describir desde la perspectiva de la teoría fundamentada las estrategias con las que las enfermeras con función asistencial elaboran los cuidados básicos de enfermería en la práctica clínica, en el contexto hospitalario público de Elche y Elda.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir las categorías que conforman el proceso de elaboración de los cuidados básicos de enfermería.

2. Explicar cómo se interrelacionan las categorías que conforman los cuidados básicos de enfermería.
3. Examinar el tipo de conocimiento que sustenta la práctica clínica de las enfermeras con función asistencial.
4. Identificar las estrategias que adoptan las enfermeras en el afrontamiento de la práctica clínica dentro del contexto clínico hospitalario.
5. Examinar los procesos cognitivos y socioculturales que intervienen en la praxis clínica y cómo repercuten en la percepción que tienen las enfermeras sobre los cuidados de enfermería y en la toma de decisiones clínicas en el contexto clínico hospitalario,
6. Realizar el estudio como las actuaciones derivadas de éste en base a criterios de ética investigadora.



CAPÍTULO 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

Este capítulo analiza el estado epistemológico del conocimiento enfermero, el estado de la investigación científica en enfermería, con hincapié en la enfermería española, como claves facilitadoras en la comprensión de la enfermería contemporánea, desde un planteamiento crítico y reflexivo. Y es que como afirma Siles (1999) "Sin la demostración histórica de la enfermería, es imposible afirmar su existencia como entidad socioprofesional."

Para Esteban Albert (1992) "El desarrollo de una disciplina científica no es sólo producto de los presupuestos internos de su objeto ni el precipitado natural, espontáneo y súbito de una sistematización de los enunciados internos o de las representaciones de los fenómenos que estudia. Antes que eso, es siempre, o casi siempre, también el producto de una historia y de una práctica profesional." (En Hernández Conesa et.al. 2003);

2.1. CONSIDERACIONES CONCEPTUALES: ENFERMERÍA Y CUIDADOS ENFERMERÍA.

El metaparadigma de enfermería lo componen los conceptos de persona, salud, entorno y cuidado, cuya función es identificar el campo de estudio de enfermería (Fawcett, 1995). Cabe señalar que el estudio se centra en el concepto de los cuidados y no desde la interrelación con los otros conceptos mataparadigmáticos.

El concepto de cuidado está definido de forma ambigua o imprecisa. A criterio de Hernández Conesa (2003) en el concepto de cuidado de Fawcett es la propia definición de enfermería: " las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones de enfermeras son normalmente vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación".

Hernández Conesa et.al.(2003) sostiene que no se puede incluir el concepto de cuidado dentro del metaparadigma si lo que se pretende es definir el concepto. Hecho que contribuye a la indefinición de los cui-

datos de enfermería. Como argumentación se apoya en la Filosofía de la Ciencia, citando a Conway, quién afirma que el concepto de cuidado “representa a la disciplina o a la profesión y éste no es un concepto meta paradigmático apropiado, porque crea una tautología”. Continua Hernández Conesa, si bien, algunos autores se han defendido de esta crítica con la alegación que el concepto de cuidado debe ser entendido como las acciones o las actividades de las enfermeras. No es compartida por la citada investigadora quién afirma que: “las disciplinas consolidadas definen su objeto de estudio en función de unos conceptos que no incluyen ni la actividad que realizan ni los métodos que siguen para su aplicación práctica.” (Hernández Conesa et.al. (2003);

Se ha definido a enfermería y su rol social desde distintas vertientes según modelos conceptuales realizadas tanto por teóricas de enfermería como de los distintos estamentos sociales en el transcurso del tiempo. Por su calado y dimensión internacional avalada por más de 135 asociaciones nacionales de enfermería destacar la realizada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), actualizada en abril del 2010.

“La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.”

Así para Dorothea Orem(1993, 2001), cuya teoría configura el marco teórico y conceptual del presente estudio: “la enfermería es un servicio de salud especializado y se distingue de otros servicios humanos por su foco de atención en las personas con incapacidades para la continua provisión de la cantidad o calidad de cuidados en un momento específico (...) la enfermera profesional: persona profesionalmente educada y cualificada para practicar la enfermería, que está comprometida en el cuidado regular de las personas individualmente o en unidades multipersonales a nivel de práctica profesional inicial, avanzada o científica”.



En cuanto a la definición de los cuidados de enfermería tampoco se dispone de una única definición atemporal con carácter universal que delimite y especifique qué son y no son cuidados de enfermería. El significado del término “cuidados” presenta distintas acepciones en función del marco conceptual de la disciplina en cuestión, con diferentes contextos: transcultural, antropológica, histórica (Siles 1997).

Sargent (2012) examinó como se ha presentado el concepto de cuidado en la práctica profesional por parte de la literatura enfermera en un meta-análisis desde 1997 a 2009 en lengua inglesa. Concluye que el concepto de cuidado es vago y ambiguo sin una definición consistente. Éste es presentado como una práctica discursiva y no como una entidad conceptual fija. Poniendo así en tela de juicio el papel que desempeña el concepto en la práctica de enfermería.

La consideración aceptada hoy día es la de entender los cuidados tanto en la enfermedad como en la salud y el fomento de la misma que contemplen al sujeto (individual o colectivamente) de forma holista dentro de un contexto socio-antropológico cuyos factores determinan las necesidades del ser humano. Y entender tales necesidades como fuente de conocimiento de los cuidados de enfermería. Necesidades, por otra parte, dinámicas con interpretaciones heterogéneas en función de los distintos contextos culturales y sociales (Siles,2011)

Una definición de los cuidados de enfermería(desde la perspectiva cultural) es la aportada por Siles (2008):“El producto de la reflexión sobre las ideas, los hechos y las circunstancias relacionadas con el proceso de satisfacción de necesidades del ser humano y que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana(...) “La reflexión sobre las ideas (reflexión teórica) relativas a los cuidados incluye el plano de las creencias y los valores que impregnan todo: la atmósfera en la que tienen lugar los cuidados; la reflexión sobre los hechos (reflexión práctica) se refiere sobre todo a la valoración de las conductas y eventos observables; la reflexión sobre las circunstancias (reflexión situacional-contextual-temporal) se ocupa tanto del marco espacio-temporal, como del contexto histórico cultural.”

Para Orem(1993,2001) "cuidados de enfermería: referencia aquellos cuidados especializados, impartidos por enfermeras: educadas y cualificada en enfermería, capacitadas a actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico".

Esta definición de cuidados de enfermería de Orem no delimita específicamente que criterios deben estar presentes en las acciones que realizan las enfermeras dentro de sus actuaciones profesionales para que puedan considerarse cuidados de enfermería, en consecuencia acciones autónomas y legítimas de los profesionales de enfermería, que no puedan reclamar otros estamentos profesionales.

Como ya manifesté en el Tema a Estudio pretendo esclarecer aquellos criterios que a juicio de las enfermeras clínicas del estudio deben estar presente en todas las acciones que realizan las enfermeras para ser considerados cuidados de enfermería. Más allá de otras actividades que siendo legítimas de la disciplina enfermera no constituyen cuidados de enfermería.

Reseñar, por otra parte, que las autoras de los principales modelos de enfermería así como de otras fuentes documentales de enfermería, caso del diccionario de medicina, enfermería y ciencias de la salud: Diccionario Mosby, en su cuarta edición del 2004, no definen de forma explícita los cuidados básicos de enfermería. Con referencias a cuidados específicos a determinadas patologías, o técnicas como cuidados del catéter "X" referido específicamente a un tipo de catéter determinado. Focalizado en las técnicas como apuntaba en el capítulo introductorio.

No obstante, sí se hallan referencias en la literatura respecto a los cuidados básicos derivados del concepto de necesidades básicas, fundamentalmente, a través del modelo conceptual de Virginia Henderson. Aunque Virginia Henderson no definió el concepto de necesidades básicas, ni el de cuidados básicos (Luis Rodrigo, Fernández Ferrín, Navarro Gómez, 2005). Estas autoras estudiosas del modelo conceptual como Luis Rodrigo, Fernández Ferrín, sí se refieren a tales conceptos desde la visión del modelo Henderson preservando sus asunciones filosóficas y científicas.



Para estas autoras Virginia Henderson entendió e hizo referencia a las necesidades básicas, catorce necesidades, más que como una carencia o problema como un requisito esencial para la integridad como armonía de todos los aspectos del ser humano. La satisfacción de cada una de las necesidades está condicionada por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona (Luis Rodrigo, Fernández Ferrín, et.col. 2005).

En cuanto a los cuidados básicos referencian aquellas intervenciones terapéuticas reflexionadas en base a un juicio profesional que hacen las enfermeras para satisfacer las necesidades básicas de la persona, supliendo su autonomía cuando lo requiera o ayudando a la persona para que sea ella misma quien satisfaga sus propias necesidades. Con independencia de la complejidad del cuidado que precise para cubrir una determinada necesidad (Luis Rodrigo, Fernández Ferrín, et.col. 2005).

En el estudio las enfermeras participantes entienden por cuidados básicos de enfermería: como aquellas acciones/actividades generales y comunes que realizan sobre cualquier individuo que se encuentre ingresado en una unidad hospitalaria, con independencia del problema de salud que motivó su ingreso y que realizan dentro de su función asistencial para las que están capacitadas por sus conocimientos en enfermería y legitimadas por su titulación en enfermería.

Se refieren, habitualmente, a la realización de técnicas como toma de constantes vitales, toma de glucemias capilares, extracción de sangre venosa periférica, cura de heridas, higiene, alimentación, como atender las necesidades relacionadas con sus miedos y preocupaciones motivadas por su estado de enfermedad. Y por necesidades se refirieron como aquellas carencias que presenta la persona que puedan ser subsanadas por la enfermera o el propio individuo con ayuda de ésta para la consecución de un estado de salud óptimo y de bienestar, dentro de sus propias limitaciones y las posibilidades terapéuticas disponibles. Acciones que no requieran de una formación o especialización determinada, en cualquiera de las especialidades de enfermería vigentes en el territorio español (véase ANEXO I. ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA)

Sin embargo, estos aspectos generales referidos por las enfermeras del estudio no especifican aquellos criterios necesarios o suficientes que determinen qué son los cuidados de enfermería. Lo cual suscita reflexionar e indagar acerca de ¿qué son cuidados de enfermería? y ¿cómo son los cuidados que brindan las enfermeras?

Para tal efecto, el estudio describe las principales categorías que intervienen en la construcción de los cuidados básicos de enfermería como los criterios necesarios y suficientes para tal estatus (véase capítulo 5 y 7.)

2.2. CLAVES HISTÓRICAS EN LA COMPRESIÓN DE LOS CUIDADOS.

Analizar, comprender y dimensionar los cuidados como la función desempeñada por la disciplina de enfermería como ciencia y profesión en la sociedad y contexto actual de nuestros días es un propósito inviable de no contemplar los antecedentes históricos donde se forjaron. Esto es quienes desarrollaron los cuidados, el escenario socio-político y cultural que los contempló o qué efectos y consecuencias han tenido en su posteridad. Sin la aportación de tales premisas las respuestas estarían distorsionadas, incompletas, sus resultados y conclusiones serían estériles e incomprensibles, al obviar el árbol genealógico precedente que constituye la enfermería contemporánea actual en general y la española en particular. Y es que no se puede conocer, comprender el presente sino es a través del pasado.

Si bien, la Historia de Enfermería como tal tiene su origen en la segunda mitad del siglo XIX con los primeros estudios sobre el fenómeno de los cuidados como consecuencia de la transformación social, cultural e ideológica responsable de resolver los fenómenos a estudio (Siles, 1999).

El ser humano, desde su existencia, ha mantenido una estrecha relación con los cuidados. Éstos han evolucionado juntos en el tiempo desde la feroz y, a la vez, tierna protección como instinto animal, por su supervivencia. Testigo del estatus y rol social en las distintas épocas desde su profesionalización hasta el nacimiento de la profesión de Enfermería como disciplina científica, mediados del siglo XX.



No es pretensión del estudio hacer un exhaustivo recorrido histórico y cronológico de los cuidados desde sus ancestros. No obstante, resulta pertinente hacer mención a determinadas claves y acontecimientos históricos que han supuesto un punto de inflexión en el posterior desarrollo y evolución de los cuidados en la práctica clínica y en la profesión contribuyendo a una mayor comprensión de su significado en la actualidad.

Destacar por su repercusión notoria en el discurrir de los cuidados y de enfermería la constitución de los cuidados como profesión, siglo XIX, como la entrada de enfermería en la universidad, siglo XX, en el caso de España en 1977. Es necesario evocar “el caldo de cultivo” en el que se fraguaron y propiciaron tales acontecimientos para una mayor contextualización de los cuidados de enfermería cuyos vestigios conforman la enfermería del presente.

En las siguientes líneas y subíndices presento de forma sintetizada algunos hechos y sucesos que forman la historia de enfermería y los cuidados. Necesarios para conformar una visión más completa e integradora de la enfermería contemporánea. Hechos, por otra parte, constatados y contrastados en la literatura enfermera. Información tomada, principalmente, de Historia de la enfermería, de Hernández Conesa(2001).

GÉNESIS DE LOS CUIDADOS.

El origen de la práctica de los cuidados entendidos dentro del contexto del ser humano que atiende las necesidades de otro ser humano se remonta a los primeros hombres de cuya existencia tenemos constancia, en la prehistoria. Los historiadores mediante los objetos exhumados de los yacimientos prehistóricos han ligado la práctica de los cuidados con actividades relacionadas con necesidades de alimentación, en definitiva, de conservación de la especie. Llevadas a cabo por mujeres. La distribución de las tareas y actividades dentro del grupo están diferenciadas y relacionadas con la fecundidad relegando al hombre a tareas relacionadas con la caza y protección del grupo exclusivamente. Podemos entonces afirmar que los cuidados encuentran su expresión en su inicio en la perpetuación de la especie ligada al sexo femenino;

En el llamado mundo clásico los cuidados fueron continuados por mujeres dentro del ámbito doméstico como amas de cría y parteras empíricas. El papel del hombre, en cuanto a cuidados se refiere, estuvo relegado a sirvientes y esclavos, tanto en Grecia, como en la Roma pagana con los “nosocomis” o subalternos que proporcionaban unos cuidados relacionados con la fuerza física y con los hospitales situados en el campo de batalla o “valentudinaria”.

Los cuidados en la Grecia clásica no embebieron del pensamiento racional y esplendor intelectual que sí llegó a otras disciplinas. Siguió, por tanto, instalados en un pensamiento instintivo, mágico-religioso. Señalar que las mujeres fueron consideradas jurídicamente menores y sin posibilidad de desarrollo intelectual. En el caso de esclavos y sirvientes eran considerados objetos en cuanto se tenía propiedad sobre ellos. Sin olvidar el desprecio griego por las actividades de carácter manual.

En el Próximo Oriente, Egipto, constituye una de las civilizaciones más próspera, sin embargo, los cuidados no gozaron de un estatus superior al de otras civilizaciones mencionadas. A diferencia de otras civilizaciones la posición de la mujer gozó de mayor relevancia social. Es probable que los cuidados de enfermería estuviesen a cargo de madres o hijas, en definitiva mujeres (si se tiene constancia en cuanto a la obstetricia, a cargo de las parteras). Aunque la historia no deja constancia de quienes se dedicaron a los cuidados de enfermería (Donahue, 1988)

La institucionalización de los cuidados de enfermería llega con el cristianismo, no obstante, aún no se puede constatar como profesión u oficio de enfermería. La actividad de cuidados queda relegada a una labor doméstica cubrir las necesidades de enfermos y peregrinos entorno a objetivos espirituales, salvación del alma, carentes de la constitución de un saber. Se basan en el concepto de caridad o ayuda. Los cuidados lo conforman asociaciones religiosas femeninas como las Beguinas, con una vida casi religiosa, y consistieron en alimentar a enfermos y pobres, a la vez, de mantenerlos limpios. No existen documentos que especifiquen la práctica de enfermería campo de actuación y funciones de la enfermería medieval (Hernández Conesa,2001).



Reseña aparte lo forman las “comadronas ” cuya actividad no se ajusta al concepto de caridad cristiana se ocupaban del parto, además de problemas ginecológicos, delegado por el desprecio médico a aquellas actividades relacionadas con un trabajo manual y en zonas corporales relacionadas con los genitales femeninos. Así, con la escasez de médicos “las monjas enfermeras” realizaron en la práctica funciones que se superponían a la medicina, quienes con una formación teórica gozaban de estar bien considerados social y profesionalmente (Hernández Conesa, 2001).

En las guerras de Las Cruzadas, la primera (1096 y 1099) hasta la tercera y la cuarta (1189 y 1204), los cuidados fueron llevados a cabo por los Hermanos Sirvientes dentro de las rígidas y jerarquizadas. Órdenes Militares que atendían y cuidaban a los caballeros heridos como a peregrinos que viajaban a los Santos Lugares. No se disponen de documentos acerca de los cuidados en las crónicas de las expediciones militares, dada una vez más, la consideración social del trabajo manual y de los cuidados como una labor destinada al prójimo en situaciones de adversidad (Hernández Conesa, 2001).

La división del mundo cristiano con la Reforma Protestante dejó a los países católicos con los cuidados de enfermería regidos por el sentido caritativo y a los países Protestantes con la ausencia de tales cuidados. Los hospitales dirigidos por religiosos católicos fueron cerrados sin sustituirlos amparados en la concepción teológica de la salvación de las almas no precisa de sacrificios ni obras de caridad, bastando sólo el acto de fe para su salvación. Con esta afirmación los cuidados y la atención a enfermos y pobres no tenían sentido (Hernández Conesa, 2001).

En el siglo XVIII los cuidados se reinician como obras sociales de la mano de filántropos como el inglés John Howard o en el siglo XIX con Elizabeth Gurney que funda lo que posteriormente sería llamado Instituto de Hermanas Enfermeras, con la necesidad de crear escuelas de enfermería, con un entrenamiento práctico en labores domésticas y cuidados generales al enfermo.

Destacar dos sucesos enlazados que han marcado el devenir de los cuidados hasta el siglo XIX con la profesionalización de éstos. La no

constitución de los cuidados en organizaciones gremiales, como sí ocurrió con el oficio de cirujanos y barberos, y la posterior entrada en la universidad siglo XIV. Tuvo como consecuencia la no inclusión de los cuidados dentro del seno universitario en la reforma universitaria llevada a cabo por Gregorio VII.

La formación de los gremios surge de la necesidad de agruparse los artesanos de un mismo oficio y defender sus intereses haciendo frente a los problemas de forma conjunta, a la vez, controlar el número de artesanos de un mismo oficio que no aumentase de forma considerable. Es así como la enseñanza aprendizaje de un oficio se estructura y organiza.

Paralelamente, los Cuidados de Enfermería se desarrollan bajo agrupaciones de Hermandades, asociaciones laicas, que aglutinaron a aquellos que adolecían de una enfermedad pero excluidos del aprendizaje gremial. El carácter caritativo y espiritual de los cuidados al enfermo como ayuda al prójimo en la adversidad, con la concepción de redimir los pecados por quienes realizaban dichas tareas o un acercamiento a lo divino, no tenía cabida dentro de gremios constituidos por oficios con finalidad mercantil que regulaban precios y salarios.

En la zona Protestante Hernández Conesa, argumenta dos razones principales para no constituirse los cuidados en gremios. De una parte el estatus social de la mujer cuidadora por antonomasia y, por otra, las luchas internas de los Protestantes por cuestiones teológicas que propiciaron un clima intelectual y social adverso para la transformación de Hermandades en gremios y a su entrada en la universidad de la época (Hernández Conesa, 2001).

LA PROFESIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS.

En los siglos XVIII - XIX prosiguieron importantes cambios políticos y sociales consecuentes a distintas revoluciones: industrial, como consecuencia de la expansión y migración geográfica de zonas rurales a las ciudades provocando un hacinamiento de familias en condiciones de insalubridad, La declaración de los Derechos del Hombre en 1789 con la Revolución Francesa, la revolución científica –tecnológica y cultural



que incide en una nueva concepción de salud y enfermedad donde desaparece la concepción religiosa y sobrenatural imperando la razón de la Ilustración.

Se interpreta la enfermedad desde una perspectiva físico-mecánica dentro de un contexto social. Sin duda, esta nueva concepción positivista avalada por los avances científicos de Jenner, Koch, Pasteur, Frank, precursor de la higiene moderna, o la comprobación de los microorganismos causantes de la enfermedad entre otros descubrimientos, revolucionó el significado y el concepto de enfermedad y en consecuencia condujo hacia una nueva forma de concebir la administración de los cuidados.

Existe un consenso en la literatura en considerar el inicio de la profesionalización de los cuidados de enfermería con Florence Nightingale (1820-1910).

El primer centro de formación de enfermeras surge en Alemania con Las Diaconisas de Kaiserswerth, en 1836 a iniciativa de Teodor Fliedner con importante influencia sobre Nightingale. El programa de Enfermería en Kaiserswerth tenía una duración de tres años e incluía:

- Preparación en Enfermería Hospitalaria, rotando por los distintos servicios del Hospital.
- Formación en Enfermería Domiciliaria.
- Aprendizaje teórico-práctico del Cuidado de los enfermos.
- Adquisición de conocimientos farmacéuticos.
- Preparación en ética y doctrina religiosa.

Tomado de Hernández Conesa, 2001. Historia de la Enfermería. pp132.

Para Hernández Conesa, "era un programa dependiente del médico, las enfermeras seguían las órdenes de éstos, únicos responsables de los enfermos" (Hernández Conesa, 2001).

A pesar del reconocimiento social de la sociedad inglesa a Nightingale por sus contribuciones realizadas en la guerra de Crimea(1853-1856) con un descenso de la morbilidad y mortalidad(de un 42% antes de su intervención a un 2%) entre los soldados(Siles 1999) contó con la oposición del estamento médico en su inmensa mayoría (Donahue, 1988).

Un ejemplo gráfico son las palabras de John Flint Sauth (cirujano consultor del St Thomas´Hospital) en las que afirma: “Hechos relativos a las enfermeras hospitalarias, en lo que respecta a las enfermeras o asistentes de sala, están en una posición muy similar a las asistentes del hogar, y necesitan pocas enseñanzas más allá de la preparación de cataplasmas” (Donahue, 1988).

La publicación de: *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es* (Nightingale, 1859) se utilizó como libro de texto para la formación de enfermeras y es, en nuestros días, un referente para la comprensión y dimensión de los cuidados de enfermería en sus inicios como profesión. No obstante, el debate no resuelto todavía de actualidad persiste en ponderar la repercusión e influencia de Nightingale en los cuidados de la enfermería contemporánea como ciencia (Hernández Conesa, 2001)

La repercusión de Nightingale, su obra, el estudio de los cuidados como cimentación de la profesión enfermera está reconocida mundialmente hasta nuestros días. Inspiró otros proyectos como la creación de la Cruz Roja (1863, Henri Dunant), que, a su vez, influyó en el desarrollo de la enfermería dotando de escuelas a hospitales de diferentes países, entre ellos España (Siles, 1999). En Estados Unidos la influencia de Nightingale toma cuerpo en la organización de los estudios de Enfermería de forma programada y sistemática tras la guerra de Secesión (1861-1865) (Hernández Conesa, 2001).

Nightingale en el prefacio de *Notas sobre Enfermería* reimpresión 2002 traducido al español por Josefina Castro Vizoso deja constancia de la intención de sus escritos, dice así; “De ninguna manera estas notas tienen la intención de ser una regla de pensamiento por la cual las enfermeras puedan enseñarse a sí mismas a cuidar, ni mucho menos un manual para enseñar a las enfermeras el arte de cuidar. Están dirigidas sencillamente a dar algunas ideas a mujeres que tienen el cargo personal de salud de otros. Toda mujer, o al menos casi toda mujer, en Inglaterra, ha tenido a su cargo en algún momento de su vida la salud personal de alguien, sea un niño o un inválido-en otras palabras, cada mujer es una enfermera-. Cada día tiene mayor importancia el conocimiento de la higiene, el conocimiento de la enfermería, en otras palabras, el



arte de mantenerse en estado de salud, previniendo la enfermedad, o recuperándose de ella. Se le reconoce como el conocimiento que todo el mundo debe tener- distinto del conocimiento médico, propio solamente de una profesión.”.

Mompart García y Blasco Santamaría (2002) prólogo en la reimpresión de la edición española de Notas sobre Enfermería señalan: “La autora de las Notas es una mujer no profesional, procedente de un entorno y que vivía en unas condiciones que nada tienen que ver con nuestra realidad actual...una mujer adelantada a su época, descontenta con la realidad que viven las enfermeras que conoce y que aporta con cierta dureza ideas concretas acerca de lo que éstas deben hacer y dejar de hacer.”

La intención de Nightingale, a criterio de M.Dolan (1969) en el prefacio a la edición de Dover, Notas sobre enfermería: que es y no es, reimpresión (2002), señala: “Notas sobre Enfermería presenta las conclusiones obtenidas por Florence Nightingale después de más de catorce años de observación y de reflexión sobre el tema: cuidado del paciente junto a su lecho. No fue escrito como un “un manual para enseñar a las enfermeras a cuidar”, sino para ayudar a millones de mujeres que tienen a su cargo a sus familias a “pensar cómo cuidar”.

En opinión de Hernández Conesa, Nightingale revolucionó los cuidados de enfermería dotándolos de una nueva concepción que los dignificó y los profesionalizó, si bien, no hubo por su parte intención de asemejarlos a un estatus como la profesión médica. Por lo que no se tradujo en la construcción disciplinar de enfermería con criterios científicos basados en la demostración de hipótesis del pensamiento Positivista de la Ilustración que experimentó. Responsabilidad compartida con la reforma anglicana por su desprecio a la formación intelectualmente de las mujeres (Hernández Conesa et.al. 2003).

ENFERMERÍA EN EL SENO DE LA UNIVERSIDAD.

El camino de Enfermería dentro de la institución de la Universidad ha sido un transitar no uniforme por sendas sinuosas con numerosos obstáculos y dificultades dependiendo del escenario, país, contexto político-

social determinado. En España se inició en 1977, Estados Unidos en 1909 (Minnesota), Francia en 1965, mientras en otros países europeos como Alemania no está incluida como formación universitaria. Por tanto, se puede afirmar que nos encontramos ante un proceso no consolidado que no tiene la correspondencia que cabría esperar entre la formación universitaria y la repercusión profesional en la práctica de los cuidados.

La profesionalización de los Cuidados de Enfermería significó legitimar los Cuidados en base a una formación programada y sistémica por parte de las enfermeras. Nightingale sostuvo que la práctica y los conocimientos de Enfermería eran distintos a la práctica médica. Aún así durante más de un siglo la Enfermería ha dependido de la medicina y de sus avances. La profesionalización de los Cuidados supuso la cimentación hacia la construcción de una disciplina científica independiente con un cuerpo de conocimientos propios.

La incorporación de Enfermería en el seno de la universidad permitió el camino hacia una construcción disciplinar propia, con su sello de identidad, amparada en la educación científica con sus procedimientos y postulados de forma independiente y autónoma. A la vez que constituyó un avance en materia de coeducación como es la igualdad curricular con independencia del sexo del alumno. En España supuso, también, la entrada de los profesionales de enfermería en la formación de los estudiantes de enfermería.

En definitiva la universidad supuso un punto de inflexión que suscitó, entonces y lo hace ahora, la investigación y el conocimiento científico, por ende, la mejora de los cuidados.

Sin embargo, aunque las necesidades de salud en las distintas sociedades han condicionado el rol profesional de enfermería (de A.T.S a D.U.E.) como la entrada en la universidad ha supuesto cambios sustanciales concernientes a una orientación hacia un cuidado integral al individuo, ampliando las actividades en la práctica asistencial, docente de gestión e investigación. Estas modificaciones son más visibles en el plano docente que en el asistencial (Martínez y Fernández, 2012).

Así continúan, estas autoras, no se han conseguido los logros esperados, en tanto, la formación en Grado superior se ha retrasado hasta



1999 con la citada Reforma Educativa de Bolonia, y la aprobación del Decreto de Especialidades en el 2005 no está vigente en su totalidad en la actualidad (Martínez y Fernández, 2012).

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA EN LOS SIGLOS XIX Y XX.

El contexto en que se desarrollan los Cuidados de enfermería en este periodo viene marcado por un convulso estado de cambios en lo político y en lo social.

Como en el resto de Europa existe una preocupante necesidad de disminuir la mortalidad infantil a la vez que impulsar las reformas en higiene y salud pública con enfermedades de causa infecciosa con gran impacto en la Salud pública e incidencia entre la población .

En consecuencia, durante la Segunda República, en los años treinta, la enfermería de salud pública tuvo un gran desarrollo con un importante grado de institucionalización. Al programa de formación de visitadoras puericultoras se sumó la formación de enfermeras visitadoras sanitarias llevadas a cabo por la Escuela Nacional de Salud (1933) cuyo proceso tenía previsto culminar con la inauguración de la Escuela de Enfermeras Sanitarias y de Asistencia Pública para inicios de 1936, truncada por la guerra civil, primero, y el posterior régimen político de dictadura del general Franco.

Destaca en la reforma sanitaria y en el desarrollo de enfermería española Concepción Arenal (1820-1893) precursora de la idea de formación de enfermeras visitadoras sanitarias. Sus influencias más importantes se hallan en el reformismo anglosajón y alemán: Howard, Elizabeth Fry, Lynde Dix, Teodoro Fliedner. En España su mayor influencia se debe al movimiento Krausista (Siles, 1999).

Arenal considera la pobreza y las desigualdades producto de la organización social económica y /o industrial causantes de una situación social de inferioridad en la que sitúa a pobres, mujeres y presos. Prioriza la necesidad de valorar de forma holista al individuo, así como profesionalizar la actividad visitadora con componentes cognitivos, afectivos y de comportamiento para atajar los problemas de Salud de causa social (Bernabeu, 1999). Sin embargo, reseña Bernabeu, la tardanza

en la instauración de las enfermeras visitadoras en España respecto a otros países como Inglaterra, Francia o Norteamérica, fue debido a las propias dificultades que encontró enfermería en su actividad como la tardía institucionalización de la higiene y la salud pública.

Este periodo cambiante e inestable tiene su reflejo en enfermería con distintas denominaciones: barbero, sangrador, practicante, enfermera, matrona, asistente técnico sanitario (A.T.S), vinculadas siempre a la división sexual del trabajo y al contexto socio-sanitario del momento.

Los Practicantes junto a Matronas eran instruidos en la práctica de la medicina y bajo las directrices del facultativo médico, como profesión auxiliar de la medicina, es la vertiente más tecnócrata de la enfermería. En una real orden de 1888 se aprueba el Reglamento de las carreras de practicantes y matronas con el objetivo de auxiliar la parte mecánica y subalterna de la cirugía (Siles 1999).

Hasta 1860 asumieron las tareas que tradicionalmente habían realizado los barberos: sangrar y operaciones de cirugía menor, así como actividades relacionadas con la odontología, éstas últimas hasta 1875, en que se aprueba la profesión de cirujano –dentista. Se sucedieron distintos Reglamentos y decretos en los sucesivos años que contemplaban los requisitos, formación previa y reglada para los aspirantes a Practicantes y Matronas.

A finales del siglo XIX muchos practicantes eran estudiantes de medicina con dos cursos aprobados que trabajaban en hospitales de forma temporal con el fin de un aporte económico mientras realizaban sus estudios de medicina. En este periodo la presencia de las órdenes religiosas se hace presente en municipios y diputaciones por la carencia de recursos económicos y humanos frente a otros países como Inglaterra y Estados Unidos donde se consolida como profesión de servicios (Siles, 1999).

Tras la guerra civil se pierden muchos de los logros conseguidos en la República. Con una mayor presencia de la religión católica dentro de enfermería y con mayor presencia femenina retorna a una división del trabajo vinculada al género.

En 1955 se crea el título de A.T.S. La enfermería es considerada exclusivamente una profesión auxiliar técnica del médico. Continúan las



mismas directrices que conformaban a los practicantes. La formación académica es distinta para varones formados en facultades de medicina con corte más teórico, respecto a mujeres formadas en escuelas integradas en los hospitales y con una formación práctica. Incluían los planes de estudios asignaturas como religión o formación del espíritu nacional y en las escuelas femeninas perfeccionamiento de labores domésticas. Cabría esperar a 1970 con la promulgación de la Ley General de Educación para la posibilidad de integrar a Enfermería en la universidad (1977) como Diplomado Universitario de Enfermería, con duración de tres años, tras declinar su integración como formación profesional de 2º y 3º grado (Siles, 1999).

Desde 1998 puede accederse al máster en Enfermería, en principio, como Título Propio (el acceso y consolidación del máster no es uniforme al no poderse cursar en todas las universidades y escuelas de enfermería españolas. Destaca de forma precursora y pionera del proyecto la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante, ahora ya en la Facultad de Ciencias de la Salud) con la Reforma Educativa del Plan de Bolonia (firmada el 19 de junio de 1999) equipara los estudios universitarios de las distintas disciplinas para toda la franja europea permitiendo acceder a los estudios de tercer grado para Enfermería.

La reforma universitaria de España (1977) como la reforma del sistema sanitario, con la Ley General de Sanidad (1986) propiciaron un cambio en la concepción de las necesidades sociales, ampliadas, para dar respuestas a dichas demandas. Enfermería tuvo que adaptarse al inédito contexto socio-político, de transición democrática, como al conjunto de Europa con directrices comunes en materia de sanidad, entre otras.

En consecuencia surgen importantes modificaciones que afectaron tanto a la actuación de sus profesionales como a la propia identidad como profesión y disciplina. Con un mayor protagonismo y responsabilidad en la sociedad con una función diferenciada e independiente, parte activa y participativa del equipo de salud con una remodelada visión del binomio Salud – enfermedad y con una nueva necesidad de redistribución de los recursos (siles, 1999).

2.3. EPISTEMOLOGÍA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Percepciones minoritarias como Mason (2009) proponen abandonar el debate infructuoso sobre epistemología en enfermería y centrarse en mejorar la práctica enfermera. Pero, ¿es posible mejorar la práctica clínica de enfermería, desde esta perspectiva?

A criterio de Fawcett (2012) se está promoviendo un marco interdisciplinar para la práctica de enfermería abocado al fracaso y cuyo mayor peligro radica en perder la identidad de enfermería. Si los miembros de cada disciplina no entienden los modelos conceptuales, prácticos y de investigación de su propia disciplina, en este caso enfermería.

El objeto de conocimiento de enfermería ha sido históricamente delimitado por los cuidados (Domínguez Alcón 1983; Siles, 1999; Baughan y Smith, 2008, (cit. Sargent, 2012). Desde el punto ontológico y epistemológico el cuidado es la razón y ser de enfermería (Sargent, 2012) apoyado en los estudios de Watson, 1979, Cheng 1998, Watson y Smith 2002).

La literatura acerca del cuidado de enfermería es enorme y a menudo contradictoria concluye Sargent (2012), basándose en los estudios de: Morse et.al. 1991; Smith 1999; Paley 2001; Lewis 2003.

No obstante, la perspectiva de cuidar como virtud innata que posee la enfermera es un discurso dominante en todos los análisis revisados por Sargent (2012). Donde el cuidado se conceptualiza como un atributo de trabajo emocional (Henderson, 2001; Smith Gray, 2001; Huynh, Alderson y Thompon 2008), también, como una perspectiva transcultural (Leininger, 1978; Gustafson y Gustafson, 2005), como conexión (Wilde 1997) y como base epistemológica para la práctica de enfermería (Watson 1979, Watson y Smith 2002) (cit. Sargent (2012);

La filosofía apunta diferentes percepciones de la realidad. Una visión reactiva o determinística basada en la objetividad del positivismo, integrativa basada en el post-positivismo y transformativa que permite la intersubjetividad basada en la fenomenología y la hermenéutica. La práctica profesional desde el punto ontológico en la consecución del ser humano no es la misma según la visión utilizada, como tampoco desde la epistemología que desea conocer diferentes orientaciones teóricas y metodológicas distintas (Bueno Robles, 2011).



El desarrollo epistémico de enfermería es fundamental para delimitar su objeto de estudio (Siles, 1999).

La epistemología analiza las relaciones que existen entre la ciencia y la sociedad, entre las distintas ciencias. Éstas surgen y se desarrollan en determinadas circunstancias históricas, los problemas epistemológicos deben ser resueltos desde los distintos postulados filosóficos (Cárdenas, 1999). Continúa la autora, desde las distintas posturas filosóficas explican cómo se genera y construye el conocimiento y sus relaciones. La epistemología de enfermería se genera desde la búsqueda de respuestas a las interrogantes: ¿cómo se origina el conocimiento en enfermería?, ¿qué métodos utiliza?, ¿cuál es la relación entre teorías y práctica desde la investigación?, en definitiva, ¿cómo reflexionan sobre los cuidados de enfermería? (Cárdenas, 1999).

Para Burns y Grove (2004) el conocimiento que ha nutrido a enfermería en su historia se sintetiza en:

- Tradiciones: que a menudo no son cuestionadas. Están, además, protegidas por quienes dirigen y ostentan poder y autoridad.
- Autoridad: aquel sujeto que por su experiencia o poder ejerce una influencia sobre los demás.
- Préstamos: parte del conocimiento en enfermería proviene de otras disciplinas.
- Ensayo-error: comprende actividades que se obtienen a partir de la experiencia, algunas eficaces.
- Experiencia personal: permite mejorar en habilidades. Se requieren investigaciones que aborden la experiencia personal como método que facilite dichas experiencias a estudiantes y recién graduados.

Para Hernández Conesa(2003) la epistemología se pregunta por los rasgos que permiten calificar como científico un conocimiento y sus respuesta proporciona las bases para demarcar o separar la ciencia de lo que no lo es. En su opinión: "el Saber científico enfermero aún está impregnado de creencias pseudocientíficas, y su principal objetivo es principalmente práctico, no cognitivo. En consecuencia, los trabajos de

observación y experimentación que se pueden llevar a cabo carecen de objeto de estudio propio, por lo que sus hallazgos suelen ser prácticamente irrelevantes para la construcción del corpus doctrinal propio.”

CONOCIMIENTO TÉCNICO	PROTOCIENCIA Ciencia embrionaria	PSEUDOCIENCIA
-Conocimiento especializado. -No científico. -Caracteriza las artes y las habilidades profesionales.	-Ejemplificada por el trabajo. -Carece de objeto teórico de observación y experimentación.	-Cuerpo de creencias y prácticas. -No comparte con la ciencia el planteamiento, las técnicas ni el cuerpo de conocimientos

En: Hernández Conesa, J. M., Moral de Calatraba, P., Esteban-Albert, M. (2003). Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método (2º ed.) Interamericana McGraw-Hill, Madrid .pp 23.

Para Hernández Conesa, et.al. (2003) los problemas epistemológicos en enfermería son tres:

- Ausencia de una definición e identificación del objeto de estudio.
- Carencia de una teoría que guíe la práctica.
- Carencia de un lenguaje propio común.

El conocimiento de enfermería ha de ser abordado, también, para Green (2012) desde la comprensión de la naturaleza de la intuición como una forma válida de conocimiento. Una intuición práctica que desde la filosofía y la neurofisiología se compone de cuatro aspectos:

1. Un conocimiento autómatas, como aprender a montar en bicicleta.
2. Las percepciones sensoriales, entrenadas a detalles sutiles.
3. Conocimientos conceptuales.
4. Como un historial de acciones habituales dirigidas intencionadamente hacia unos resultados prácticos.



Las barreras epistémicas (de tipo pedagógico, conceptual, en torno al cuidado enfermero, los diagnósticos de enfermería, sobre los saberes transdisciplinarios) han obstaculizado y entorpecido el abordaje de los problemas de enfermería cuando cuestionan de forma permanente el conocimiento aceptado por los profesionales (Sánchez Estrada, Jiménez Castro, Salinas Duran, 2004)

Enfermería como disciplina científica todavía se encuentra inmersa en un proceso de crecimiento y consolidación. Disciplina eminentemente práctica y/o prescriptiva, enmarcada tanto en las ciencias sociales, en cuanto al estudio del ser humano, como en las ciencias naturales, centrado en el modelo biomédico. Presta a confusión en cuanto a su identidad profesional con el consiguiente problema referente al paradigma asumir con el que abordar la práctica enfermera (Hernández Conesa et.al. 2003)

En el contexto de la enfermería española los textos de formación de las enfermeras de finales del siglo XIX y principios del siglo XX certifican la subordinación y dependencia a la disciplina médica. Donde las enfermeras debían tener pocos conocimientos teóricos y priorizar en la práctica (Domínguez Alcón 1983).

La época de practicantes y, posteriormente, el ayudante técnico sanitario (A.T.S.) carecieron de autonomía profesional, académica y disciplinaria. Adscritos al paradigma neopositivista racional tecnológico dentro del contexto social y académico de la multidisciplinariedad. En la cual permanecieron a la sombra y dependencia de la disciplina médica. Ésta última con un estatus y poder histórico, académico y social sobre enfermería lo que imposibilitó la vertebración científica de enfermería (Siles 2010). Continua Siles, con la integración de enfermería en la universidad se produjo un cambio hacia la interdisciplinariedad. Sin embargo, este hecho no fue suficiente para el desarrollo pleno de la disciplina enfermera como ciencia. Puesto que las investigaciones científicas, las tesis doctorales realizadas por enfermeras, se encontraban vinculadas con otras titulaciones de licenciatura, requisito para optar al título de doctor. Las tesis no podían ser identificadas propiamente como de enfermería, ni los doctores eran de enfermería. Con la Reforma Educativa de

Bolonia (1999) da acceso a enfermería a los estudios de tercer grado abre un periodo de transdisciplinaridad que, de este modo, posibilita la investigación científica de los cuidados y poder vertebrar los problemas epistemológicos de enfermería. (Siles, 2010).

Gálvez del Toro (2001) plantea algunas interrogantes concernientes a incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Se pregunta acerca de la existencia de evidencia científica en enfermería, si ésta ha de ser distinta de la evidencia biomédica, o qué función desempeña la investigación cualitativa en la creación de evidencia en enfermería. Reflexiones que son abordadas también por otros investigadores y que son analizadas en los siguientes subíndices.

2.4. ESTADO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN ENFERMERÍA.

Dejando a un lado el debate en cuanto a la adscripción de enfermería al tipo de ciencia, asumido que comparte rasgos de las ciencias naturales y sociales, con independencia de sus metodologías y paradigmas procedentes, el problema añadido de la investigación en enfermería, a su escasa tradición investigadora, cabe sumarle la deficiente formación en metodología investigadora.

No es hasta la década de 1970 cuando las principales referentes y teóricas de enfermería dirigen sus esfuerzos a la consecución de una profesión articulada en torno a un cuerpo de conocimientos en los que basar la práctica enfermera, esto es, la ciencia enfermera (Marriner y Alligood, 2003). Las enfermeras fueron formadas e instruidas para estar cualificadas en la realización de actividades y técnicas alejadas del conocimiento científico derivado de la investigación (Cabrero y Richart, 2000).

Cabrero (1999) en una revisión del estado de la investigación en enfermería, presentada para optar a la Cátedra de Enfermería en la Universidad de Alicante, apoyado en los estudios de Hunt, 1981; Bircumshaw, 1990; Webb y Mackenzie, 1993, pone de relieve que una de las críticas en la investigación de enfermería es el hecho de no contribuir a la mejora de la práctica y sí en la creación de una élite de enfermería académica que no clínica. Suscita reflexionar si se realizan investigacio-



nes relevantes para la práctica y, en caso afirmativo, si se incorporan los hallazgos a la práctica. En cuanto a la primera cuestión Cabrero, basado en el meta-análisis de Heater, Becker y Olson (Heater, 1988, cit. Cabrero 1999), concluye como hallazgo principal que la práctica basada en la investigación puede ofrecer mejores resultados que la práctica habitual, como el hecho que son pocas la investigaciones que valoran las intervenciones de enfermería. En cuanto a la segunda cuestión, Cabrero alude que los hallazgos no están diseminados correctamente o no son utilizados en la práctica (Crosswaite y Curtice, 1994, Cit. Cabrero 1999);

Estas afirmaciones sugieren analizar si ¿existe evidencia científica en la práctica enfermera?, y como se preguntaba Gálvez del Toro: ¿proporciona la investigación cualitativa evidencia?

La práctica basada en la evidencia para la toma de decisiones clínicas impera los métodos cuantitativos, particularmente, los ensayos clínicos aleatorios. Ambos métodos, cuantitativo y cualitativo ofrecen ventajas y desventajas siendo responsabilidad del investigador y de la ciencia la elección del método más óptimo para responder a las cuestiones determinadas que se pretende investigar (Hunt y Lavoie, 2011).

Sin embargo, es menos conocido como las enfermeras definen evidencia en su práctica clínica diaria y como este conocimiento puede entrar a formar parte de la estrategia de evidencia en enfermería con la que mejorar la atención al paciente y los resultados en éste (Jeffs et.al 2013)

La jerarquía de los ensayos clínicos aleatorios situados en lo alto del escalafón como la forma más válida de evidencia científica puede obstaculizar la práctica de enfermería basada en la evidencia, precisamente, por la jerarquización de la evidencia. Para permitir la aplicación de la mejor evidencia en la práctica puede que haya que invertir en el escalafón jerarquía por reflexión (Mantzoucas, 2008). En tanto, por las contraindicaciones y limitaciones prácticas, políticas ideológicas como epistémicas de los ensayos clínicos (Mantzoucas, 2008)

De este modo, las guías clínicas proporcionan evidencia en la práctica (Alanen, 2009). Para Leathard y Cook (2009) la sabiduría práctica

a través del aprendizaje de la experiencia y la espiritualidad en el cuidado son las estrategias que facilitan la aplicación de una enfermería holística.

En esta línea de pensamiento se hallan autores como Riera(2004) y De la Cuesta (2005) quien refiere que el modo de jerarquizar la evidencia en parámetros exclusivamente positivistas jerarquizados por el diseño metodológico en cuyo nivel superior se encuentran los ensayos clínicos aleatorios, seguidos de meta-análisis y revisiones sistemáticas, dejan la investigación cualitativa como mera opinión. Prosigue, De la Cuesta, el trabajo cualitativo es interpretativo y subjetivo no mide resultados, describe e interpreta fenómenos para su comprensión profunda, en consecuencia, no resiste la jerarquización predominante. La validez de la evidencia debe ser una cuestión epistémica o paradigmática pero no una cuestión metodológica. Debe valorar dos cosas: la veracidad de lo que se afirma y la importancia de lo que se afirma (Hammersley, 1999, cit, De la Cuesta, 2005).

Constatado en la literatura que enfermería no es una profesión basada en la investigación (Pearcey,1995, cit. Cabrero,1999; Riera, 2004) y que existe una separación entre lo que conocen las enfermeras y lo que practican (Luker,1992, cit. Cabrero1999). Por razones epistémicas o profesionales desde 1980 viene produciendo se un auge por la investigación cualitativa en enfermería. Sin embargo, el estatus imperante del modelo biomédico, basado en el paradigma neopositivista y la metodología cuantitativa, ha infravalorado lo cualitativo parte esencial de enfermería (Hayes, 1997; Lorentzon, 1998;French,1999, cit. Cabrero 1999). Así organizaciones como la Colaboración Cochrane y en general la Medicina Basada en la Evidencia, por extensión la Enfermería Basada en la Evidencia, abogan casi en exclusiva en favor de la metodología experimental (Hicks y Hennessy, 1995, cit. Cabrero1999).

La naturaleza holista de enfermería requiere un paradigma y una metodología que pueda ofrecer respuesta a la complejidad multidimensional de los cuidados. Tal complejidad es la que dificulta describir y analizar la práctica enfermera. Por ello, no pueda reducirse a una mera serie de actos y procedimientos (Dreher, 2003).



El cuidado holista en los seres humanos impulsa la investigación cualitativa (Cabrero y Richart, 2000), el holismo implica atender las dimensiones socioculturales y espirituales y no solamente aspectos biofísicos (Kérouac, 1996; Cabreo y Richart, 2000; Sánchez, 2010).

Las disciplinas científicas deben establecer un procedimiento metodológico adecuado al objeto de estudio y al problema a resolver, Hernández Conesa et.al (2003). La misma autora plantea si es el método científico-hipotético deductivo el más idóneo para la elaboración del corpus de conocimiento en enfermería. O quizás el problema se encona al partir del principio equivocado de adaptar el objeto al método (y no al revés) lo que dificulta el debate metodológico en enfermería además de la ausencia investigadora de las enfermeras y su debilidad epistemológica (González Hernández, 1989, cit. Siles 1999)

Si bien, actualmente hay una tendencia a decantarse por un enfoque cualitativo por ser el paradigma que más se identifica con enfermería, con el propósito de reforzar epistemológicamente los fundamentos de la enfermería, cabe no despreciar las aportaciones de otros enfoques metodológicos como el racional tecnológico siempre y cuando no caigan en flagrantes contradicciones de sus presupuestos de partida (Siles 1999). Carvalho (2003) matiza a este respecto que: "cualquiera que sea el método, pienso que puede ser bueno desde que sea aplicable al objeto de estudio". Los estudios cualitativos, también, contribuyen al desarrollo de enfermería: generan teoría, basada en la realidad de los profesionales (De la Cuesta, 2000).

Para Seguel-Palma, Valenzuela-Suazo y Sanhueza-Alavarado (2012) consideran que la subsistencia de enfermería como profesión y disciplina se encuentra unida a la investigación cuantitativa, en tanto, consideran que es la metodología que permite evaluar la gestión de los cuidados y mejora la práctica clínica garantizada con la evidencia científica.

Matizar el concepto de paradigma de Khun (1970) quien lo entiende como un marco o modelo conceptual que explica los esquemas o enfoques de una disciplina con una función práctica. Para Chalmers (2003) si una disciplina científica siguiese un solo paradigma no progresaría. Siguiendo a Khun, un paradigma describe el mundo que ve a través de

un marco conceptual, implica unas técnicas experimentales y teóricas para compaginar el paradigma con la naturaleza. Por otra parte, continúa Chalmers “no hay razón a priori para esperar que un paradigma sea perfecto o que sea el mejor de los que ya existen” (Chalmers, 2003).

SINTESIS CRONOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL EN ENFERMERÍA.

El protagonismo de la investigación en enfermería en cuanto a relevancia y peso específico en el panorama internacional es transitar y recorrer la investigación de la enfermería americana de Estados Unidos, de absoluto liderazgo en el mundo, especialmente, en el pasado siglo XX (Cabrero y Richart, 2000).

La literatura coincide en señalar como pionera de los estudios de investigación en enfermería a Florence Nightingale (1859) por su publicación *Notes on Nursing*, donde estudió los factores ambientales que contribuyeron a la disminución de la morbilidad y mortalidad de los soldados durante la guerra de Crimea. Introdujo certeros cambios en la atención de enfermería y de manera más general en la salud pública (Polit y Hungler 2003; Burns y Grove, 2004). Posteriormente, hasta mediados del siglo XX, reinó una etapa de vacío, sin continuidad, en cuanto a investigación en enfermería se refiere.

Desde 1900 a 1950 los estudios de investigación estuvieron centrados en la formación de las enfermeras. Así lo constata el Informe Goldark(1923) realizado por el Comitee for the Study of Nursing Education, y el Informe Brown(1948) a petición del National Nursing Council for War Service. En el que identificaron importantes carencias en la formación de las enfermeras recomendando la incorporación de enfermería en el seno de la universitario (Polit y Hungler, 2003). Y es que como señalan Cabrero y Richart hasta entonces se tuvo la creencia que la práctica de enfermería podría mejorarse con la formación de enfermeras cualificadas y no mediante la investigación (Cabrero y Richart, 2000)

Durante la década de 1950 es cuando toma impulsó la investigación en enfermería. Por una parte comenzaba a consolidarse publicaciones como *American Journal of Nursing* (publicado por primera vez en 1900)



y la Nursing Research en 1952. Una segunda cuestión es la referida a la creación del primer programa clínico de doctorado en enfermería materno infantil en 1954 por la Universidad de Pittsburg (Cabrero y Richart, 2000). En este periodo las enfermeras se estudiaron a sí mismas: ¿quiénes eran?, ¿qué hacen?(Polit y Hungler, 2003)

En el periodo de 1960 las escuelas de enfermería imparten en su formación la investigación y sus fases del proceso, etapa iniciada en los años cincuenta,(Burns y Grove, 2004). Hay un interés por los modelos conceptuales y las bases teóricas que guíen la práctica clínica, sin embargo, continua la escasez de investigaciones relacionadas con la práctica de enfermería (Cabrero y Richart, 2000; Polit y Hungler, 2003). En 1960 se crea un nuevo doctorado, en Ciencia de Enfermería por la Universidad de Boston.

En el decenio de 1970 continua la difusión de las investigaciones con nuevas publicaciones y más impulsos como el de la American Nursing Association (ANA), creó la ANA Commission on Nursing Research, dedicada a actividades de investigación (Burns y Grove, 2004). Se produjo un cambio de orientación en las investigaciones hacia áreas de docencia, administración, programas de estudio al mejoramiento de la atención al paciente por la concienciación de las enfermeras de generar una base científica para la práctica. Pero una década más los problemas clínicos son la prioridad como muestra el estudio de Lindeman(1975) sobre la percepción de las líderes en enfermería sobre la orientación de las investigaciones (Polit y Hungler, 2003). Cuentan ya con 21 programas doctorales.

Los años que comprenden el decenio de 1980 estuvieron marcados por un nuevo nivel de desarrollo tecnológico, los ordenadores y su uso en la recolección y análisis de datos. Lo cual plantea un nuevo giro concerniente al tipo de problemas planteados en la investigación: los métodos de recolección y análisis como la vinculación de la investigación con la teoría y su aplicación práctica (Polit y Hungler, 2003)

A partir de 1990 las revistas de investigación Clinical Nursing Research y Qualitative Health Research surgen como respuesta al creciente número de investigaciones cualitativas. Para el futuro, ya presente, se

incide en reforzar los conocimientos para la práctica de la profesión así como mecanismos para aplicar los resultados de la investigación de enfermería en la práctica real. La práctica basada en la evidencia es hoy un referente para las disciplinas relacionadas con la salud. El Internacional Council of Nurses (ICN) y el National Center for Nursing Research (NCNR) han señalado la necesidad de desarrollar conocimiento científico para sostener la práctica así como salvar la separación entre la práctica y la investigación (Cabreo y Richart, 2000).

LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA.

Un claro ejemplo que ilustra y resume los cimientos del panorama de la enfermería en el siglo XX lo hallamos en el libro de texto: Patología y Terapéutica clínica abreviada: para uso del auxiliar médico, del Dr. Rafael Gómez Lucas publicada en 1946, por Biblioteca del Auxiliar Médico.

En el prólogo, su autor, justifica su publicación por considerarla necesaria a fin de formar adecuadamente al "auxiliar médico" a los que se refiere como "compañeros mártires de la profesión". Continúa con una reflexión para sus compañeros médicos quienes le censuraron por su obra argumentando: "que era dar armas a quien no sabía manejarlas". Gómez Lucas propone, entonces, dos alternativas: suprimir la carrera de auxiliar o facultar a éstos para que puedan actuar en aquellos casos donde el médico no puede.

El desarrollo de la enfermería como profesión y su sello de identidad como disciplina está ligado al contexto y devenir sociopolítico e ideológico, cultural, en definitiva. Por tanto, las peculiaridades domésticas que asumieron a la enfermería española determinaron un camino más tortuoso y ralentizado en el desarrollo de enfermería respecto a otros referentes mundiales como refleja la tardía reforma universitaria en 1977.

Tras revisar y analizar la investigación de enfermería en España Cabrero y Richart (2000) concluyen que "no existe un trabajo que resume el panorama histórico de la investigación de la enfermería española en detalle, aunque en algunos artículos publicados aparecen notas, o breves resúmenes al respecto". Por ello, el presente repaso de la investi-



gación de la enfermería española base casi en su totalidad en el trabajo llevado a cabo por los autores citados.

Según el informe que elaboró en 1991 el Grupo de Trabajo de Enfermería del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) constituido en 1987. Grupo de trabajo del centro coordinador de la REUNI para la investigación de enfermería (1997) publicado por Grupo de Enfermería (1994) destaca entre los problemas de la investigación española en los primeros años de esta década la existencia de insuficiencias en las publicaciones, documentación escasa, falta de grupos institucionalizados dedicados a la investigación en enfermería, poca participación del personal de enfermería en investigaciones, insuficiente formación metodológica de los profesionales de enfermería, marco institucional y medios para la investigación insuficientes.

En un posterior informe (1997) el FIS constata mejoras en cuanto al número y calidad de publicaciones aunque persisten carencias como la falta de líneas de investigación que son irrelevantes y discontinuas en naturaleza y financiación con unos resultados inadecuadamente difundidos.

Icart (1991) (cit. Cabrero y Richart, 2000) presenta a los profesionales de enfermería como consumidores de conocimiento de otras disciplinas y no como productores de conocimiento. Hasta finales de los años setenta los profesionales colaboran en la obtención de datos y tabulaciones sobretudo en investigación biomédica. Situación que ha está variando en los últimos 25 años. En gran medida a la mayor formación de los profesionales de enfermería, al esfuerzo por impulsar la investigación en congresos, jornadas y departamentos de enfermería, entidades como el Instituto Carlos III, Index de Enfermería, por citar las más relevantes por su repercusión y difusión, como al aumento de la financiación del FIS, tanto de entidades privadas y organismos públicos.

La producción científica española versó en torno a la necesidad e importancia para el desarrollo de la profesión de la investigación (Sánchez et al. 1985; Montesinos, 1987; Editorial, 1989; Mompert, 1990; Martínez, 1990; cit. por Cabrero y Richart, 2000). De este modo se encuentran títulos como "Investigación en enfermería: una razón de su-

pervivencia" (Sebio López, 1988) o Mora, 1986: "La investigación, herramienta que forja una profesión" (cit. Cabrero y Richart, 2000)

A finales de los años ochenta y principio de los noventa se publican artículos con el objeto de difundir como se fundamenta la investigación científica: etapas del método científico, estructura de un artículo científico, protocolo de investigación, (Peña y Garcia, 1993; lcart y Caja, 1989; Ubeda y Pujol, 1991), con fines docentes.

En los noventa los artículos se centran en la evolución histórica de la investigación (lcart, 1991; Cabrero y Richart, 1991 a, 1991b) como incluir en los planes de estudio de enfermería la formación en métodos de investigación (Cabrero y Richart, 1991a, 1991b , Noguera, 1993). véase Cabrero y Richart, (2000)

En la segunda mitad de los noventa, como ocurre en la enfermería internacional, se publican artículos de difusión de investigación cualitativa (Cabrero y Richart, 1997; De la Cuesta, 1997 y 1998) como un paradigma propio de investigación.

Este somero repaso por la historia de la investigación de enfermería española bajo la perspectiva del análisis de Cabrero y Richart, ponen de manifiesto las deficiencias de las enfermeras españolas en cuanto a su formación investigadora, con similitudes y paralelismos con la enfermería internacional, tomando como referencia a Estados Unidos. Siempre con la salvedad y peculiaridad del contexto político y social de España que con la Guerra Civil (1936-1939) y su posterior estado político de dictadura (1939-1975) hasta la muerte del dictador, Francisco Franco Bahamonte, que contribuyeron a la tardanza en la evolución natural de la enfermería española como profesión y disciplina que sí se produjo en otros países del concierto internacional, más allá de Estados Unidos, incluyendo países de Europa como Gran Bretaña o Francia.

BARRERAS EN LA UTILIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS PRODUCTO DE LA INVESTIGACIÓN.

Burns y Grove (2004) identificaron las barreras que encuentran los profesionales de enfermería para la utilización de los hallazgos frutos de la investigación en la práctica. Analizaron, para ello, los proyectos



de investigación WICHE (1978) dirigidos por Krueger y cols., como el proyecto CURN(1980) dirigido por Horsley con la creación de protocolos clínicos para la práctica clínica basados en los hallazgos de investigación.

Posteriormente, Brett (1987) estudió la utilización de los hallazgos clínicos de investigación de enfermería y obtuvo, por ejemplo, que el 44% de las enfermeras eran conocedoras de la rotación interna del fémur en las inyecciones intramusculares dorsoglútea para la reducción de las molestias de la inyección, el 34% reconocían su utilidad, sin embargo sólo el 10% implantaban de forma constante la técnica. Estudio replicado por Coyle y Sokop (1990) con resultados similares (Burns y Grove, 2004)

Burns y Grove (2004) concluyeron por una parte que los estudios de investigación en enfermería para la práctica clínica eran escasos, como se aludía en el informe WICHE, se podría manifestar, por tanto, una escasa tradición investigadora hasta 1980. Además muchos de los estudios realizados no han sido replicados con lo cual no se disponen de hallazgos sólidos, en muchos casos, para ser implementados en la práctica como aludían estudios de autores como Cabrero (1999).

Por otra parte, existen obstáculos originados por las propias enfermeras clínicas quienes no valoran la investigación, no conocen los hallazgos o bien carecen de los conocimientos necesarios para leer críticamente los estudios realizados e implementar sus hallazgos (MacGuire, 1990; Walczak, MacGuire, Haisfield y Beezley, 1994; cit.Cabrero y Richart, 2000). Se podría constatar en alusión a esta última afirmación que la responsabilidad no sería exclusiva de las enfermeras, compartida, si acaso, con las universidades y responsables de las directrices educativas en la formación de las enfermeras, a tenor del estudio del FIS (1991) el cual refleja la no inclusión de formación de las enfermeras en metodología científica.

Finalmente, identifican la barrera originadas por las organizaciones. Consideran que las organizaciones con una antigüedad son poco proclives al cambio, valoran la tradición y sus administradores respaldan la postura institucional. No obstante, los cambios en las políticas sociales y

económicas sanitarias proporcionan una oportunidad para implementar los hallazgos de la investigación existentes así desarrollar e innovar en investigación (Burns y Grove, 2004)

Otras barreras se han identificado con la escasez de enfermeras ligada a la carga de trabajo que soportan que se encuentra vinculada con la insatisfacción laboral (Oelke et.al., 2008) y con la ambigüedad del rol y las funciones de las enfermeras en la práctica clínica que derivan en relaciones tensas con otros estamentos profesionales (Jones 2005);

2.5. METODOLOGÍA CIENTÍFICA EN ENFERMERÍA.

Convendría comenzar por resaltar antes de entrar en materia que en las ciencias reconocidas como maduras y consolidadas cuando se refieren a la metodología científica no apostillan la disciplina o ciencia en cuestión. De tal modo, no se habla de metodología científica en medicina, metodología científica en física, etc. como postulados o entes diferentes. Sin embargo, al referirse a enfermería, se apostilla el método científico en enfermería. ¿Tal vez sus fundamentos difieren del de otras disciplinas científicas?

El hecho es que la metodología científica en enfermería está constituido por el Proceso de Enfermería resultado de la reflexión de distintas teóricas en el año 1950 como coincide en señalar la bibliografía (Hernández Conesa et.al. 2003).

Las definiciones varían en el tiempo, adoptan nuevas acepciones y significados, según épocas, adscritas a los distintos contextos culturales u otras circunstancias. El término ciencia tiene un origen latino y significa saber, conocer, en un sentido amplio a toda clase de conocimiento. Son numerosas las definiciones de ciencia en la literatura siendo temporales. De un modo general la ciencia constituye un cuerpo organizado o sistemático de conocimientos que hace uso de leyes o principios generales. El pensamiento científico es crítico por naturaleza (Hernández Conesa, 2003).

La investigación científica, aplicar el método científico, se elabora de forma sistemática, esto es, se sigue un proceder lógico con una serie de pasos conforme a un plan de acción determinado. A pesar de las dife-



rencias filosóficas y metodológicas entre el método científico tradicional, positivista, y métodos naturalistas, también llamado fenomenológico o constructivista, les une la búsqueda sistemática de conocimiento a través de la investigación científica conforme a la naturaleza de la investigación (Polit y Hungler ,2000).

Villalobos (2001) entiende que: “investigar significa descubrir una cosa o examinarla cuidadosamente; su fin científico es validar, transformar y generar conocimiento”.

El proceso de enfermería y el proceso de investigación tienen similitudes por qué los dos utilizan un pensamiento abstracto, crítico y un pensamiento complejo (Miller y Babcock, 1996, cit. Burns y Grove, 2004). Si bien, reconocen diferencias señalando el proceso de investigación como más complejo (Burns, 1989; Burns y Grove, 2004).

Marriner y Alligood (2003) advierten que el proceso de enfermería ya no es el objetivo principal, la relevancia es saber qué conocimientos poseen los profesionales de enfermería y como los utilizan para tomar decisiones basadas en el paciente.

La investigación de enfermería en la literatura apuesta como futuro por investigaciones basadas en la evidencia para la práctica clínica no exenta de limitaciones epistémicas y metodológicas.

Fingeld-Connett (2010) considera que uno de los problemas de las investigaciones científicas en enfermería referida a la investigación cualitativa radica en su disparidad, lo que las hace que tengan poco impacto para la práctica clínica y poco peso en las políticas sanitarias que se diseñan. Propone que las enfermeras centren sus estudios en investigaciones en meta-análisis que aúnan el gran número de investigaciones cualitativas y difundan sus hallazgos. Hecho, por otra parte, constatado en las barreras de diseminación del conocimiento científico en enfermería.

En cuanto al método hace referencia al procedimiento, a la forma de hacer algo, al modo de proceder para alcanzar una meta, objetivo, de manera estructurada dentro de un proceso (Siles, 1999). El método científico se puede entender como un procedimiento de pensamiento y acción, siguiendo la interpretación de John Dewey, produce un pensar reflexivo (Hernández Conesa et.al. 2003).

Para Calvache (1989) lo importante del método es su relación con la ciencia en la adquisición de conocimientos útiles que incrementen el cuerpo de conocimiento en enfermería (Calvache, 1989, cit, Siles, 1999).

La metodología científica implica diseño de la investigación, recogida de datos y análisis de los mismos, para Abdellah y Levine (1994). Cabrero y Richart (2000) añaden la delimitación del marco teórico y la formulación de hipótesis u objetivos, como pasos previos y, finalmente, la interpretación y discusión de los resultados (Cabrero y Richart, 2000)

PRINCIPALES CRÍTICAS AL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Antes de abordar las críticas vertidas al Proceso de Enfermería, en aras de una mayor comprensión, exponer la idea de khun, manifiesta por Chalmers (2003) en cuanto a la tarea científica implica resolver problemas dentro de un sistema que no se cuestiona en lo fundamental. En tanto, una disciplina no puede progresar si cuestiona continuamente sus fundamentos.

En consecuencia, no es mi propósito poner en tela de juicio el Proceso de Enfermería como metodología científica sino realizar una reflexión crítica esencia de la ciencia. Exponer las argumentaciones de partidarios y detractores del Proceso de Enfermería.

Gordon(1996), Hernández Conesa (2003) o Luis Rodrigo(2008) se posicionan críticas al trabajo que realizó la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en el año 2000 referidas al Proceso de Enfermería y más concretamente a los diagnósticos de enfermería, considerándolos mejorables. Señalar por otra parte que éstos no se encuentran concluidos.

Las consideraciones aceptadas hoy día en la literatura enfermera coinciden en señalar que fue en la segunda mitad del siglo XX cuando dio inicio el Proceso de Enfermería con Lydia Hall (1955). Cuando las enfermeras intentaban analizar su praxis e identificar los elementos que la componen como su definición. Posteriormente, en las décadas sucesivas otras autoras contribuyeron al desarrollo del Proceso de Enfermería. En 1966 Louis Knowles describió las actividades de los enfermeros y



con ello la metodología utilizada en la clínica si bien no son idénticas, significó un impulso para las actuales fases del Proceso de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Hernández Conesa et.al. 2003)

A juicio de Hernández Conesa, el Proceso de Enfermería se encuadra en situaciones de enfermedad y no en el objeto de la disciplina lo cual contribuye a mantener la indefinición epistémica de los cuidados (Hernández Conesa et.al. 2003)

- Valoración: la metodología a emplear se adapta a todos los modelos de enfermería fruto de la necesidad de controlar las acciones que se llevan a cabo en el entorno clínico, sin una metodología científica concreta y adecuada al fin que se propone.
- Diagnósticos de enfermería: considera que tal como se proponen en la actualidad describen situaciones pero carecen de poder explicativo característica de la ciencia.
- Planificación: su principal crítica deriva de la afirmación de Iyer, Taptich y Bernocchi –Losey (1996) quienes afirman: “las intervenciones de enfermería se desarrollan de distintas formas, incluyendo la formulación de hipótesis y la tormenta de ideas”. Para Hernández Conesa las hipótesis como explicación posible y racional debe estar basadas en el conocimiento científico previo opuesto a las ocurrencias que puedan derivarse de una tormenta de ideas. De las intervenciones independientes dice se derivan de una procedencia praxicológica y no epistémica.
- Ejecución: el modelo actual más utilizado para la organización de la atención enfermera en la enfermería primaria ha sido encuadrado en el sistema hospitalario.
- Evaluación: inmersa en cada paso del proceso pretende asegurar “una valoración precisa, unos diagnósticos apropiados, una planificación realista y una ejecución pertinente”.

Como conclusión el Proceso de Enfermería obedece a un método precientífico a criterio de Hernández Conesa et.al. (2003). A juicio

de Hernández Conesa: "mientras el Método Científico obedece a procedimientos metódicos para la explicación, el Proceso de Enfermería responde a demandas de procedimientos metódicos para la intervención clínica."

El Proceso de Enfermería todavía está encuadrado en situaciones de enfermedad lo que contribuye a la continuidad en la indefinición del objeto de estudio y la utilización de la observación sensible como un método de recogida de datos en lugar de proponer la objetivización para este proceso" (Hernández Conesa et.al. 2003).

En 1988 la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) definió: "el Diagnóstico Enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad, a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras hacia la consecución de objetivos de los cuales la enfermera tiene responsabilidad."

A juicio de Gordon (1996) la definición de Diagnósticos Enfermeros realizada por la ANA, concretamente, su Sección Especial de Política Social (1980) como: "respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales" es demasiado general, probablemente, por su sensibilización con el pluralismo teórico en enfermería. Pero que, sin embargo, no deja clara constancia acerca de qué son y qué no son los Diagnósticos de Enfermeros dentro del enfoque conceptual de enfermería.

Diagnósticos de Enfermería son en sí mismos un instrumento cognitivo útil para la práctica enfermera que proporcionan un sistema unificado de lenguaje para la práctica clínica puesto que proporcionan un enfoque de planificación y evaluación de los cuidados enfermeros. Se define en términos de proceso más que de una perspectiva teórica (Gordon, 1996).

Estas críticas no son compartidas por todas las investigadoras de enfermería. Para Alfaro-LeFreve (1996) considera el Proceso de Enfermería como "un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos". Sus cinco fases secuenciales e interrelacionadas se basan en principios y reglas que se



han comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del paciente.

Para Alfaro-LeFreve (1996) “el proceso enfermero proporciona las bases para el desarrollo del pensamiento crítico. De esta forma ayuda a realizar juicios fundamentados en la evidencia, basándose en los principios de la ciencia y del método científico para el logro de unos objetivos predeterminados”.

La American Nurses Association (2004) considera el Proceso de Enfermería como modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de cuidados. Los principios del Proceso Enfermero proporcionan las bases para la toma de decisiones y apuntalan virtualmente todos los modelos de cuidados (en Alfaro-LeFevre (2004), Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Tomado de ANA, 2004, Nursing scope and standards of performance and standards of clinical practice. Washington, DC: American Nurses Publishing).



CAPÍTULO 3. MARCO CONCEPTUAL.

Las ciencias prácticas como enfermería se complementan con el arte o la técnica que permite hacer frente a las peculiaridades y singularidades de su práctica. Sin embargo, un paso esencial en cualquier ciencia es la identificación de su objeto de estudio. El objetivo propio de enfermería es una explicación de por qué las personas requieren de enfermería. Comprender la naturaleza y el significado del objeto de enfermería requiere de la comprensión de términos conceptuales utilizados para expresar la razón de la existencia de enfermería (Orem, Taylor, 2011).

El contexto teórico y la perspectiva analítica del estudio de investigación se enmarca dentro de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea Orem (1971) que interrelaciona tres teorías. En ellas describe por qué y cómo cuidan las personas de sí mismas, como enfermería puede ayudar a cuidar y las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería. Orem en el año 2001 revisó y amplió el contenido de la ciencia enfermera y la teoría de sistemas enfermeros basados en la naturaleza de la persona y en las características interpersonales de la enfermería (Taylor, 2003).

El desarrollo de la TEDA ha producido un cuerpo de conocimiento científico que guía la profesión, la enseñanza, la práctica y la investigación. El carácter innovador de Orem vislumbró que si el cuidado se convertía en una disciplina práctica científica era trascendental estructurar el conocimiento de enfermería. Con la TEDA identificó los conceptos básicos de enfermería y sus relaciones. Las escuelas de enfermería de EEUU y Canadá en la década de los 70 y 80 adoptaron su modelo conceptual en sus planes de estudios. Igualmente, ocurrió en muchas instituciones, hospitales, departamentos de salud, como las propias enfermeras que estructuraron sus ideas de enfermería como su práctica (Clarke, Allison, Berbiglia et.al. 2009).

En España señalar, no obstante, que el modelo de enfermería más utilizado es el de Virginia Henderson (Fernández Ferrín y Novel Martí, 1993. cit. Hernández Conesa et, 2003).

El marco teórico y conceptual proporciona el contexto, la perspectiva analítica sobre el fenómeno estudiado, Coffey y Atkinson (2005) afirman que los métodos de recopilación y análisis de datos carecen de sentido si se les trata en un vacío intelectual separado de marcos teóricos disciplinarios más generales y fundamentales. Continúan, los datos suscitan al investigador a pensar con ellos y acerca de ellos. En su análisis al usarse elementos teóricos tienen sentido y se puede generar teoría entendida en términos de tener ideas y usarlas. Dey, 1993(citado por Coffey y Atkinson,2005) describe la teoría “simplemente como una idea sobre cómo se pueden relacionar otras ideas”.

Como metodología investigadora el estudio se analiza en base a la Teoría Fundamentada (TF) descrita por Strauss y Corbin (2002) cimentado en el interaccionismo simbólico originalmente desarrollado por Glaser y Strauss en 1967.

En la TF (Glaser y Strauss,1967) distinguen dos tipos o formas de teorizar: la teoría sustantiva, busca el sentido en un contexto social particular, frente a la teoría formal de alcance genérico.

Para Strauss y Corbin (2002) teorizar implica concebir o intuir ideas y formularlas en un esquema lógico, sistemático y explicativo. Denota que las categorías se encuentren interrelacionadas de manera sistemática por medio de oraciones que lo indiquen;

3.1. TEORÍA ENFERMERA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (TEDA)

A pesar de la relevancia de los hallazgos en los estudios de Orem durante décadas son pocos los estudios que están desarrollando y ampliando su teoría, si bien el Orem Study Group continua estudiando las conceptualizaciones del conocimiento enfermero utilizando los elementos de la teoría (Taylor, Geden, Isaudais et.al.2000; Taylor 2003). Si son numerosas las descripciones del uso de la teoría de Orem en las diversas manifestaciones clínicas de variadas patologías y grupos de edades (Taylor, 2003)

Nursing: concepts of practice fue el primer libro publicado por Orem (1971) con posteriores ediciones en la década de los 80,90 y 2001, donde trabaja y desarrolla la Teoría Enfermera del Déficit del Autocuida-



do. Descrita como una teoría general que interrelaciona tres teorías: la teoría de autocuidado donde describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado donde explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente y la teoría de sistemas enfermeros que explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.

Orem (1993,2001)entendió la enfermería como “ un servicio de salud especializado y se distingue de otros servicios humanos por su foco de atención en las personas con incapacidades para la continua provisión de la cantidad o calidad de cuidados en un momento específico que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo, siempre que las incapacidades que limitan los cuidados estén asociadas a su estado de salud o a la naturaleza especializada, compleja, de las medidas de cuidados reguladores requeridas”.

Para Orem(1993,2001) la enfermería es un servicio de ayuda especializada, hace referencia a una serie secuencial de acciones, tareas cuyo foco central de atención son las personas. Con la finalidad de superar o compensar las limitaciones derivadas de su estado de salud.

Distingue cinco métodos de ayuda:

1. Actuar por otra persona o hacer algo por ella.
2. Guiar y dirigir.
3. Proporcionar soporte físico o psicológico.
4. Proporcionar y mantener un entorno que apoye el desarrollo personal.
5. Enseñar.

Distingue dos tipos de conocimientos para la práctica de la enfermería:

- Conocimiento de enfermería experimental. Es un conocimiento especializado basado en la experiencia ante situaciones de práctica en enfermería.
- Conocimiento de enfermería especulativo o teórico. Se desprende de fuentes autorizadas en enfermería. Es un conocimiento especializado y estructurado de enfermería. Sin éste

la enfermería se basaría en el sentido común situándose al margen de la ciencia de enfermería.

Diferencia aquellas personas que precisan cuidados especializados de enfermería de aquellas que precisan cuidados ordinarios, familiares. Distinguiendo tres formas de cuidados:

1. Autocuidado: es el cuidado personal que requieren las personas diariamente para regular su propio funcionamiento y desarrollo.
2. Cuidado dependiente: práctica de actividades que personas responsables maduras y en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo, o de manera continuada, para mantener su vida y contribuir a su salud y bienestar.
3. Cuidados de enfermería: referencia aquellos cuidados especializados impartidos por enfermeras: educadas y cualificadas en enfermería, capacitadas a actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico.

Para Orem (1993) sin un marco de referencia de enfermería las enfermeras tienden hacia una orientación de tareas, operaciones de trabajo y las personas que requieren sus cuidados a ser tratadas como objetos. La enfermería es un esfuerzo práctico en el que se ocupan personas que tienen un conocimiento teórico de enfermería especializado. Sin el conocimiento de las ciencias prácticas de la enfermería no es posible otorgar un significado de enfermería a lo que observan y a la información que obtienen. Por disciplina entiende "un campo del conocimiento que muestra una perspectiva distinta y un estilo de pensamiento, así como diferentes ideas y conceptos organizados, métodos de investigación y modo de comprender los datos".

Las tareas y procedimientos separados del componente humano, ambientales y de las circunstancias que especifiquen por qué, cuándo y por quien deberían ser realizados no proporcionan los fundamentos para la comprensión de la enfermería como cuidado (Orem, 1993, 2001).



3.2. TEORÍA FUNDAMENTADA (TF).

La Teoría Fundamentada como metodología de corte cualitativo comparte atributos con otros métodos de investigación cualitativos en enfermería. Zoucha(1999) destaca la etnoenfermería, etnografía y fenomenología. Todos ellos comparten el analizar el significado del fenómeno de estudio desde la perspectiva de los participantes (emic). Morse (1992) destaca la perspectiva holística del fenómeno como el hecho de partir de procesos inductivos e interactivos de investigación. Difiere, sin embargo, la TF de otras metodologías en el diseño y el objetivo (véase capítulo 4.)

La TF fue desarrollada por Glaser y Strauss (1967), sin embargo, difiere tanto en el proceso como en el producto de la llevada a cabo por Strauss y Corbin en 1990 (Stern, 2003).

Para Strauss y Corbin(2002) las diferencias surgieron de forma espontánea como consecuencia de compartir la metodología con colegas y estudiantes. Si bien, reconocen la diferente tradición filosófica e investigadora de Glaser con formación cuantitativa quien vio la necesidad de establecer comparaciones ente los datos para identificar, construir y relacionar conceptos, frente a la tradición investigadora cualitativa de Strauss. Para Stern (2003) adherida a la escuela “glaseriana” las diferencias de enfoques habían estado presente desde el principio si bien con los años se acentuaron.

La relevancia de esta matización se sustenta en la credibilidad para la evaluación del presente estudio. De la Cuesta (2004) advierte que la credibilidad de los estudios cualitativos reside en evaluar el proceso del estudio. La pertinencia congruencia y rigurosidad de la metodología son los criterios de evaluación. Con el fin de mantener tal congruencia y rigurosidad el presente estudio sigue de forma escrupulosa la “versión” de Strauss y Corbin (2002) con quien el autor de este proyecto encuentra mayor afinidad por su formación académica.

No obstante, el marco teórico de la TF se basa en el interaccionismo simbólico (Mead,1934 cit. Blumer 1967) cuya premisa principal radica en la construcción de la realidad por parte de los individuos, cuyos significados se construyen sobre la base de utilidad que encuentren. Los

significados construidos emergen en base a las interpretaciones resultantes de las interacciones sociales con otros sujetos.

Pretende descubrir el significado que las personas construyen para explicar un determinado fenómeno a estudio (Zoucha, 1999). El objetivo de la TF es construir teoría (sustantiva) a partir de los datos, información generada en los contextos naturales del fenómeno que lo expliquen (Strauss y Corbin, 2002; De la Cuesta, 2006) cuya aplicación abarcará contextos similares. Taylor y Bogdan (1987) "un buen estudio cualitativo combina una comprensión en profundidad del escenario particular con intelecciones técnicas generales que trascienden este tipo particular de escenario"

Strauss y Corbin (2002) la TF "se refieren a una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación".

La emergencia es la base de la metodología no parten de conceptos o marcos teóricos preconcebidos. La literatura actúa como un elemento sensibilizador a modo de "background" en los que se comparan los hallazgos. Los conceptos, diseño y la teoría resultante emergen de los datos, por tanto, inicialmente es un proceso inductivo. Cuando plantean relaciones entre los conceptos establecen hipótesis. Éstas emergen del análisis a partir de los datos brutos para convertirse en un proceso deductivo en cuanto exige una interpretación (Strauss y Corbin 2002)

En base a los preceptos expuestos la TF resulta la metodología idónea para afrontar cómo conforman las enfermeras clínicas el proceso de elaboración de los cuidados de enfermería en la práctica clínica. Explorar las estrategias que adoptan en el constructo de los cuidados básicos de enfermería para la práctica clínica implica saber del significado que le atribuyen a los diferentes conceptos presentes en el desarrollo y ejecución de la práctica clínica.

3.3. ADAPTACIÓN AL ESTUDIO.

La elección del marco teórico conceptual de D.E. Orem no es arbitraria, por el contrario, representa las premisas, el contexto intelectual del que parte el estudio y poder de este modo integrar de forma compres-



ble los resultados que se deriven de éste. El estudio de los cuidados básicos de enfermería como las estrategias que utilizan las enfermeras para integrarlos en la praxis clínica interrelaciona las tres teorías descritas por D.E. Orem. Como los pacientes a través de sus limitaciones para satisfacer sus necesidades básicas requieren de la ayuda de las enfermeras y como éstas prestan la ayuda dentro de un marco profesional y disciplinar de enfermería fundamentado en el conocimiento de enfermería.

Los cuidados como actividad no son exclusivos de los profesionales de enfermería, las enfermeras como agentes sociales contribuyen y colaboran con el personal lego. La definición de los cuidados de enfermería aportada por Orem como cuidados especializados impartidos por las enfermeras no específica explícitamente que atributos les confiere a los cuidados para que sean propios como un sello de identidad de enfermería, asunto que es tratado en el presente estudio;

Una vez hilvanado el tema cabe conectarlo a un paradigma y metodología congruente. En un contexto analítico desde la perspectiva conceptual e intelectual coherente que permita desarrollar el proceso de investigación para la consecución de los objetivos y poder generar teoría. Entendida por Strauss y Corbin (2002) "temas y conceptos, interrelacionadas de manera sistemática por medio de oraciones que indican relaciones, para formar un marco teórico que explica algún fenómeno social, psicológico, educativo, de enfermería o de otra clase."

La TF tiene como característica esencial la fundamentación de los conceptos en los datos, esto es, que la teoría emerja a partir de los datos (Strauss y Corbin 2002). Estos mismos autores no obvian que la perspectiva teórica del investigador influye sobre la posición que adopta en el estudio. No obstante, el uso de la literatura es bien distinto. Las referencias teóricas y la literatura técnica, en general, permiten sensibilizar los datos emergentes, aumenta la sutileza de los matices de los datos. Por otra parte, advierten de la peligrosidad de las teorías y conceptos establecidos a priori, como elementos que limitan la capacidad de generar conocimiento por constreñir o coartar la creatividad del investigador. Los conceptos y sus relaciones han de surgir de los datos y no ser importados de la literatura.

Esto no significa que los estudios cualitativos no tengan presencia teórica. Un proyecto de investigación exige de un marco teórico de referencia que su interrogante se derive de una base teórica que guíe y delimite el fenómeno de estudio (Hernández Conesa et. 2003). Esta base teórica representa el marco teórico que enuncia la perspectiva conceptual del investigador respecto al fenómeno de estudio (Polit y Hungler, 2000). Las participantes del estudio realizan alusiones al concepto de cuidados, formas de administrar los cuidados, percepción de enfermería, tipo de conocimiento en enfermería, conceptos vinculados a un soporte teórico y filosófico concreto, la TEDA de Orem. La cual otorga de un significado y unas propiedades referentes como un lenguaje compartido que posibilite la comprensión de estos conceptos desde una perspectiva definida.

En este estudio de investigación el uso de la literatura está presente en todas sus fases pero con diferentes objetivos. Desde el inicio con el tema o área sustantiva de los cuidados y la pregunta de investigación, alentada, en parte, por la necesidad planteada en la literatura, en cuanto a la disociación teórica-práctica de enfermería en la práctica clínica. En posteriores fases su uso es distinto (véase 4.7.)

Puesto que la metodología del presente estudio se encuentra basada en los principios y fundamentos de la TF (Strauss y Corbin,2002) es necesario para una adecuada comprensión e interpretación de los resultados del estudio establecer el significado conceptual por parte de algunos términos en los que se basa la TF descritos por sus autores:

- Fenómenos: ideas centrales en los datos representadas como conceptos.
- Conceptos: basamentos fundamentales de la teoría.
- Categorías: conceptos que representan fenómenos.
- Propiedades: características de una categoría cuya delimitación la define y le da significado.
- Dimensiones: escala en la cual varían las propiedades generales de una categoría le da especificidad a la categoría y variación a la teoría.
- Subcategorías: conceptos que pertenecen a una categoría que le dan claridad adicional y especificidad.



Para Strauss y Corbin (2002) estudiar un fenómeno en profundidad y generar teoría precisa de abordar los conceptos de acuerdo con sus propiedades y dimensiones específicas hasta la saturación. Esto es cuando no emerge información nueva en los datos, o lo que se descubre no le añade sustancia a la explicación de la categoría.



CAPÍTULO 4. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

La fase metodológica del estudio responde a la pregunta ¿cómo pretende el investigador llevar a cabo el estudio?.

No es una elección personal, arbitraria o fruto del azar, por el contrario, la metodología está ligada a la interrogante del estudio que, a su vez, determina el tipo de estudio (Strauss y Corbin, 2002; De la Cuesta 2004; Welford, Murphy, Casey, 2012; Salamanca Castro, 2013).

Strauss y Corbin (2002) definen la metodología como la manera de pensar la realidad social y cómo estudiarla. Y los métodos como el conjunto de procedimientos y técnicas para recolectar y analizar los datos.

La exposición metodológica cumple una doble función: informar de la ejecución del estudio, a la vez, que proporcionar las herramientas y criterios necesarios para su evaluación (De la Cuesta 2004).

Sin ánimo de ahondar en los criterios evaluativos en este punto (véase 5.6.) pero sí expresar la importancia que adquiere el marco metodológico en el presente trabajo de investigación. Y es que como afirma Leininger (2003) las investigaciones cualitativas no siguen criterios evaluables fijos con una terminología aceptada de forma unánime como sucede en los estudios cuantitativos. Continúa, Leininger, criterios cuantitativos como validez y confiabilidad resultan inapropiadas para evaluar estudios cualitativos por corresponder a paradigmas que difieren en cuanto a filosofía, propósitos y objetivos. En consecuencia, criterios incompatibles con la naturaleza cualitativa. La validación de los datos cualitativos está inmersa en cada paso del análisis y muestreo (Strauss y Corbin, 2002).

La investigación cuantitativa- cualitativa constituyen dos lentes de percepción de la praxis clínica enfermera y, por ende, de los cuidados de enfermería.

La búsqueda de respuestas a las interrogantes del ser humano han sido afrontadas desde distintas perspectivas. Desde la Ciencia tales respuestas vienen dadas como resultado de aplicar el método científico. Bunge (1970) afirma “el método científico es un rasgo característico de

la ciencia, tanto de la pura como la aplicada: donde no hay Método científico no hay ciencia (...) Un método es un procedimiento para tratar un conjunto de problemas. Cada clase de problemas requiere un conjunto de métodos o técnicas especiales.”

De forma gráfica la investigación científica aborda dos planteamientos: método de investigación cuantitativa y cualitativa que corresponden a dos paradigmas diferenciados. El paradigma filosófico conocido como positivismo (investigación cuantitativa) y el paradigma naturalista, también, llamado fenomenológico y constructivista (investigación cualitativa). Para Guba y Lincoln (1989) un paradigma son “sistemas básicos de creencias basados en supuestas ontológicas, epistemológicas y metodológicas (...) representan una visión del mundo que define, para quien la sustenta, la naturaleza del mundo”.

Un paradigma se compone de ontología: creencias sobre la realidad; epistemología: la relación entre el investigador y lo que puede ser conocido; metodología: como llevar a cabo la investigación, relativa a la cuestión y el contexto. En la elección de un paradigma el investigador debe garantizar que estos tres componentes se manifiestan en los métodos de investigación como en las estrategias empleadas (Houghton, Hunter y Meskell (2012).

El paradigma positivista postula una realidad objetiva, independiente de la observación humana. En cuanto al paradigma naturalista la realidad no es fija, sino una construcción de los individuos dentro de un contexto (Polit y Hungler, 2000). Para estos autores el paradigma “es una visión del mundo, una perspectiva general de las complejidades del mundo real”. Marriner y Alligood (2003) afirman que un paradigma es un término que alude un marco o modelo conceptual, esto es, referencias que explican distintos enfoques de una disciplina.

Si el paradigma lleva asociado una metodología apropiada a su naturaleza, entonces, ¿qué herramientas científicas son las más óptimas para abordar la praxis enfermera y los cuidados?, preguntado de otro modo ¿qué metodología y métodos científicos son los más adecuados para afrontar la pregunta de investigación?.



Tal como señalan Strauss y Corbin (2002) uno de los objetivos de una investigación es construir teoría, para ello se sirven de instrumentos metodológicos. Los métodos de investigación son por tanto vehículos, instrumentos, que no sustituyen el conocimiento de una disciplina, no son el fin en sí mismos. Precisan de un marco teórico que les proporcione perspectiva analítica sobre el fenómeno, sin el cual carecen de sentido (Coffey y Atkinson, 2005)

4.1.1. ELECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN EL ESTUDIO.

Los paradigmas cualitativo y cuantitativo se encuentran moldeados por unas determinadas características, rasgos o atributos que les define en un sentido o en el otro. Sin ánimo de polemizar acerca de sus virtudes o carencias, si son excluyentes o complementarios, con partidarios y detractores en ambos sentidos, sí enfatizar sus diferencias en cuanto a su concepción conceptual y paradigmática en el sentido de justificar la elección de una u otra forma de investigación.

La investigación cualitativa permite abordar y resolver científicamente problemas y cuestiones que por su naturaleza requieran de un enfoque holístico. Que como en el caso de los cuidados de enfermería permita comprender el fenómeno estudiado en toda su extensión y complejidad. Así para Dreher (2003) los estudios cualitativos contribuyen al conocimiento de enfermería en tanto permiten registrar y analizar las respuestas humanas como las toma de decisiones clínicas.

La investigación cualitativa referencia al modo que enfocamos los problemas y buscamos respuestas. En consecuencia va más allá de unas técnicas y procedimientos concretos de recogida, análisis e interpretación de los datos, o en la forma de presentar los hallazgos. Implica, para este caso, comprender los cuidados de enfermería desde la perspectiva de las enfermeras asistenciales. Strauss y Corbin(2002) " el análisis cualitativo, nos referimos, no a la cuantificación de los datos cualitativos, sino al proceso no matemático de interpretación, realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico".

Afirma Olabuénaga (1999) que la pretensión de los estudios cualitativos es captar el significado de las cosas y reconstruir significados. Hace énfasis en estudiar los fenómenos sociales en el propio entorno natural. Para De la Cuesta (2004) es esencial el análisis objetivo del significado subjetivo, no busca relaciones causales por medio de hechos objetivos y análisis estadísticos. Utiliza un proceso interpretativo, holista, en orden a comprender una realidad dentro de un contexto. Como señalan Strauss y Corbin (2002) ser objetivos en la investigación cualitativa significa estar abiertos a escuchar y dar voz a las diferentes realidades de los participantes y no al hecho de controlar unas determinadas variables.

La investigación cualitativa difiere, fundamentalmente, de la cuantitativa en que la primera centra el estudio en contextos estructurales y situacionales, mientras que la cuantitativa se centra en el estudio de las relaciones entre variables cuantificables (Strauss, 1987).

¿Cómo conforman los cuidados básicos de enfermería las enfermeras?. Para conocer tal proceso implica adentrarnos en los significados que le atribuyen los participantes a los cuidados de enfermería. La metodología cualitativa posibilita conocer dicho proceso y no sólo el producto final, esto es, los cuidados que brindan las enfermeras asistenciales. Comprender aquellos elementos, categorías, que intervienen en los cuidados y como se relacionan. Sin explorar el mecanismo de este proceso es inviable una potencial intervención para la mejora de la práctica clínica. En consecuencia no es relevante para el estudio cuantificar porcentualmente los factores que intervienen en los cuidados, ponderar las relaciones causales entre variables o la decisión clínica según el grado académico de las enfermeras frente a una determinada problema clínico. Tampoco, cuantificar la adscripción de las enfermeras a un determinado modelo o teoría de enfermería, si bien podrían ser cuestiones para otro tipo de estudio.

Sí es intención del estudio explorar y comprender, dada su complejidad, cómo elaboran las enfermeras las estrategias en la clínica para brindar cuidados de enfermería desde una perspectiva holista que permita integrar las diferentes categorías que participan en la construcción de los cuidados.



4.1.2. PROCESO INVESTIGADOR: ADAPTACIÓN AL ESTUDIO.

En los estudios cualitativos el diseño de éste no se encuentra predefinido y secuenciado antes de su realización. Por tanto, no sigue un diseño rígido, sino flexible, que permita introducir cambios y modificaciones en virtud de los acontecimientos emergentes de los datos tras su recolección y análisis, un diseño congruente con la naturaleza cualitativa (Strauss y Corbin, 2002; Hernández Conesa et, 2003). Denominado por Lincoln y Guba (1989) diseño emergente quienes añaden: " no es posible conocer ni especificar por adelantado la forma exacta de un estudio cualitativo".

Para estos autores el diseño de un estudio cualitativo se moldea y se adapta al mundo empírico, por ello se modifica durante el transcurso del estudio en función del análisis de los datos emergentes y no de teorías preconcebidas a priori. El análisis de los datos guía el muestreo teórico en busca de aportar la máxima variedad de información de un fenómeno con el que desarrollar los conceptos que generarán teoría. La duración de un estudio cualitativo es difícil de predecir en cuanto no trata de verificar o refutar hipótesis, establecidas a priori. Por el contrario, arroja comprensión sobre un fenómeno (Strauss y Corbin, 2002)

El diseño cualitativo emerge y se desarrolla durante la investigación, en tanto, el propósito del diseño para Denzin y Lincoln (1994) es conectar los paradigmas, perspectivas teóricas, estrategias de indagación y técnicas de obtención de datos, de ahí su flexibilidad, con el escenario donde se mueve el investigador. En palabras de De la Cuesta (2006) " la reflexividad convierte al investigador en un actor de su estudio e instrumento de la indagación con que se construye el diseño, como producto de las decisiones que toma".

Taylor y Bogdan (1987) abogan por un diseño flexible, sistemático y riguroso que presente el proceder del muestreo teórico y los procedimientos analíticos de los datos sin poder explicitarse mucho más.

El contexto clínico del estudio procede de fuentes primarias con el testimonio, en primera persona, de las enfermeras asistenciales en el enclave de los cuidados básicos de enfermería que elaboran actualmente en los hospitales públicos de Elche y Elda. La labor del investigador

es la de actuar como instrumento en la canalización de los testimonios vertidos por las enfermeras participantes.

La toma de datos del estudio fue verbal mediante entrevistas semiestructuradas a los informantes del estudio (enfermeras clínicas) en un ambiente informal y distendido. A partir del tema a estudio se elaboró una guía de entrevista que fue modificada y moldeada en función de los datos obtenidos y adaptada al muestreo teórico con el fin de alcanzar la saturación de los datos. Para ello el muestreo teórico abarca las diferentes realidades formativas de las enfermeras asistenciales (cuestión que será abordada posteriormente en este capítulo.)

Los datos fueron reflejados de manera descriptiva e interpretativa conforme a los fundamentos de la TF. Con el acento e interés en la percepción de las enfermeras asistenciales referentes al significado que le atribuyen a los cuidados de enfermería. El investigador enfatiza tanto en el proceso donde reside la credibilidad de los estudios cualitativos (De la Cuesta, 2004) como en los resultados obtenidos dentro de un enfoque holístico que permita una interpretación coherente y detallada de cómo elaboran los cuidados de enfermería las enfermeras asistenciales.

4.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO.

La población a estudio la constituyen enfermeras con función asistencial en dos hospitales ubicados dentro de la provincia de Alicante y situados geográficamente en el suroeste del Estado Español, concretamente, en las ciudades de Elche y Elda.

Si el propósito del estudio es profundizar en los cuidados básicos de enfermería, qué entienden por cuidados de enfermería, cómo los elaboran, qué estrategias utilizan, en la práctica clínica hospitalaria, los participantes más idóneos debían ser enfermeras asistenciales de ámbito hospitalario.

La elección de las enfermeras en los hospitales: Hospital General Universitario de Elche y el Hospital General Universitario de Elda "Virgen de la Salud", es una elección intencionada por parte del investigador. Si bien, el estudio hubiese podido ser factible y desarrollarse con enfermeras de otras procedencias hospitalarias. Sin embargo, estos dos



hospitales comparten rasgos y similitudes, organización estructural y funcional, ambos públicos, comarcales, en la misma provincia. Por otra parte, son dos instituciones conocidas por el investigador donde en una desarrollé mi labor asistencial por un periodo superior a los cinco años y en la otra, actualmente, desarrollo mi labor asistencial como enfermero más de siete años.

Una de las enfermeras participantes ha desarrollado su labor asistencial como enfermera en sendos hospitales, lo cual aporta un valor añadido con un bagaje profesional más amplio. Supera de este modo las condiciones micro de un escenario particular de una planta de hospitalización concreta de un determinado hospital. Máxime cuando el propósito no es indagar en los cuidados de enfermería circunscritos a una determinada patología o unidad de hospitalización o la forma de llevar a cabo los cuidados de enfermería en una u otra institución sanitaria. Las similitudes de ambos hospitales como sus particulares y diferencias hacen que no se distorsionen el proceso y significado de los cuidados de enfermería, por el contrario es un añadido que posibilita el estudio de los cuidados de enfermería con mayor profundidad.

4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

La selección de las enfermeras participantes no fue secuencial y pre-determinado (Strauss y Corbin, 2002; De la Cuesta, 2004), por el contrario, voy seleccionándolas conforme avanza el estudio, este es un rasgo de la TF frente a otros tipos de estudios. Al igual que la pregunta de investigación dictamina la metodología y métodos de estudio, el muestreo teórico en su función de completar las propiedades y dimensiones de los conceptos de las categorías es quien dictamina la selección de las enfermeras participantes (Strauss y Corbin 2002), como si de completar un puzle se tratase.

A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1) Enfermeras con función asistencial en los Hospitales Generales Universitarios de Elche y Elda.
- 2) Que desarrollasen su labor asistencial en plantas de hospitalización médico-quirúrgicas con pacientes adultos.

- 3) Ambos sexos.
- 4) Con una experiencia laboral mínima de tres años en plantas de hospitalización médico-quirúrgicas.
- 5) Formación académica: A.T.S. y D.U.E.

El estudio centra su atención en los cuidados de enfermería que llevan a cabo las enfermeras en la práctica clínica. Cuidados habituales en las diferentes plantas de hospitalización. Si bien, el muestreo teórico me llevó a enfermeras que además presentaran experiencia laboral en otros servicios hospitalarios como laboratorio de análisis de sangre (tras cuestionar alguna enfermera participante si la extracción de sangre venosa y arterial debía considerarse una técnica o un cuidado de enfermería), servicio de reanimación (valorar la percepción de los cuidados enfermeros en una unidad hospitalaria con alta tecnología) con el fin de saturar los conceptos que forman las categorías y subcategorías en término de propiedades y dimensiones.

No hubo intención de desarrollar el estudio en un determinado servicio o planta de hospitalización concreta de un determinado hospital dos son las razones:

1ª) Los pacientes no pertenecen a un determinado compartimento estanco. A menudo presentan diversa patología con distintas especialidades médicas, tanto médica como quirúrgica, como señalaron las participantes del estudio. Por otra parte, su ubicación hospitalaria depende no sólo de su patología o especialidad médica (en principio criterio para su ubicación), sino, también, son ingresados en servicios que en principio no les correspondería por su diagnóstico médico motivado por la optimización de los recursos, disposición de camas disponibles, en definitiva, organización logística hospitalaria ajena a las enfermeras asistenciales.

2ª) Entre las enfermeras asistenciales es habitual cierto peregrinaje por distintas unidades y servicios hospitalarios, inclusive por distintos hospitales de la Agencia Valenciana de Salud en el concierto público. Los criterios que determinan que una enfermera sea destinada a una u otra unidad hospitalaria son variados, no siendo el criterio formativo-teórico (con excepción de las especialidades de enfermería vigentes



para el territorio español) o la experiencia laboral criterios concluyentes. Si bien, éstos pueden ser criterios valorables y tenidos en cuenta por parte de la Dirección de Enfermería del centro. En tanto la especialidad médico-quirúrgica no es una realidad en enfermería y no es un elemento discriminatorio. Las enfermeras son derivadas a un servicio o institución sanitaria conforme al orden en puntuación de méritos (por tiempo trabajado) inscritas en una "bolsa de trabajo" en lo que a la Agencia Valenciana de Salud se refiere;

Incluí ambos sexos en el estudio con el único propósito de plasmar la realidad laboral y social de las instituciones hospitalarias. Si bien, continúa siendo mayoría el sexo femenino entre las enfermeras, cada vez se observa un número creciente de enfermeras varones. Como estudio cualitativo no pretende la representatividad de una muestra (al uso de las investigaciones cuantitativas) con la que extrapolar y generalizar sus resultados donde la inferencia no tiene razón de ser, en consecuencia, no busqué una determinada proporción por sexos de las enfermeras participantes.

Sí fue intención que las enfermeras seleccionadas fuesen aquellas que pudiesen ofrecer la mejor información para cada cuestión. Motivo por el cual conjugué distintos criterios: unas veces la mejor informante era una enfermera con mucha experiencia, en otras, una con poca experiencia, cada cuestión requería una perspectiva. Unas veces requería una enfermera con formación A.T.S. y en otras D.U.E. conforme a la realidad hospitalaria donde cohabitan un grupo heterogéneo de profesionales de enfermería.

De forma arbitraria determiné que debían poseer una experiencia mínima de tres años. Con el fin pudiesen reunir cierta experiencia y vivencias en la clínica como un periodo de adaptación al medio laboral suficiente que les permitiese emitir con independencia juicios de valores formados. Al otro lado del corchete abierto, sin máximo de tiempo de experiencia. (ANEXO II. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMERAS PARTICIPANTES.)

B) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: todos aquellos que pudieran anular los criterios de inclusión citados en el punto A.

4.2.2. POBLACIÓN DIANA.

La población diana que comprende el estudio fue de 10 enfermeras asistenciales cuya labor desarrollan en el contexto hospitalario de Elche y Elda en unidades médico-quirúrgicas que reunieron los criterios de inclusión propuestos para esta investigación.

Complementa el estudio como datos en la sombra, esto es, información no proveniente de las fuentes de información primarias (De la Cuesta, 2004) una enfermera con función gestora de docencia y una enfermera clínica cuya labor desarrolla en un hospital privado en la provincia de Alicante.

En cuanto a la enfermera gestora de docencia la intención no fue otra que profundizar en la mecánica y funcionamiento de la formación continuada, reglada, ofertada por la Consejería de Sanidad de la Agencia Valenciana de Salud a través de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) y obtener una perspectiva que complementase, en términos de variabilidad, a las manifestadas por las enfermeras participantes. Pero cuyo concepto emergió de las enfermeras participantes.

La investigación cualitativa busca la variación y el rango del fenómeno a estudio (Mayan, 2001), en tanto, estudia un fenómeno en profundidad buscando la variabilidad del suceso hasta su saturación.

En este sentido también, realicé la entrevista a la enfermera asistencial cuya labor desarrollaba actualmente en un centro hospitalario privado ubicado en Alicante (titulada como enfermera en la universidad pública, formada en el ámbito hospitalario público de la Agencia Valenciana de Salud). En este caso, el propósito no era otro que indagar acerca de si el significado de los cuidados de enfermería como concepto, los supuestos para su elaboración, esto es, las categorías que lo conforman y que comparten las enfermeras clínicas como colectivo profesional estaba sujeto a la pertenencia de un hospital público o privado. De este modo, la enfermera aportaba sus experiencias y vivencias sobre los cuidados básicos de enfermería en un contexto de gestión diferenciador a las enfermeras participantes cuya labor desarrollan en centros públicos. Esta variabilidad del fenómeno de los cuidados podía aportar nuevas sendas de indagación y generar un replanteamiento en las directrices



del estudio en el caso que la significancia de los cuidados para las enfermeras como su elaboración estuviese inducida y a merced del tipo de gestión hospitalaria, hecho, por otra parte, que no se produjo. En tanto, compartía la "construcción" y desarrollo de los cuidados en la clínica las diferentes categorías que conforman la categoría principal del estudio.

4.2.3. EL MUESTREO TEÓRICO.

La muestra de un estudio no depende del tamaño sino de la capacidad de mostrar la diversidad del tema en cuestión, recoger la mayor cantidad posible de visiones reflejando la amplitud total del fenómeno (Bunge 1970).

Esta fue la consigna que dirigió el muestreo teórico del estudio.

El propósito del muestreo teórico en las investigaciones cualitativas está dirigido a comprender el fenómeno de estudio y no el ser la representación de una parte de la población estudiada con la que generalizar los resultados, por tanto, no busca la representatividad poblacional de estudio. No obstante, busca la posibilidad de transferencia, como la posibilidad de transferir un hallazgo particular a otro contexto o situación similar preservando su significado (Leininger, 2003).

En consecuencia y para tal objetivo, opté por los participantes que pudiesen proporcionar una información más relevante, enriquecedora sobre cada cuestión dentro del tema a estudio. El análisis de los datos dirigió la posterior selección de los casos y de este modo conformó el muestreo teórico, un muestreo con propósito.

En el presente estudio el muestreo teórico lo realicé del siguiente modo:

A partir de la pregunta inicial de investigación, me pregunto: ¿quiénes pueden aportar la mayor y mejor información al respecto?. La realidad de las enfermeras es plural y heterogénea, donde cohabitan enfermeras con distinta experiencia, sexo, diferentes edades y generaciones, con diferentes titulaciones y formaciones en enfermería. Formación técnica (ATS), Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) y con la actual Reforma Educativa de Bolonia (1999) enfermeras con estudios superiores en enfermería, grados dos y tres, correspondientes al máster y doctorados en enfermería.

Por consiguiente, un criterio del muestreo teórico obedeció a la búsqueda de las distintas realidades formativas de las enfermeras que permitiese una mayor comprensión de los cuidados, interpretados y percibidos desde sus distintas realidades formativas. Que conjugándolos con los criterios de inclusión del estudio como en otras particularidades de las enfermeras participantes, tales como experiencia laboral en otras unidades y servicios que forman parte de su bagaje profesional y del cual no pueden desprenderse ofreciesen variabilidad al fenómeno de estudio.

Por tanto, la selección de las enfermeras participantes fue intencionada y secuenciada, no todas de una vez (De la Cuesta 2004) haciendo uso de la técnica de bola de nieve (Strauss y Corbin 2002). Una enfermera llevó a otra en busca de incidentes o sucesos y no de personas hasta la saturación de las propiedades y dimensiones de las categorías.

Como ejemplo el proceder del muestreo teórico en el estudio:

En la primera fase del estudio me interesé por rasgos que manifestaron las enfermeras como la importancia de la vocación en enfermería y como las enfermeras mejor preparadas para la práctica clínica eran vocacionales. Motivo por el cual me pregunté ¿qué significado tenía, para las enfermeras, el término vocación en enfermería?, y busqué enfermeras “no vocacionales”, o lo que podía entenderse por no vocacionales, según las primeras. Entendían por no vocacionales aquellas enfermeras que su primera elección no fue estudiar enfermería. Realicé un muestreo teórico en torno a estos casos, algunas estudiaron enfermería por una mejor salida laboral o porque no obtuvieron nota académica para entrar en primera instancia a otros estudios. Preguntándome si influía esta circunstancia en su concepción de qué eran los cuidados de enfermería y en el modo de abordar la práctica clínica.

En otras fases analíticas, posteriores del estudio, codificación axial y selectiva (véase 4.9.) el muestreo teórico lo dirigí a completar las categorías en términos de propiedades y dimensiones como verificar sus relaciones. El procedimiento para ello fue hacer comparaciones e interrogar los datos, un rasgo fundamental de la TF. De este modo estimulan el pensamiento sobre las propiedades y dimensiones para dirigir el muestreo teórico (Strauss y Corbin, 2002).



La motivación fue entendida como un estímulo o impulso que dirige una determinada acción, actividad o conducta, incide en la forma de entender y actuar ante una determinada situación clínica como en su implicación y dedicación en la profesión enfermera. El muestreo teórico intencionado proporcionó aquellas experiencias y sucesos necesarios para explicar el peso que concedían a la vocación enfermera, los atributos personales de las enfermeras, el rol por sexo, la relación con la tecnología, la parte innata y aprendida de los cuidados, la necesidad o no de seguir formándose como enfermeras, las estrategias del aprendizaje en la clínica, su percepción profesional y disciplinar de enfermería, son algunas cuestiones que serán abordadas en el capítulo resultados.

En el muestreo teórico, por tanto, conjugué distintos criterios de las enfermeras y de este modo requerí un menor número de participantes para la saturación de los datos. Así una enfermera cuyo perfil sume: experiencia profesional en planta de hospitalización, en laboratorio de análisis de sangre y que enfermería no fuere su primera elección, responde a diferentes sucesos o fenómenos de interés en el estudio en una sola enfermera. En otros casos interesa la percepción de un determinado asunto desde su formación, técnica, universitaria, o si es hombre o mujer.

4.3. POSICIÓN DEL INVESTIGADOR EN EL CONTEXTO DEL ESTUDIO.

La posición del investigador en el contexto del estudio podría considerarse ventajosa y privilegiada dada mi experiencia profesional como enfermero asistencial en los hospitales descritos en el estudio.

Tal circunstancia posibilita una mayor comprensión de las vivencias y experiencias manifestadas por las enfermeras participantes en cuanto al desarrollo de los cuidados básicos de enfermería en la clínica dentro del contexto hospitalario. Como contrapunto, sin embargo, me exigió un mayor nivel de alerta y atención, si cabe, para no incurrir en determinados sesgos y prejuicios fruto de la naturalidad y cotidianeidad en el contexto de la investigación.

La reflexividad hace del investigador que actúe como un elemento más del estudio, interactuando de forma recíproca con éste en la forma

de observar e interpretar la realidad que investiga (De la Cuesta, 2003), con una biografía que condiciona tanto la pregunta como el modo en que lo hace y su posterior interpretación (Rosaldo, 1991, cit. De la Cuesta 2003).

En el contexto de la investigación fueron dos aspectos a los que prestar especial atención para no sesgar y distorsionar el estudio: el sesgo del investigador, el acceso al campo relacionado con el acceso a los participantes del estudio como informantes.

Sesgo del investigador.

En los estudios cualitativos resulta esencial enfatizar la objetividad del significado subjetivo (Strauss y Corbin 2002; Dela Cuesta, 2004), significa estar abiertos a escuchar y dar voz a las diferentes realidades de los participantes (Strauss y Corbin, 2002).

Con el propósito de no introducir el sesgo del investigador, teniendo presente la afirmación de Strauss y Corbin (2002) que uno no puede despojarse de quién es y lo que sabe. Pero sí utilizar la experiencia profesional y el conocimiento que posee como elemento sensibilizador de indagación en los datos, pero sin generar datos para el estudio, esto es, sin poner mi experiencia y vivencia personal como datos de información. Para ello Strauss y Corbin proponen unas técnicas para el análisis de los datos véase 5.6.2. La objetividad como criterio de veracidad.

El acceso al campo.

El segundo escollo que tuve que sortear fue el acceso al campo. El acceso o entrada al campo de estudio, por lo general, es una tarea que entraña cierta dificultad y requiere un tiempo indeterminado. Depende en buena medida de las conexiones profesionales y/o personales del investigador, de las negociaciones con el "portero" (personas que facilitan la entrada al campo de investigación a otras personas), del modo de explicar las razones y pertinencia del estudio, o incluso mostrar cierto conocimiento del tema, si se trata de una organización o institución (Lofland y Lofland, 1984).



Podría pensarse, entonces, por la posición del investigador en el estudio estuvo exenta de dificultades y, por el contrario, prever una entrada al campo fácil y cómoda. Pero, no fue así, entrañó ciertas dificultades.

El acceso al campo no implica de forma única y necesaria la entrada a un lugar físico. El acceso al campo pone de manifiesto la relación del investigador con el objeto de estudio. Comporta situar al investigador en un medio o contexto como un elemento natural de éste, donde su presencia no produzca ninguna reacción o alteración de ese medio, de tal manera que pase inadvertido (Taylor y Bogdan 1987).

El acceso a los participantes del estudio podía suponer cierta amenaza para la investigación. La condición de colegas origina obstáculos añadidos en la investigación de campo. Para Lofland y Lofland (1984) la obtención de datos es un acto estresante a nivel emocional que influye en los propios datos. El investigador es un actor más que interacciona con los informantes. Puede que éstos vean al investigador como una amenaza, por lo cual, Lofland y Lofland (1984) sugieren que el investigador se presente como un incompetente aceptable.

No fue ésta una sugerencia seguida. El investigador se presentó de forma honesta ante sus informantes, advirtiéndoles de su condición de enfermero como los motivos del estudio y demás información reseñada en el consentimiento informado.

Me interesé porque las enfermeras contasen sus impresiones referidas a su experiencia laboral de forma libre y no se sintiesen amenazadas, coaccionadas o incluso juzgadas, por otra enfermera, en este caso por el investigador-autor del estudio. Con tal propósito intenté gozar de su confianza, explicándoles mi intención como investigador que no era otra que darles voz a lo que ellas pensaban. Enfatizando que no era una entrevista para valorar sus conocimientos académicos como enfermeras o cuestionar su manera de trabajar. Realmente lo importante era conocer y plasmar su realidad, darles voz. En las entrevistas percibí la espontaneidad en sus palabras, pero sobre todo, las ganas de expresar su particular modo de entender y sentir la enfermería, como "su profesión escogida", con sus problemas, inquietudes y satisfacciones profesionales.

4.4. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.

Los datos fueron recopilados mediante la técnica de entrevista en profundidad con la variante semiestructurada. Información primaria facilitada por los informantes participantes que accedieron de forma voluntaria al estudio, más los dos informantes como datos en la sombra que aportaron información secundaria (véase punto 4.4.2.)

Opté por esta técnica por considerarla la más idónea para recoger la perspectiva emic de las enfermeras clínicas y así captar su percepción subjetiva y personal en relación a los cuidados básicos de enfermería en la práctica clínica. Para ello, preparé dos tipos de entrevistas, abiertas y semiestructuradas, conforme al desarrollo del estudio.

Las preguntas debían ser abiertas y semiestructuradas con el propósito que fueran las enfermeras informantes quienes guiasen con sus respuestas el discurrir del estudio. Otra forma de dirigir las preguntas con cuestionarios cerrados hubiese supuesto constreñir y dirigir las respuestas y, en consecuencia, coartar el pensamiento de los participantes, seccionando el carácter exploratorio en oposición a la naturaleza de los estudios cualitativos, a la TF y a la pretensión del estudio.

El posterior análisis de los datos obtenidos en las entrevistas propiciaron nuevas preguntas y con ello, el posterior, muestreo teórico. La primera guía de entrevista fue del tipo:

- Hábleme de las motivaciones que le llevaron a estudiar y dedicarse profesionalmente a enfermería.
- Desde su percepción, ¿cómo es la práctica clínica en tu labor asistencial cómo enfermera?
- ¿Cómo son los cuidados de enfermería?

(ANEXOIII. GUÍA DE ENTREVISTA)

Analizados los datos de las entrevista elaboré nuevas preguntas, perspectivas y matices con las que saturar las categorías del estudio. Principalmente este proceso lo llevé a cabo en las cinco primeras entrevistas.

Posteriores entrevistas las realicé conforme a saturar las propiedades y dimensiones de las categorías y sus subcategorías, como establecer sus relaciones.



Reseñar que el carácter y pretensión de las entrevistas no son exclusivas para una u otra fase del estudio, así en las primeras cinco entrevistas surgieron ya propiedades y dimensiones de las categorías como algunas de sus relaciones.

Las preguntas que realicé a las enfermeras participantes no son las estrictamente establecidas en la guía antes de entrevistarme. Fueron sus respuestas las que me suscitaron nuevas preguntas o aclaraciones en un proceso dinámico de interrelación entre el entrevistador y entrevistado.

En las entrevistas no hice referencia a la forma particular de afrontar los cuidados en un servicio o institución hospitalaria concreta. Las entrevistas las realicé en términos generales y sus respuestas son el fruto de su bagaje y experiencia acumulativa como enfermeras clínicas.

Para la obtención de datos (como fuente primaria) no utilicé la técnica de observación participante per se. Dos fueron las razones:

- A) No introducir el sesgo del investigador, dada mi condición de enfermero asistencial. Reiterar que la observación del investigador como su experiencia asistencial, fue utilizada como elemento sensibilizador, pero sin generar datos para el estudio.
- B) La indagación de de los cuidados básicos de enfermería en el estudio no se encuentran circunscrito a una determinada ubicación física de un determinado servicio hospitalario. Por el contrario, pretende plasmar la percepción de las enfermeras en base a su bagaje profesional asistencial en unidades de hospitalización médico-quirúrgicas.

4.4.1. PAUTAS DE LAS ENTREVISTAS.

Realicé 10 entrevistas semiestructuradas a diez enfermeras asistenciales. No se contabilizan, como tal, las entrevistas informales generadas como datos en la sombra.

Las entrevistas fueron acordadas, previamente, con los participantes y gravadas en audio, no hubo ninguna objeción. Previamente fueron informados de la intención de ser gravadas sus intervenciones. Les expliqué que a fin de poder mantener una conversación que no estuviese

interrumpida por mis anotaciones, a la vez, que pudiese prestar la máxima atención a sus observaciones.

Dejaron constancia por escrito de su conformidad en consentimiento informado. En él se especifica el grado de participación, como informantes, sin otro perjuicio o responsabilidad, garantizando su anonimato y confidencialidad. El documento lo conforman dos copias una fue entregada a los participantes (ANEXO IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO).

Para la elaboración del consentimiento informado utilicé el modelo de Burns y Grove (2004) adaptado a las necesidades y circunstancias concretas del presente estudio. Burns y Grove (2004) contemplan la circunstancia de un estudio de experimentación con los perjuicios y efectos no beneficiosos para el sujeto hecho que dada la naturaleza del presente estudio no se produce.

Las entrevistas fueron realizadas por el investigador y las llevé a cabo con la única presencia del entrevistado. Fueron realizadas por mutuo acuerdo con los participantes en ambientes distendidos, habitualmente en un parque o cafetería. Posteriormente, las transcribí en su totalidad y las analicé conforme a los fundamentos de la TF. El análisis de los datos fue manual sin programa informático al tratarse de un volumen reducido de datos y, por otra parte, disminuir el riesgo de fragmentar y descontextualizar la información. No reducir el análisis a operaciones mecánicas sin la interpretación debida de los datos (Mercado Martínez, 2000).

La duración de las entrevistas fue variada dependiendo del entrevistado en cuanto a la explicación de sus vivencias y experiencias como la densidad de la información, requiriendo nuevas preguntas o aclaraciones, pudiendo establecer una duración media de 50 minutos. Siendo la más corta la primera y última entrevista con una duración aproximada de 30 minutos frente a la más larga con 90 minutos.

4.5. CONTEXTO UBICACIÓN.

Las enfermeras participantes en el estudio desarrollan su labor asistencial en el Hospital General Universitario de Elche y el Hospital General Universitario de Elda "Virgen de la Salud". Ambos hospitales tienen



una dependencia patrimonial a la Seguridad Social y con dependencia funcional a la Agencia Valenciana de Salud.

El Sistema Sanitario de la Generalitat Valenciana tiene por misión alcanzar el mayor potencial de salud de los ciudadanos de cada área de salud con la mayor eficiencia con los recursos que le son asignados a través de los contribuyentes. Como valores el paciente es el centro de la actividad del sistema. No sólo del proceso de curación o prevención al que es sometido, sino también como individuo y como enfermo. Es considerado un cliente que precisa de actuaciones diferenciadas dentro de su proceso de salud-enfermedad (Agencia Valenciana de Salud, 2012).

El Hospital General Universitario de Elche, inaugurado en 1978, tiene como ámbito de actuación el Departamento de salud Elche-Hospital General, en la comarca del Baix Vinalopó. Delimita al norte con L'Alacantí y el Vinalopó Mitjà, al suroeste con el Baix segura y al este con el mar Mediterráneo. Está integrado por los municipios de Elche y Santa Pola, con otras entidades menores de núcleos poblacionales de Torrellano, El Altet, Los Arenales del Sol, Valverde, Perleta, Las Bayas, La Haya, La Marina (pedanías de Elche y la isla de Tabarca, situada frente a Santa Pola).

El departamento de salud lo forman seis zonas Básicas de Salud, en cada una de ellas hay un Centro de Salud que sirve de referencia, más un Centro de Especialidades, anexo al hospital.

Da cobertura a una población superior a los 269.000 habitantes, cifra que se incrementa notablemente en periodo estival por los enclaves turísticos de Santa Pola, La Marina y los Arenales del Sol. Alberga 484 camas más 40 de observación, con una plantilla de enfermería de más de 450 enfermeras (estos datos pueden fluctuar dependiendo de factores como censo poblacional, necesidades técnicas de la organización hospitalaria, o factores económicos, datos a 31 de diciembre de 2012)

El municipio de Elche cuenta con un segundo hospital, el Hospital del Vinalopó, público de gestión privada con 233 camas, más un hospital privado, el Hospital Privado IMED de Elche, ubicado en el término municipal de la pedanía de Torrellano con 98 camas.

El Hospital General Universitario de Elda “Virgen de la Salud” inició su construcción en 1977, está situado en el municipio de Elda en la loma de la Sierra de La Torreta, a una distancia de 32 kilómetros del Hospital General Universitario de Elche, a 28 minutos en automóvil por autovía. Da servicio a la comarca del Medio Vinalopó, el Alto Vinalopó y la Hoya de Castalla, alberga una población superior a los 194000 habitantes, engloba a las poblaciones de Elda, Biar, Monóvar, Novelada, Petrer, Pinoso, Sax, Villena, L’ Algueña, Camp de Mirra, La Encina, La Romana, L’Algayat, Salinas, Casas del Señor, La Cañada, con sus respectivas Zonas de Salud y Centros de Salud, el Centro de Especialidades de Elda y Centro Sanitario Integrado de Villena. Constituye el Departamento de Salud 18.

El Hospital G.U. Elda “Virgen de la Salud” cuenta con 513 camas y 385 enfermeras.

En cuanto a la formación de enfermería destacar que los estudios de Enfermería se encuentran entre los más demandados entre los futuros universitarios hecho por el cual precisan de una nota de acceso o corte de las más altas en el Estado Español.

En la provincia de Alicante se pueden cursar los estudios de Enfermería en la Universidad de Alicante en la Facultad de Ciencias de la Salud, universidad pública, ubicada en la ciudad de Alicante, y en la Universidad Cardenal Herrera (CEU) de ámbito privada perteneciente a la Fundación CEU San Pablo, institución benéfico-docente sin ánimo de lucro ubicada en la ciudad de Elche, cuya primera promoción de enfermeras data del curso académico 2004-2005.

4.6. DESARROLLO DEL ESTUDIO.

El presente estudio de investigación se integra en el proyecto de Tesis Doctoral iniciado en marzo de 2010, con la resolución favorable de admisión por parte del Centro de Estudios de Doctorado y Postgrado (CEDIP) de la Universidad de Alicante. Concluye con la defensa del estudio y su aprobación por parte del tribunal formado para tal efecto en noviembre de 2014.



4.6.1. FASES Y CRONOGRAMA DEL ESTUDIO.

Desde una perspectiva didáctica y explicativa del proceso del estudio se puede diferenciar en tres fases. Si bien las diferentes etapas que conforman el estudio no tuvieron un inicio y terminación predeterminada. Por tanto, no siguió una correlación secuencial de sucesos cronológicos en el tiempo. Las diferentes fases se entrelazan de tal modo que no hay una fase de recogida de datos y cuando están todos se procede a su análisis. Como señalan Strauss y Corbin (2002) la recolección, análisis y presentación de los datos en la TF se da de forma simultánea, se retroalimentan, en el sentido que el diseño es modificado por el investigador en función de los datos que emergen del estudio que a su vez dirigen el muestreo teórico.

Sin embargo, enfatizar tres secuencias en el desarrollo y puesta en escena del estudio. De igual modo que una novela simplifica su estructurada en introducción, desarrollo y desenlace. El presente trabajo de investigación se estructura del siguiente modo:

1ª fase del proceso investigador: Correspondió a centrar la pregunta de investigación y delimitar el tema de investigación. Para ello hice uso de la literatura, documentar el tema a estudio, conociendo las diferentes perspectivas, en el sentido de cómo lo perciben académicos-teóricos y clínicos. Cómo contextualizar el fenómeno de estudio que proporciona una visión amplia y holista posibilitando una mayor comprensión en torno a los cuidados de enfermería en la práctica clínica. Saber de los antecedentes históricos.

2ª fase del proceso investigador: correspondió al periodo de estructuración del estudio. Esto es planificación y estrategia del diseño, valoración del marco conceptual apropiado, como al trabajo de campo (con la elaboración de la primera guía de entrevista, elección potencial de participantes, en cuanto a perfil, recolección y análisis de los datos).

Esta segunda fase fue moldeándose hasta adoptar la estructura final presentada en este capítulo 4. Fruto de las distintas revisiones y modificaciones obligadas por los datos obtenidos. Como ejemplo: la idea inicial de investigar los cuidados básicos de enfermería en una unidad "X" del Hospital General Universitario de Elche y que finalmente modifiqué,

ampliando el estudio de los cuidados básicos a enfermeras del Hospital General Universitario de Elda y no circunscrito a una determinada unidad.

3º fase del proceso investigador: correspondió a la redacción y presentación final de los resultados obtenidos integrados con la teoría existente. Valoración y congruencia de los hallazgos del estudio dentro de un marco teórico explicativo.

Cada dato, hallazgo, no fue comparado con la literatura existente para refutarlo o validarlo, sino para integrarlos de forma congruente. La literatura aporta sentido a los hallazgos.

Comprendió la realización de diferentes memorandos con objetivos distintos descriptivos y teóricos. Recopilando las distintas anotaciones e informes derivados de los datos obtenidos de las enfermeras participantes hasta la presentación de los resultados y conclusiones del estudio. Como un continuum coherente e integrado en un relato sistemático y lógico que ofrezca una explicación de cómo, en base a qué fundamentos, las enfermeras conforman los cuidados básicos de enfermería en la práctica clínica y cuáles son sus estrategias para tal efecto;

4.7. FUENTES DE DOCUMENTACIÓN: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

El uso de la literatura como revisión bibliográfica la realicé conforme a los objetivos de las distintas fases del proceso investigador descritas.

En la primera fase del proceso investigador hice uso de fuentes primarias: artículos originales y monografías, como de fuentes secundarias con revisiones detalladas de la bibliografía presente y pasada sobre un tema específico, como en el caso del estado de la investigación científica en enfermería. De este modo establecí el contexto histórico de los cuidados y de enfermería como profesión con los que comprender el presente de la práctica clínica enfermera, particularmente, el contexto y escenario estudiado.

En la segunda fase ya en el trabajo de campo, propiamente, emergen los conceptos. De tal modo cuando en los datos emergió el concepto de vocación, empatía, etc, posteriormente una vez analizado el concepto, con sus propiedades y dimensiones, realicé una búsqueda



bibliográfica con el fin de analizar cómo era tratado tal concepto en la literatura enfermera que similitudes y diferencias presentaba respecto al significado que aportaban las enfermeras del estudio. Con el fin de no “dirigir”, contaminar o constreñir la información de los participantes del estudio.

Las enfermeras relataron la importancia de la vocación en enfermería. Acudí a la literatura con el fin de conocer la perspectiva en la que es abordada. A partir de esta lectura tomo consciencia de la importancia de no tomar prestado el significado, suscrito a unas circunstancias y matices concretos (véase capítulo 6) y sí en conocer que entienden por vocación las enfermeras.

El objetivo de estas revisiones no fue realizar una revisión bibliográfica a modo de catálogo bibliométrico, recompilación bibliográfica o un meta-análisis sobre el fenómeno de estudio. Sino realizar una revisión persuasiva que integrase las carencias y estado de cada concepto o cuestión de estudio (De la Cuesta, 2006) que me proporcionase una valoración crítica (Sánchez Tamés, 2004). La literatura dio sentido a los hallazgos integrándolos.

En la tercera fase del proceso investigador la revisión bibliográfica estuvo dirigida a la integración de los hallazgos dentro de un marco teórico explicativo coherente con la literatura enfermera.

Las fuentes utilizadas para tal propósito fueron CUIDEN PLUS, la Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index, que incluye la producción científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico europeo e iberoamericano, tanto de contenido clínico asistencial en todas sus especialidades, como enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. CUIDEN PLUS permite el acceso a la base de datos especializados: CUIDEN EVIDENCIA, CUIDEN CUALITATIVA, CUIDEN HUMANIDADES y SUMMA CUIDEN. Así como a la hemeroteca digital CANTARTIDA el fondo más importante de la enfermería en Iberoamérica que incluye revistas y fondos documentales a texto completo de interés científico para los cuidados de la salud.

Para ello utilicé descriptores o palabras clave, términos estandarizados que los indexadores asignan a cada referencia. De forma estructu-

rada y ordenada para una clasificación temática: DeCS(Descriptores en Ciencias de la Salud, creado por Bireme, equivalente al tesauro MeSH en PubMed) o en lenguaje natural o libre.

Descriptores como: historia de enfermería, antropología cultural, cuidado de enfermería, análisis cualitativo (fuente DeCS, Bireme). Como descriptores en lenguaje libre (asociando términos y técnicas de operadores booleanos): teoría, enfermería, epistemología, género, tecnología, cultura de los cuidados, interaccionismo simbólico, competencia cultural, investigación cualitativa, práctica de enfermería, educación.

La base de datos de PUBMED es un proyecto desarrollado por la National Center for Biotechnology Information(NCBI) en la National Library of Medicine(NLM). Permite el acceso a base de datos compiladas por la NLM entre las que destaca MEDLINE. Esta base de datos es la más consultada y utilizada a nivel mundial.

Para la búsqueda de artículos específicos utilicé el tesauro MeSH de forma combinada, utilizando los distintas técnicas como el uso de operadores booleanos: Knowledge, education nursing,nurses clinicians,nursing care, nursing practical, philosophy nursing, nursing theory, clinical nursing research, holistic nursing, evidence-based nursing, qualitative research;

En otras ocasiones la bibliografía de un artículo conducía a otro relacionado.

Otras fuentes consultadas fueron la base de datos para la investigación en enfermería (BDIE) sobre la producción de la enfermería en España desde 1990.Se presenta en formato web, con acceso libre y gratuito. Y BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias de la Salud), su acceso es informático, libre y gratuito con base de datos específica en enfermería.

Existen otras bases de datos que no fueron consultadas como CINAHL. Muchos de los índices y Bases de Datos ofrecen una información redundante debido al solapamiento existente entre ellas al indizar prácticamente las mismas revistas. Así el 91% de las revistas de enfermería indizadas en MEDLINE lo están en CINAHL, mientras que el 86% de



los títulos contenidos en CINAHL se encuentran en MEDLINE (Cabrero, Richart, et.2001).

La base de datos EMBASE no fue consultada, recoge literatura biomédica, principalmente, medicina física, gerontología, psiquiatría, farmacología (Cabrero y Richart, et. 2001)

En la búsqueda bibliográfica no prioricé el criterio del factor impacto (FI) propiedad de Thomson Scientific, ó índices de impacto (II), indicadores bibliométricos que pretenden clasificar las revistas en función de su repercusión en la comunidad científica. Indicadores indirectos cuya utilidad radica en conocer su visibilidad, pero que no determinan la calidad de los artículos ni la importancia de los autores (Amezcuca, 2010). Continua Amezcuca la FI evalúa la calidad de la producción en prespuestos sin consistencia científica. Presupone que las revistas con mayor impacto publican los mejores artículos o que el valor de un artículo es el de la revista en la que se publica.

En la búsqueda bibliográfica prioricé que los artículos dieran respuesta a las necesidades específicas para cada tema o cuestión planteadas con independencia del estatus del autor o del prestigio de la revista de publicación del artículo según su FI.

4.8. ÉTICA INVESTIGADORA.

La realización del presente estudio de investigación está en todas y cada una de sus fases bajo las directrices y principios éticos de investigación.

En líneas precedentes de este capítulo doy fe de mi compromiso ético de investigación (véase 4.4.1. y 4.3). Pautas que dejan de manifiesto el compromiso con valores éticos como honestidad, veracidad y respeto. Valores que guían desde la convicción personal, representan más que un criterio o norma impuesta desde la comunidad científica, institución académica, o el imperativo legal como la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.

El contenido del estudio ha estado regido por la honestidad entendida parafraseando a De Larson(1989) (citado por Burns y Grove, 2004) una falta de honestidad comprende la invención deliberada de información,

manipular el diseño o los métodos para influir en los resultados obtenidos, ocultar selectivamente determinada información ó cometer plagio.

Declarar que no existe ningún conflicto de intereses para la realización del estudio. Éste no se encuentra coaccionado o condicionado por algún otro interés oculto. Responde a la curiosidad del ser humano por el saber, el reto permanente en busca de la excelencia profesional cuya recompensa es la satisfacción personal con el crecimiento y maduración que me reporta en sendas vertientes;

4.9. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

La primera entrevista la inicié con una enfermera cuyo perfil profesional y académico consideré interesante como punto de partida del estudio. Formación enfermera como Diplomada Universitaria en Enfermería (D.U.E.). Experiencia asistencial de diez años, los últimos siete en la misma unidad de hospitalización de cuidados generales de enfermería, estudios universitarios de grado II en enfermería, actualmente cursando estudios de grado III en enfermería. Turno de trabajo rodado, grado profesional cero (ANEXO V. PROMOCIÓN PROFESIONAL), es decir, al no poseer plaza en propiedad como enfermera no le está reconocida su trayectoria profesional, lo que conlleva un detrimento sustancial de su salario. Enfermera participativa en diversos cursos, talleres y actividades desarrolladas por el centro hospitalario o en la propia unidad.

Durante la entrevista sus respuestas me sugirieron nuevas preguntas que le establecí en el transcurso de la entrevista solicitándole nuevas aclaraciones.

Posteriormente, transcribí de forma íntegra la entrevista y la analicé bajo los preceptos de la Teoría Fundamentada desarrollada por Strauss y Corbin(2002).

El análisis de los datos en las entrevistas en la TF está sujeto a tres tipos de análisis fruto de la codificación: “proceso analítico por medio del cual se fragmentan, conceptualizan e integran los datos para formar una teoría” (Strauss y Corbin 2002)

1). Un primer análisis codificación línea por línea, incluso palabra por palabra, según la densidad de los conceptos aludidos, denomina-



da, también, por Strauss y Corbin(2002) codificación abierta. En este primer análisis codifican y etiquetan conceptos. Aparecen relaciones entre conceptos, reflexiones propias, interrogantes que me suscitan, comparaciones y sugerencias para nuevas entrevista

En la Teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002) la formulación de preguntas y hacer comparaciones son las herramientas analíticas que dirigen la indagación, estimulan el pensamiento acerca de las propiedades y dimensiones, a la vez, que dirigen el muestreo teórico con base a los conceptos emergentes.

Tras cada entrevista y su posterior análisis realizo un informe en forma de memorando definido por Strauss y Corbin(2002) como " el registro que lleva a cabo el investigador de los análisis, pensamientos, interpretaciones, preguntas e instrucciones para la recolección adicional de datos". El cual remito al entrevistado con el fin de dar veracidad a las conclusiones e interpretaciones del informe manifestadas por el investigador. No obtuve disconformidad o matización en ninguna de ellas.

2.) La codificación axial entraña contextualizar el fenómeno, para ello, establezco la estructura, es decir, indagar acerca de las condiciones micro y macro en que sucede el fenómeno, el por qué del fenómeno. El Proceso da respuesta al cómo del fenómeno, juntos presentan el escenario, las circunstancias donde se desarrollan los cuidados.

No es posible comprender los cuidados en su globalidad, y establecer una teoría sobre dicho fenómeno en cuestión, sin identificar lo que Strauss y Corbin (2002) etiquetan como Acción /interacción. Se dan dentro de un conjunto de condiciones o contextos, representan las tácticas, estrategias, rutinas, cómo resuelven las distintas situaciones los actores, en el presente caso las enfermeras asistenciales. Con el Proceso describen como las acciones /interacciones evolucionan en el tiempo o permanecen iguales en el contexto.

3.) La tercera fase analítica es la codificación selectiva. Proceso de integrar y refinar la teoría. Las categorías se organizan en torno a una categoría explicativa central (Strauss y Corbin 2002). La presentación de los datos obtenidos de forma coherente en forma de teoría con sus variaciones.

Como consecuencia del análisis de los datos omitidos por las enfermeras participantes, establezco la categoría central, cuidados básicos de enfermería:

Entendido como aquellas acciones/actividades generales y comunes que realizan las enfermeras sobre cualquier individuo que se encuentre ingresado en una unidad hospitalaria, con independencia del problema de salud que motivó su ingreso, que realizan dentro de la función asistencial para las que están capacitadas por sus conocimientos en enfermería y legitimadas por su titulación en enfermería.

Se refieren básicamente a la realización de técnicas como toma de constantes vitales, toma de glucemias capilares, extracción de sangre venosa periférica, cura de heridas, higiene y alimentación. Y por necesidades como aquellas carencias que presenta la persona que puedan ser subsanadas por la enfermera o el propio individuo con ayuda de ésta para la consecución de un estado de salud óptimo y de bienestar dentro de sus propias limitaciones y las posibilidades terapéuticas disponibles. Acciones que no requieran de una formación o especialización determinada referidas a cualquiera de las especialidades de enfermería vigentes en el territorio español.

En torno a la categoría central se interrelacionan cuatro subcategorías:

1. Motivación de las enfermeras en la praxis clínica.
2. Resolución problemas en la praxis clínica.
3. Formación de las enfermeras.
4. Percepción de la disciplina/profesión enfermera.

Todas ellas, en su conjunto, explican la categoría principal: cuidados básicos de enfermería.

Elaboración de la categoría: Motivación de las enfermeras en la praxis clínica.

La estrategia y mecánica fue la siguiente:

En cuanto a la motivación la enfermera número uno (E1), relata “que nací para ser enfermera”. Ello me hizo reflexionar con el concepto de



vocación religioso (codificación abierta), también, me hizo recordar los distintos momentos de la historia de enfermería donde religión ha estado ligado al género femenino, muy especialmente en la enfermería española. Hoy en día la mayoría de enfermeras, sin embargo, son laicas. Existen enfermeras religiosas como existen enfermeras con estudio de derecho, psicología, antropología...no es requisito para estudiar enfermería la religión que se procese, si es que se procesa alguna. En cuanto al sexo indagué si existía alguna vinculación entre sexo y dedicarse a enfermería (relata que de niña jugaba con las muñecas a enfermeras)

Otro concepto que codifique y etiqueté fue Elección (codificación abierta). Con motivo del relato "podría haber estudiado medicina, hubiera podido continuar pero nunca me ha llamado la profesión médica. Estudié lo que realmente quería"(E1)

Estudiar enfermería fue su primera elección. Ello me sugiere que no siempre es la primera elección. Este hecho dirigió el posterior muestreo teórico, en siguientes entrevistas debía contar con enfermeras que los estudios de enfermería no fuese su primera elección. Me planteé otra interrogante ¿influye la elección de enfermería como primera, segunda o tercera... opción en la realización de los cuidados?, ¿cómo o cuál es la motivación de las enfermeras cuando enfermería no es su primera opción?

En la entrevista número dos (E2) introdujo el término vocación de forma explícita, código vivo, como un concepto fundamental que está ligado a determinados valores como el altruismo. Junto a otros valores como la paciencia, fortaleza mental, sensibilidad o la empatía (atributos personales de las enfermeras, propiedades de la subcategoría motivación). Otras motivaciones cuando no existía vocación, desde su percepción, era considerar la enfermería un trabajo atractivo, cómodo, o el salario [valorado positivamente] lo cual repercute negativamente en los cuidados al paciente, comenta la E2.

En cuanto al género y enfermería consideran que sí tiene connotaciones que los diferencia en cuanto a la forma de entender los cuidados, no en su ejecución. Atribuyen al sexo femenino unos valores predominantes respecto al varón, como la sensibilidad y el instinto de cuidar, protección

(dimensión de los atributos personales de las enfermeras). En este caso me hace reflexionar si los cuidados son innatos o aprendidos (codificación axial) .Abordaré en la categoría de cuidados.

Debía seguir insistiendo en encontrar “una enfermera no vocacional”. Este hecho aporta variabilidad (dimensión) por diferentes motivos y circunstancias. Por otra parte ¿qué valores personales debe tener una enfermera?, ¿son requisitos para estudiar enfermería?. Los valores expuestos podrían considerarse importantes para cualquier persona con independencia de su profesión.

En las siguientes entrevistas el perfil de las enfermeras fue otro. La E3 era varón, formación profesional como auxiliar de enfermería, posteriormente, como Técnico de laboratorio. Enfermería no fue su elección prioritaria. Sin embargo, se consideraba a sí mismo enfermero vocacional.

Me hizo pensar que atributos estaban ligados al concepto de vocación, ¿quizás los enfermeros autollamados vocacionales compartían criterios, similitudes con los que ellos denominaban no vocacionales?.

El haber estado formado en estudios sanitarios junto al hecho de tener experiencia cercana con la enfermedad podía variar su percepción de enfermería, respecto a otras circunstancias personales. Referente a este fenómeno debía indagar. Es de este modo interrogando los datos como surgen preguntas y posteriores respuestas con las que elaboré la subcategoría percepción profesión /disciplina. Al repasar las entrevistas previas observe que sí existían relatos relacionados con la percepción de la enfermería. Me pregunto, entonces, ¿cómo influye la percepción de enfermería en la forma de entender y aplicar los cuidados a las personas?

Relacionan vocación con los cuidados de enfermería, unido con el concepto de Formación (codificación selectiva). La implicación de la enfermera con la profesión y con los cuidados depende de la formación (abordaré en la categoría formación). Una enfermera vocacional tiene interés por enfermería cuando prosigue con su formación una vez titulada como enfermera, a criterio de la E3.

De este modo interrogando los datos y haciendo comparaciones codifiqué los conceptos que más tarde pasarían a formar parte como



propiedades y dimensiones. Y establecer la categoría de Motivación que, a su vez, constituiría una subcategoría de la categoría central o principal, los cuidados básicos de enfermería.

Elaboración categoría: Resolución problemas praxis clínica.

La estrategia y forma de establecer la categoría práctica clínica mantiene las directrices expuestas con anterioridad referentes a la categoría Motivación. A continuación expondré algunos ejemplos que puedan representar los conceptos teóricos fundamento de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin(2002) manifestados en el estudio.

En la primera guía de entrevista hice alusión a la percepción de las participantes de la práctica clínica en su función asistencial. Posteriormente, pregunté por los cuidados y su significado.

La E1 a la primera pregunta comienza relatando “a mí me parece que los enfermeros somos los que estamos con el paciente allí en cada momento, los vemos levantarse, desayunar, comer en todo los momentos de su vida (...) los médicos dan un diagnóstico (...). Dentro de la función asistencial mi trabajo lo defino como cuidar. Cuidar a personas que están pasando por una situación de enfermedad (...)”.

Codifico distintos conceptos tales como: acompañamiento al paciente, cuidados informales, cuidados visibles, legitimidad profesional.

Reflexiono acerca que tareas o actividades conlleva cuidar. Me pregunto si los cuidados son exclusivos de enfermería. ¿Los diferencia de las tareas médicas?. Los familiares, amigos y personas legas, sin titulación sanitaria, también, realizan el acompañamiento al enfermo y les ayudan en tareas de higiene y alimentación. Son llamados en la literatura enfermera como cuidados informales.. Entonces, ¿qué aporta enfermería respecto a los cuidadores informales?, ¿qué situaciones y bajo qué condiciones actúan los diferentes actores: formales e informales?.

Estas reflexiones e interrogantes sensibilizan posteriores preguntas

En cuanto a los cuidados relata la E1: “pienso que toda la práctica no son cuidados. Al menos no son técnicos, el A.T.S. anterior eran técnicos. Principalmente la enfermería, la baso en cuidados, es cierto que todo no es cuidar. Determinadas práctica, unas dietas, cuando son

diabéticos, eso no es cuidar está relacionado con los cuidados, pero no es un cuidado directo”.

En otras entrevistas realizan diferentes clasificaciones sobre los cuidados, técnicos y no técnicos, visibles e invisibles, directos o no, centrados en aspectos emocionales y psíquicos del paciente o no, formales o informales, innatos y/o aprendidos, generales o específicos circunscritos a una determinada enfermedad o patología (propiedades de los cuidados).

Otras enfermeras sí consideraban toda la práctica clínica eran cuidados de enfermería. E5 :“lo abarca todo., engloba todo lo que hacen las enfermeras en la práctica asistencial. Legalmente casi todo lo que se hace es enfermería”.

En consecuencia, debía indagar sobre los atributos de los cuidados y sus circunstancias.

En una de las clasificaciones hacen mención a la enfermería generalista, código vivo, con cuidados generales, rutinarios, habituales en los pacientes con independencia de su estado de salud-enfermedad. Sin embargo, hubo quien lo relacionó con especialidades académicas de enfermería y con la formación post titulación.

Comparo con las especialidades médicas donde la profesión médica está especializada por patologías médicas. En siguientes entrevistas les pregunto por este hecho, su consideración al respecto y sobre los criterios que determinan que una enfermera trabaje en una u otra unidad hospitalaria. ¿Cuáles son las implicaciones de la inexistencia de especialidades en enfermería del modo que se dan en medicina?

En la valoración del análisis de los atributos de los cuidados formales e informales las enfermeras relacionan mantener una conducta empática con satisfacer las necesidades del otro, relacionado con la motivación vocacional y en la propia satisfacción personal desde su percepción de la profesión enfermera (codificación selectiva).

Elaboración de la categoría: Formación de las enfermeras.

A raíz de la enfermería generalista y su vinculación con las “especialidades” valorando la inexistencia de especialidades en enfermería



como se dan en medicina y sus repercusiones sobre los cuidados que brindan emerge el concepto de Formación. Entendido como aquella formación posterior a la titulación en enfermería, conocida en el argot sanitario y administrativo hospitalario Formación Continua o Continuada.

La formación continuada (propiedad) fue valorada positivamente por las enfermeras en su formación profesional para el desempeño de su función asistencial. No así la percepción y valoración de los cursos y talleres ofertados por la Consellería de Sanidad de la Agencia Valenciana de Salud a través de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), o los ofertados por la propia institución sanitaria, a través de su departamento de docencia y formación (dimensión). Este hecho me detuvo a pensar si percepciones radicalmente opuestas estaban condicionadas por la experiencia profesional de las enfermeras entrevistadas. Indagué como estaban orientados dichos cursos, cuándo y cómo se realizaban, si eran gratuitos o no, requisitos para acceder a ellos, si utilizaban otros medios para formarse.

Indago acerca de la participación de las enfermeras en las actividades formativas para la práctica clínica en sus unidades. Anótese, sin embargo, que en la primera entrevista aparecen datos referentes a la formación. Este hecho está relacionado con la densidad de la entrevista en cuanto a profundidad temática, si bien es cierto que en un primer análisis no lo catalogué como subcategoría. Es en posteriores revisiones y en la codificación axial cuando valoro y analizo que ciertos relatos encajan en la subcategoría formación, aún cuando no tenía consciencia de ella. No así a partir de la quinta entrevista ya constituida donde sí indago sobre sus propiedades y dimensiones.

Como ejemplo: la E1 relata que la participación de las enfermeras es escasa. Lo relaciona con la motivación de las enfermeras y no estar retribuido de ninguna forma. Son invitadas a participar en la implantación de protocolos, vías clínicas... por parte del centro o de las unidades de hospitalización a través de sus supervisores o de la Dirección de Enfermería.

Las enfermeras son "invitadas a participar". Una primera reflexión me sugiere que los protocolos, vías clínicas, son instrumentos de trabajo

que facilitan y mejoran la eficacia y la calidad de los servicios prestados a los pacientes, así por ejemplo disminuyen la variabilidad clínica, están basados en fundamentos teóricos y en la evidencia científica disponible. Entonces, ¿qué significado tiene el ser invitados?. ¿Se puede declinar tal invitación aún siendo una propuesta de la Dirección del del centro?, ¿tiene alguna consecuencia, sanción el rechazar la invitación?

¿Es voluntario participar en la elaboración de tales proyectos?, ¿está dentro de tus funciones y labores como enfermera el "participar"?, ¿se realizan tales proyectos fuera del horario laboral?, ¿cómo les repercute?, ¿motivaciones?

De estas indagaciones surge la etiqueta de experiencia profesional como fuente de conocimiento. Lo cual hace que me plantee nuevas interrogantes: ¿cómo se produce el aprendizaje, la transmisión de conocimiento por medio de otros compañeros?, ¿copian, en qué se basan? La experiencia profesional ¿sobre qué se sustenta?

Elaboración categoría: Percepción disciplina/profesión.

Esta es una categoría que emerge consecuente a explicar las otras tres subcategorías respecto al significado de los cuidados de enfermería. En tanto, los datos omitidos por las participantes para esta categoría son consecuencia del muestreo teórico dirigido a completar las otras categorías en términos de propiedades y dimensiones. Sin embargo, dada su trascendencia para explicar cómo conforman las enfermeras asistenciales los cuidados de enfermería adquiere categoría propia siendo una subcategoría independiente con igual estatus que las otras tres.

Las motivaciones y expectativas que tienen las enfermeras de enfermería dibujan su percepción como profesión y disciplina. Para la E5 considera que existe un desconocimiento general de la realidad de enfermería antes de iniciarse profesionalmente. Pinceladas superficiales que tienen más que ver con procedimientos y técnicas que con la propia esencia o naturaleza de la disciplina enfermera. Comenta " la enfermería era y así la estudiamos nosotros una profesión básicamente hecha para mujeres (...) es una profesión que aparece por aspectos menos considerados, menos relevantes para el personal médico, técnicas poco



gratificantes para el médico. A partir de aquí aparece una enfermería un poco asistencial de segunda fila (...) sigo pensando que la enfermería es un accesorio de la carrera de medicina”.

La E2 considera que: “enfermería controla su práctica clínica hasta cierto punto, somos autónomos en algunas cosas como el cuidado de las heridas y no siempre”.

¿Es enfermería dependiente de otras disciplinas cómo la médica?

Teóricamente son concedores que enfermería es una disciplina autónoma e independiente. Sin embargo, les surgen dudas, confusiones y matices relativos al significado de autonomía e independencia disciplinar. Así, la E3 aporta datos contradictorios. “Antiguamente no, pero a día de hoy sí [referido a la autonomía de enfermería en su práctica clínica]. Cada día más, estamos consiguiendo desligarnos del yugo del médico. Antes la enfermería no estudiaba, no investigaba, no era capaz de evolucionar como profesión. Pero a día de hoy somos capaces de ser independientes hasta cierto punto (...) Transcribes las órdenes médicas, se acata la orden médica, el tratamiento, pero el cuidado del paciente, las curas y todo eso lo hace enfermería.(...) nosotros a esa herida con esfacelos la desbridamos con tal producto... a no ser que el cirujano indique que lo hagas así y así”.

El posterior análisis de datos sugiere reflexionar acerca de delimitar la práctica asistencial de enfermería y los cuidados. ¿Qué atributos comportan los cuidados?, ¿qué representan las técnicas y procedimientos respecto a los cuidados de enfermería?, ¿la investigación cómo es percibida por sus profesionales?, ¿cuándo o en qué circunstancias es enfermería autónoma?

La percepción de enfermería por parte de las enfermeras sigue el mismo esquema estructural de desarrollo que las categorías presentadas.



CAPÍTULO 5. RESULTADOS.

Con el trabajo de campo se obtuvieron los datos vertidos por las enfermeras participantes frutos de las entrevistas y tras su posterior análisis fueron organizados en torno a cuatro categorías:

1. Motivación de las enfermeras en la praxis clínica.
2. Resolución problemas en la praxis clínica.
3. Formación de las enfermeras.
4. Percepción de las enfermeras de la disciplina/ profesión de enfermería.

Las cuatro categorías constituyen las subcategorías que explican la categoría principal: los cuidados básicos de enfermería.

Al final de cada categoría aparecen extractos de citas de las participantes agrupadas por conceptos que legitiman y dan credibilidad a los resultados obtenidos.

A continuación presento los resultados del estudio organizados por motivos didácticos y explicativos en memorandos para cada categoría.

5.1. MOTIVACIÓN DE LAS ENFERMERAS EN LA PRAXIS CLÍNICA.

En el desarrollo de cualquier acto o conducta se encuentra presente de forma más o menos consciente o implícita un estímulo o impulso que dirige esa determinada acción. ¿Cómo repercute esa fuerza o estímulo motivacional de las enfermeras en los cuidados de enfermería?;

La motivación representa cualitativamente un importante peso específico en la profesión enfermera. En principio cabría pensar que de forma similar a aquellas profesiones que como enfermería su "materia prima" de trabajo son las personas. No obstante, convendría conocer de la particularidad y matices que se dan en enfermería cuya singularidad la diferencia de otros colectivos profesionales. Por tanto, saber cómo interfiere la motivación en la práctica clínica cuyo producto final se expresa y manifiesta con los cuidados de enfermería.

Las enfermeras, referido siempre a las participantes en el estudio, consideran que la motivación incide en su forma y manera de entender

los cuidados de enfermería, en dar una u otra respuesta a una determinada situación clínica. Por consiguiente, con distintas repercusiones y consecuencias sobre los receptores de los cuidados de enfermería en el contexto del estudio pacientes adultos ingresados en unidades médico-quirúrgicas.

Las motivaciones que dirigen la práctica asistencial como enfermeras encuentran su origen en las causas que les impulsó a estudiar enfermería. Posteriormente, las motivaciones ya como enfermeras profesionales están ligadas a factores diversos tanto de índole personal como profesional, en definitiva, a las expectativas generadas en sendos planos.

Ligado a la primera cuestión las enfermeras señalaron que la principal motivación fue ser enfermeras vocacionales. Surge en estadios tempranos como en la niñez o en la juventud de forma habitual. Propiciada por experiencias personales ante la enfermedad, propias, o de un ser cercano. Algunas enfermeras explican su nexo vocacional a través de familiares profesionalmente vinculados a enfermería. En otros casos perciben cierta afinidad como si de un magnetismo se tratase sin un por qué aparente.

Con todo y en cualquiera de los casos expuestos propicia la creación de una imagen o percepción de lo que es o representa la enfermería en la sociedad. Con ello, las enfermeras trazan un perfil personal y profesional que guía su práctica clínica, entendida como “la sensibilidad que te ha llevado a trabajar en esto [enfermería], procurando no perderla o que no desaparezca” (E5). Si bien esta percepción varía con el paso del tiempo y el desempeño de la labor asistencial producto de las distintas circunstancias y necesidades personales, sociales y profesionales.

En definitiva las expectativas personales y profesionales varían con el transcurso de la actividad profesional. Los procedimientos, actividades y técnicas aprendidas se ejecutan por las enfermeras de forma monótona que junto al desgaste profesional, de una profesión eminentemente práctica centrada en la parte más técnica, tiene por resultado una modificación en la percepción profesional de enfermería y en el propio perfil marcado. Las expectativas profesionales, también, pueden alterarse como consecuencia de cierto desconocimiento de la realidad



de enfermería antes de iniciarse en la profesión, con un conocimiento superficial más ligado con procedimientos y técnicas que se realizan dentro del trabajo asistencial que con la propia esencia o naturaleza de la disciplina enfermera.

La forma de relacionarse entre enfermera –paciente, también, ha evolucionado, ahora en un mismo plano o estatus donde el paciente participa en las tomas de decisiones que conciernen a su estado de salud. La enfermera y los profesionales sanitarios en general abandonan la actitud paternalista o dictatorial. En un periodo relativamente corto y reciente ha pasado de ser una profesión no universitaria encauzada o dirigida como auxiliar médico con formación técnica a integrarse en el seno universitario como una disciplina independiente que asume un mayor protagonismo y responsabilidad social.

Retomando la importancia que conceden a ser enfermeras vocacionales y su relación con la motivación conduce a reflexionar acerca de ¿qué entienden las enfermeras por vocación?

Significado de Vocación para las enfermeras.

Es frecuente la utilización de los términos motivación y vocación como sinónimos en la cotidianeidad del lenguaje oral como instrumento de comunicación. Cabe explicitar, sin embargo, el significado y extensión de su alcance o matiz puesto puede variar en función de las distintas percepciones culturales o imágenes preconcebidas de enfermería.

Por vocación entendieron una afinidad, sensibilidad, preferencia o inclinación hacia algo o alguna cosa. De una forma más general hacía carreras sanitarias con una actitud de ayuda o servicio a los demás o de manera más concreta a enfermería. Una elección personal y libre, no impuesta, es decir, desprovista de presiones externas de índole familiar o social. La desvinculan de implicaciones religiosas y actitudes altruistas.

Las autodenominadas enfermeras vocacionales designan con el término enfermeras no vocacionales aquellas enfermeras que su primera elección no fue la de estudiar enfermería, o siendo su primera elección consideraron que tenían una percepción distorsionada de la enfermería.

Motivadas por razones o intereses de expectativas falaces, tales, como un trabajo cómodo y atractivo, estabilidad laboral, un horario de trabajo atractivo, o unas retribuciones económicas razonables que desde la percepción de las participantes "vocacionales" no obedecen a la realidad. Enfermería requiere de sacrificios personales, trabajar en turnos rodados, noches, festivos, con repercusiones sobre sus vidas personales, familiares y sociales.

Los caminos de acceso a enfermería son heterogéneos: enfermeras que su primera elección de estudios fue enfermería, otras no accedieron de forma directa teniendo que cursar previamente otros estudios para acceder, posteriormente, a enfermería (Grados de Formación Profesional). O bien, no tuvieron acceso a su primera elección (preferentemente medicina) y si lo tuvieron a enfermería. Finalmente, en otras ocasiones cursaron primero otros estudios universitarios y, posteriormente, enfermería por mejor expectativa laboral.

En estos dos últimos casos fueron etiquetados como no vocacionales por las "enfermeras vocacionales". Las llamadas "no vocacionales", sin embargo, comparten con las "enfermeras vocacionales" los atributos que definían éstas últimas por vocación y no se sintieron excluidas como enfermeras vocacionales. Es más, remarcan la importancia de la vocación en la práctica asistencial de enfermería. La valoran positivamente como una herramienta de autoayuda personal para superar aquellas situaciones estresantes con un elevado componente de tensión emocional que se dan en la clínica. Si bien, enfermería no fue su primera elección optaron finalmente a ésta y no a otros estudios.

Otro aspecto que abordaron las enfermeras fue la asociación entre vocación y determinados valores personales vinculados preferentemente al sexo femenino.

Relevancia de los atributos personales en las enfermeras.

Relatan las enfermeras que el paso del tiempo conlleva un desgaste profesional y de este modo adquieren mayor protagonismo en la enfermería clínica ciertas actitudes y aptitudes personales en detrimento de las causas vocacionales que les condujo a enfermería, si bien reseñan la



importante de no abandonar el perfil marcado derivado de la conceptualización vocacional.

De la enfermería asistencial destacaron su proximidad con el paciente, el trato directo con éste durante su estancia hospitalaria. La interrelación que se produce entre ambos ha de ser cercana basada en la confianza una relación dinámica que fluctúe en ambas direcciones, recíproca. No obstante, o por ello, se dan situaciones desagradables, críticas y tensas como consecuencia de la enfermedad y la complejidad de las interrelaciones personales. La enfermera por su rol profesional en esta relación es a quien le es exigible un esfuerzo con aptitudes como fortaleza mental, paciencia, sensibilidad y habilidades sociales de comunicación que posibiliten una conducta empática. Entendida como la implicación y participación en los problemas y preocupaciones del paciente. Alternando rol profesional y personal al finalizar la jornada laboral como válvula de escape.

Cuando una persona es ingresada como paciente en una unidad de hospitalización se encuentra en un medio extraño, incluso agresivo hacia él, despojado de su privacidad en un ambiente no cotidiano, a veces, sin sus seres queridos, sin sus enseres. La empatía mitiga este ambiente forzado y hostil. La ausencia de empatía agudiza el entorno hostil para el paciente con una estancia hospitalaria con más tensión y traumática para éste.

La conducta empática fue valorada positivamente y destacada sobre otros valores de forma unánime, tanto en las enfermeras vocacionales como en las llamadas no vocacionales, por las primeras.

La empatía es necesaria para que se dé una interrelación entre paciente-enfermera eficaz. Permite identificar las necesidades del paciente y brindar unos cuidados precisos y específicos a satisfacerlas, en el grado que sea competencia de la enfermera o derivarlas a quien corresponda para su subsanación. Sin embargo, la relación enfermera-paciente en estos términos se encuentra en muchos casos abandonada como consecuencia de ciertas necesidades no tangibles o visibles como preocupaciones personales, familiares y espirituales que influyen en su estado de salud y en su afrontamiento ante la en-

fermedad. Con una enfermería centrada en la ejecución de técnicas y procedimientos.

Esta relación de "abandono" genera repercusiones también en las enfermeras, por ende, en los cuidados que brindan. Descrito como un sentimiento de insatisfacción personal y profesional derivado de la modificación de sus expectativas profesionales como resultado de la distorsión de la imagen y concepción de enfermería. Así una enfermera cuyo perfil profesional se encuentra motivado por los cuidados básicos de enfermería y no tanto seducida por sus técnicas, pero que sin embargo encuentre en su entorno laboral un predominio y priorización por la ejecución de técnicas y procedimientos le produce insatisfacción personal y profesional.

Las aptitudes y actitudes personales como empatía, paciencia, amabilidad o fortaleza mental, mitigan tal insatisfacción y propician unos cuidados eficaces sobre el paciente, en términos de atención a sus necesidades. La insatisfacción merma su valoración y percepción de la disciplina enfermera y, a su vez, repercute en la motivación para su formación y actualización de los conocimientos de enfermería y en consecuencia en los cuidados brindados.

La ausencia de una actitud empática deshumaniza a la enfermera actuando de forma similar al de una máquina programada con la realización de trabajos mecánicos y autómatas. La empatía junto con las habilidades sociales de comunicación posibilita realizar cuidados de enfermería plenos, más allá de técnicas y actividades de la práctica asistencial.

Este "sentir vocacional" entendido en los términos referidos con anterioridad potencia la conducta empática y permite una interrelación enfermera-paciente plena y eficaz, contribuye en los cuidados brindados no dejando al descubierto las necesidades no tangibles o menos visibles del paciente.

Género y rol en enfermería.

"La enfermería era y así lo estudiamos nosotros una profesión básicamente hecha para mujeres y bueno la evolución del mundo, social y



cultural ha permitido que la mujer ya no sea la que asiste al enfermo solamente.” (E5).

La historia enfermera española de gran parte del siglo XX mantuvo una diferenciación en la formación de los profesionales de enfermería en función del sexo, con distintos roles, actividades e incluso con distinta denominación.

Entre algunas enfermeras subyace, todavía, cierta predisposición a solapar el sexo femenino y enfermería. Inclusive entre las que cuentan con formación universitaria. Paradójicamente es un hecho cada vez menos frecuente el de vincular el sexo femenino con enfermería y el sexo masculino a medicina. La realidad social de las universidades españolas es de mayor presencia de mujeres que de hombres, prácticamente, en casi todos los sectores y estudios, especialmente, en los estudios relacionados con la salud.

Sí matizaron una preferencia por parte del personal de enfermería por determinadas unidades en función del sexo, con enfermeras con predisposición a trabajar unidades de pediatría o ginecología, frente a hombres con preferencia por unidades con mayor presencia de procedimientos y técnicas ligadas a unidades de críticos como Unidades de Cuidados Intensivos o Urgencias Generales.

Esta consideración podría explicarse desde cierta convicción a pensar que por su condición de mujeres se atribuyen a sí mismas unos valores predominantes respecto al sexo masculino, como mayor sensibilidad e instinto de protección a sus congéneres. Sostienen que una parte de los cuidados en su esencia son innatos al ser humano, dándose con mayor intensidad en el sexo femenino. El cuidar es entendido, también, como un sentimiento. Lo relacionan directamente con los cuidados informales, no profesionales, relativos a cubrir necesidades de alimentación, higiene y protección. En cuanto a los varones no conceden una especial trascendencia a tales valores para el ejercicio de la enfermería. No precisando de unos valores específicos y determinados. Con excepción de la conducta empática y del perfil creado a partir de la imagen preconcebida que tiene cada enfermera de la naturaleza de enfermería o lo que representa en la sociedad.

Los prejuicios sociales relativos al género explicarían, también, determinadas preferencias por los profesionales por unas u otras unidades en función de su sexo. Un hecho, por otra parte, no singular o específico de enfermería. Donde a las mujeres se les presuponen unas cualidades aparejadas a un comportamiento concreto y se les asigna un rol social diferenciado del hombre, no solo en la profesión de enfermería sino en cualquier segmento social o profesión. Si bien, la intensidad en que se da en unos casos u otros no es el mismo. En el caso de las profesiones con predominio femenino la intensidad es mayor, aún así, el género por sí mismo no es suficiente para explicar de forma rotunda esta discriminación por sexos. En profesiones como medicina, actualmente, con predominio femenino gozan de un prestigio social mayor que el de otros colectivos con predominio del género femenino como ocurre con enfermería.

No obstante, matizar un sentir general entre las enfermeras y enfermeros de no considerar el sexo determinante a la hora de dispensar los cuidados de enfermería. Como profesionales de enfermería sienten que tienen igual formación y capacitación tanto un hombre como una mujer en la actualidad.

En lo que a la práctica clínica se refiere, las enfermeras, no advierten diferencias de rol ligadas al sexo entre sus compañeros varones. Por el contrario, sí constataron casos donde era el paciente quien tenía una preferencia a ser atendido por una enfermera o enfermero de su mismo sexo, especialmente, en aquellas tareas de enfermería relacionadas con la fisonomía de partes consideradas íntimas en alusión a los genitales. Estas preferencias estarían sujetas a prejuicios culturales y sociales por parte de los pacientes y no a la diferente ejecución en la realización de las actividades en función del sexo de los propios profesionales de enfermería. Aprecian, todavía, aunque de forma no generalizada un trato diferencial del paciente a la enfermera en función del sexo, con un mayor respeto y credibilidad a los varones. Si bien, los profesionales, hombres y mujeres, intentan satisfacer las preferencias de los pacientes atendiendo sus necesidades y no formar parte de ese perjuicio social.

La voz discordante la produjo un enfermero que desde su percepción sí encontró diferencias en la aplicación de cuidados y ejecución de



técnicas ligadas al sexo relativas a la fisonomía genital, como en la higiene o manipulación de la misma. Considera que un enfermero varón dispensa los cuidados con un trato diferencial respecto a la enfermera. Éste actúa "con más delicadeza o atención" (E3)

Para otras técnicas y procedimientos de enfermería, el mismo enfermero, mantiene una diferenciación entre ser mujer u hombre en cuanto a la forma de abordar una determinada acción. En alusión a que hombres y mujeres muestran diferencias en el comportamiento en general. Reafirma la teoría del prejuicio social. En este caso evidencia la diferencia educacional y cultural de ambos sexos y no la diferenciación de aptitudes para el desempeño de la profesión enfermera.

Estas circunstancias pone de relieve la persistencia de los prejuicios y perjuicios sociales relativos al sexo como tema tabú en nuestra sociedad.

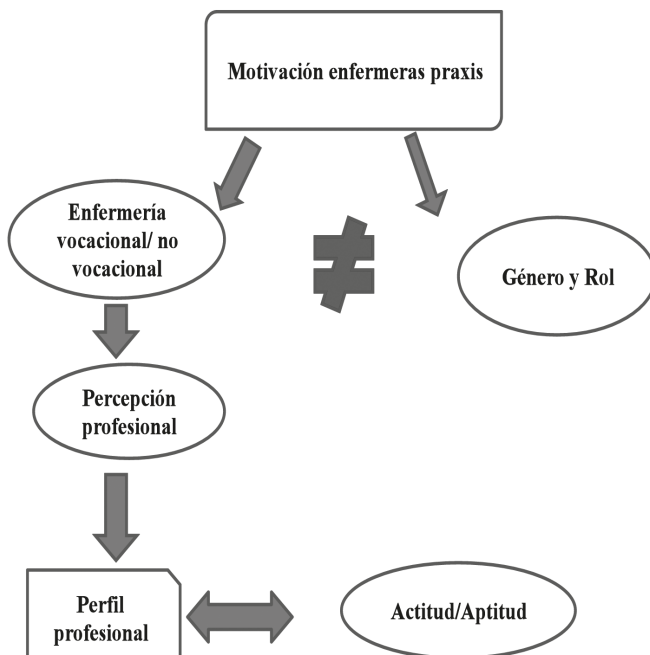
A modo de síntesis la motivación que llevó a las enfermeras a estudiar, formarse profesionalmente en enfermería siendo un elemento fundamental y necesario para el desempeño de la función asistencial de las enfermeras no es suficiente per se para explicar la praxis enfermera ni la disciplina de enfermería. Los atributos manifestados a los que hacen referencia las enfermeras facilitan la actuación en la práctica clínica y los cuidados de enfermería, pero no son específicos de enfermería. Por el contrario son válidos para cualquier profesión.

Estos atributos no constituyen un elemento discriminatorio que le confiera identidad o especificidad a los cuidados de enfermería. Es decir, no dan razón del método y la fundamentación teórica fruto de la investigación científica específicas de una disciplina científica.

Pero instan a la reflexión por la naturaleza de los cuidados de enfermería. ¿Innatos o aprendidos?, ¿formales o informales?, ¿toda la práctica asistencial son cuidados de enfermería?. Finalmente, plantea si enfermería presenta dos corrientes opuestas: una cuidadora en oposición a otra tecnológica;

Cuestiones abordadas en la categoría Resolución problemas en la praxis clínica.

Organigrama I.



Organigrama de la categoría: Motivación de las enfermeras en la praxis clínica.

CITAS DE LAS ENFERMERAS PARTICIPANTES. RELATIVAS A LA CATEGORÍA MOTIVACIÓN.

- Categoría principal: Motivación de las enfermeras asistenciales en los cuidados de enfermería.
- P_x : número de pregunta referente a la categoría central de motivación.
- E_x : código identificación enfermera.

Relativas a la motivación /vocación.

- "Nací para ser enfermera, (...) podría haber estudiado medicina hubiera podido continuar pero nunca me ha llamado la profesión médica. Me quedé con la enfermería desde el principio,(...) yo es que a mi profesión le tengo gran estima, gran aprecio, y realmente estudié lo que realmente quería". (P_1/E_1)



- “Me gustaba la idea de sentir que hago algo por los demás que de alguna manera estoy ayudando a alguien en algún momento de su vida (...) Para ser enfermera pienso que es fundamental la vocación. Tiene que gustarte realmente, disfrutar del trabajo en sí. Sólo así podremos darles a nuestros pacientes los cuidados y atenciones que necesitan tanto físicos como psicológicos.” (P_{1,2}/E₂)
- “Desde siempre me había llamado la atención realizar un trabajo en el que hubiera trato directo con la gente, en concreto enfermería (...) Saber que con los cuidados adecuados de enfermería en su momento crucial en la vida de un paciente puedes salvar su vida es algo que no se puede explicar.” (P₄/E₂)
- “Otras motivaciones pienso que podrían ser un buen horario, jornada continuada y un sueldo que desde fuera parece elevado. Creo de hecho que mucha gente estudia enfermería sólo por el dinero, sin tener vocación alguna y sin gustarle el trabajo en exceso. Pienso que esto afecta seriamente en la práctica diaria, ya que se trata de un trabajo en el que se viven situaciones desagradables y si de verdad no es lo que te gusta al final te quemas y si hacen las cosas con desgana dando unos cuidados deficientes” (P₂/E₂)
- “Se puede decir que las motivaciones que me llevaron a estudiar enfermería fueron el hecho de aplicar cuidados. Aplicar cuidados a un paciente el hecho de estar en contacto con esa persona, el hecho de poder hablar con esa persona, poder comprobar que con las acciones que yo hago sobre esa persona puede mejorar, puede evolucionar un poco, o puedo conseguir una sonrisa de esa persona, o puedo ver que se cura, para mí es lo que me llena, lo que me satisface (...) Me gusta, me veo realizado, me veo bien, contento y satisfecho. De hecho a mí el trabajo de la enfermería, a día de hoy, puedo decir que soy una persona que estoy trabajando en un sitio donde me gusta. Y me gusta porque aplico cuidados, porque estoy con el paciente y porque cada día hablo con él, cada día veo que mis esfuerzos en ellos obtienen

unos resultados. Y esos resultados son o una evolución en ese paciente o una evolución favorable en su estado de salud, o bien en el caso de un paciente terminal aplicar le una muerte digna o un cuidado dentro de sus últimos días de vida." (P₁/E₃)

- "Yo pienso que una vocación es algo que no te hayan impuesto, es una elección que tu hayas hecho que nadie te haya impuesto. Porque ha sido porque a ti verdaderamente te gusta, que no hay [dificultad para expresarse] nada externo que te haya obligado a seguir por ese camino. Simplemente a ti te gusta(...)" (P₄/E₃)
- "Están por otra parte las personas que obligatoriamente porque sus padres son enfermeros, porque no han tenido otra posibilidad, porque ellos querían ser médicos, fisioterapeutas u otra cosa y no les daba la nota para entrar a la carrera han entrado aquí [referido a enfermería]. Y no es que sean enfermeros frustrados, pero yo veo que su dedicación, su práctica no es la misma. No trabajan de la misma manera (...) El ser capaz de ponerte en lugar del paciente, ya no son técnicas. Si tu verdaderamente no quieres hacerlo o no te gusta dedica te a otra cosa. Serás una enfermera que vendrá hará las órdenes como un robot. Es que yo soy enfermera, yo trabajo en un hospital, voy a ganar mucho dinero, voy a tener mucho tiempo libre, y no, no. Todo lo contrario. Hay gente que se pensaba que a lo mejor enfermería iba a ser ¡auja, voy a entrar y voy a estar siempre hablando con los médicos, que voy a trabajar en un hospital, voy a ganar mucho dinero, cuando llega realmente, tu sabes que la primera cosa que tú te encuentras cuando vas a un hospital, es que vas a trabajar noches, vas a trabajar festivos, vas a estar muy puteado, tu vida familiar se va a resentir, pero verdaderamente a mi me compensa. Porque tenga que pasar esos determinados caminos, a mí verdaderamente me compensa, yo verdaderamente me siento realizado con eso." (P₂/E₃).
- "Bueno, a lo largo de toda mi formación siempre he demostrado una motivación como diría vocación si queremos llamarlo así a las carreras sanitarias. Y por esto me decanté a una carrera



sanitaria, en concreto en mi caso enfermería no fue mi primera elección. Mi primera elección era medicina” (P₁/E₄.)

- “yo pienso que esa vocación llamada motivación debe existir, porque en la formación de enfermería los comienzos son muy duros. Te enfrentas a situaciones que en tu vida habías visto antes, gente morir, gente muy enferma con enfermedades muy duras y esa vocación te hace sentir empatía que no simpatizar. No implicarte al máximo, pero si te ayuda a superar esas dificultades. Es necesario a mi modo de ver cierta motivación vocación.” (P₃/E₄)
- “Recuerdo que el primer año de carrera estuve bastante desmotivado porque a pesar de elegir enfermería por recomendación de mi madre y de otras personas yo seguía con el “chip” de medicina. Pero esto cambió cuando empecé las prácticas de enfermería. Ahí me di cuenta del verdadero papel del enfermero, de la cercanía al paciente, de todos los procedimientos que realizaba. Si bien es muy similar a la medicina me gustaba porque eras bastante cercana, lo primero que empecé a darme cuenta es que los enfermeros tenían más tiempo con el paciente, los médicos menos y eso me motivó”. (P₂/E₄.)
- “En mi caso vocacional. Tenía un mal concepto de la enfermería por desconocimiento dentro del trabajo que desempeñaba. Sí conocía determinadas cosas que se hacen en la calle o que se hacían en la calle, vamos que te llamaba la atención. Pero si buscaba un punto de servicio, de alguna forma, hacía las personas, no me interesaba tanto técnicamente la enfermería como sí el papel que podía desempeñar (...) Han pasado ya muchos años y todo eso ha ido desapareciendo, se ha ido diluyendo porque te involucras mucho más en lo que técnicamente es la profesión. Digamos las circunstancias sociales, personales y culturales, tú también evolucionas. La vocación pasa a ser una segunda o tercera posición y aparecen otras necesidades que atender, digamos que ha cambiado francamente (P₁/E₅)
- “La vocación es importante pero quiero dejar algo claro: pero no hay que confundir esto con ser voluntario y hacer las cosas gratis,

hay una vida que te está exigiendo pagos y responsabilidades económicas, me gustaría no confundir esto con lo del buen samaritano que se queda tres horas más de su turno o llega tres horas antes, eso no es así" (P_{1.1}/E₇)

- "(...) desde fuera uno ve la enfermería con el fonendo, la bata bien limpia blanca, pero hay una enfermería desagradable también." (P_{3.5}/E₇)
- "Yo creo que es fundamental [referido a vocación] no sólo en la enfermería, que te guste que realmente te llene. Hay quien trabaja por motivos económicos o por qué voy hay estudiarlo que hay salida se necesitan enfermeras o porque es una buena profesión o parece un trabajo muy cómodo, o eres funcionario ...y es una pena por qué se nota, si realmente no te gusta lo que haces eso se nota se percibe en el trato con el paciente, en los cuidados que das en la conexión con el equipo y con tu grupo eso se nota en todo. Esto es un trabajo sacrificado y te tiene que gustar." (P_{1.2}/E₈)
- "La motivación es muy importante en la práctica clínica, la gente no motivada se dedica a las cosas puramente técnicas, lo que el médico prescribe. Otra gente va más allá y se preocupa por problemas emocionales, familiares, esa gente está motivada. Si quieres cuidados de calidad tienes que atender esas necesidades" (P₂/E₁₀)

Relativas a los atributos personales de la enfermera.

- "En una enfermera es muy importante la paciencia, a veces el trato con los pacientes no es fácil. Fortaleza mental sobre todo, viviremos situaciones desagradables pero tenemos que ser capaces de seguir sin que nos afecten excesivamente y también me parece imprescindible la sensibilidad con los pacientes, en la forma de hablar y en la realización de los cuidados. Deberíamos de ser con ellos como nos gustaría que fueran con nosotros mismos porque algún día podríamos encontrarnos en el otro lado." (P₅/E₂)
- "La primera, sobretudo la empatía. El hecho de poder ponerte y saber ponerte en lugar del paciente y saber reconocer las nece-



sidades que tiene ese paciente y ser capaz de identificar lo que necesita ese paciente y poder intentar satisfacer esa necesidad, es lo más importante(...) la principal característica que debe tener una enfermera es la empatía. El ser capaz de poder ponerte en lugar del paciente, ya no son técnicas de poner una vía, sondear, eso son técnicas y se hacen con la práctica y se aprenden con el tiempo. Pero el hecho de ponerte en lugar del paciente identificar una necesidad, poder subsanar esa necesidad eso no se aprende. " (P₅/E₃)

- La empatía es fundamental. Creo que es prácticamente necesario que un enfermero sea empático. Muchas veces te enfrentas a situaciones duras y tienes que tener la capacidad de ponerte en lugar del otro. Para darle un trato lo más preciso y apropiado posible. Eso sólo lo consigues si piensas en el otro y la necesidad que tiene. Es una herramienta fundamental, otra herramienta fundamental son las habilidades sociales. Me refiero a la forma de comunicarte, yo creo que es una realidad indiscutible que cuando un sanitario comunica bien, sabe que gran parte del trabajo terapéutico lo tiene hecho. Un paciente bien informado, una persona que sabe lo que se le va a hacer colabora, coopera incluso sufre menos en un procedimiento, por tanto, la habilidad social es importante, además del respeto y la empatía, claro." (P₄/E₄)
- "Pienso que no hay unas condiciones especiales, pienso que cualquier persona podría desempeñarla. Si bien es cierto que cuando se inicia un proceso de trabajo si deberías tener una información de lo que vas a hacer, acerca de lo que vas a contactar cotidianamente. No perder nunca en lo que hagas, o lo que quieras hacer la sensibilidad que te ha llevado a hacer, a trabajar en esto, procurando no perderla, esa sensibilidad, o por lo menos que no desaparezca." (P₃/E₅)
- "Mi relación con los pacientes intento que sea una relación cercana de estar mucho al lado de ellos. De hecho creo que es una cosa importante que la enfermería tiene un poco abandonada, hablo en general tampoco puedo generalizar, pero mi percepción es esa. Creo que debes estar muy cerca de ellos para detectar

sus necesidades ver como se encuentran hablar mucho con ellos muchas veces hay cosas que no se ven a simple vista y hace falta que cojan una confianza contigo para detectar esas necesidades que no se ven a simple vista".(P₂/E₆)

- "Las necesidades de los pacientes es algo que ellos necesitan, no sé explicarlo. Es algo que ellos necesitan, algo que tienen una carencia de algo y no tiene por qué ser algo físico a lo mejor, es algo más bien interno de alguna falta de ellos y la enfermera también está para cubrir esa necesidad." (P_{2.2}/E₆)
- "No. Yo no voy a hacer peor mi trabajo o voy a dejar de hacer mi trabajo por que el paciente no sepa lo que soy o lo que hago realmente. Ni por qué socialmente la gente no sepa lo que es un enfermero, o no esté bien reconocido"(P_{2.3}/E₆)
- " (...) tenemos que tener en cuenta al paciente, al receptor. Si ese receptor no va ser capaz de porque está muy deteriorado, es una relación entre dos humanos es difícil entender se, lo que si te vuelvo a repetir es una educación para la salud, ni una actitud paternalista ni de dictador (...)" (P_{3.2}/E₇)

Relativas al género y rol en enfermería.

- "Hay más mujeres que hombres pero desde mi punto de vista es porque siempre ha sido la mujer la encargada de cuidar a la familia, mientras el hombre iba a cazar la mujer se dedicaba a criar y a cuidar a los hijos. Y esto se ha ido manteniendo a lo largo de los años y aún en la actualidad sigue siendo así. Aunque cada vez más el hombre también forma parte activa del cuidado de los hijos. Pienso que también hay más enfermeras [referido al sexo femenino, aquí el termino no engloba a todos los profesionales hombres y mujeres] por que las mujeres tenemos más sensibilidad y más instinto de protección de cuidar. Eso no quita que haya enfermeros con una sensibilidad y tacto y que desempeñen su trabajo estupendamente." (P₇/E₂)
- "Cuidar para mí es algo innato, todos hemos cuidado de un hermano, abuelo o hijo alguna vez y nadie nos ha enseñado como



hacerlo. O como cuando una madre cuida de su bebé, es algo que nace de dentro, nadie te ha enseñado, simplemente sabes hacerlo. Por otro lado hay otros cuidados que si son aprendidos, como en enfermería, que te enseñan a realizar unos cuidados según la patología del paciente, control de glucemias en diabéticos, control de tensión arterial en pacientes hipertensos. Pero el sentimiento de cuidar es algo innato, nace de dentro sin necesidad de estudiar nada". (P₆/E₂)

- La verdad es que antiguamente sí en la actualidad, ahora, menos. Pero antiguamente sí se decía y de hecho se veían los típicos carteles de enfermeras que con su dedo en los labios pedían silencio, típicos con mujeres con cofia. El rol era si es mujer enfermera y si es hombre médico (...) en ciertos aspectos por ejemplo los hombres y aunque parezca un poco feminista o machista somos más cuidadosos en algunas técnicas. Me refiero técnicas como la higiene de una paciente femenina, el hombre lo hace de manera diferente así lo hace la mujer. La mujer al ser tan cotidiano, lo hace con más frialdad, nosotros los hombres en algunas ocasiones, en algunas técnicas ponemos no más cariño, sino más atención como que lo hacemos con más cuidado, delicadeza por así decirlo. Un sondaje vesical, un lavado integral de un paciente, por mucho que digan que tenemos las manos más grandes, somos más torpes en algunas cosas, no. Lo he visto y los pacientes lo notan que no les tratamos igual un enfermero que una enfermera dicho por los mismos pacientes. Y a la hora de hacer una cura una técnica en concreto si se nota la diferencia, no en la experiencia que tengamos, no eso ya es completamente diferente, pero si la delicadeza, en algunos aspectos si he visto diferencia." (P₆/E₃)
- "En mi experiencia profesional no he encontrado ningún impedimento, no he encontrado tareas para hombres o para mujeres. Si es cierto que determinados procedimientos de enfermería relacionados con elementos íntimos, si es verdad que hay pacientes más reacios a que si es una mujer sea atendida por un hombre, o un hombre ser atendido por una mujer, de cara al paciente sí puede

afectar, desde el punto de vista profesional, en lo que a nosotros nos concierne no influye el sexo, somos iguales (...) Quizás sea un tópico, pero no al 100%, no tan tópico. Yo diría que para los procedimientos, digamos más agresivos, situaciones más críticas, si es cierto que he visto a compañeros con mayor preferencia por estas técnicas. Pero también me he encontrado con mujeres igualmente de válidas, no diría que hay... quizás si matizaría que para los cuidados pediátricos, o para los ginecológicos si hay una preferencia por mujeres que por hombres". (P₅/E₄).

- "Es una profesión que aparece por aspectos menos considerados en un momento menos relevantes para el personal médico, de técnicas, de cosas menos relevantes que surgen en las personas y que digamos poco gratificantes para el médico. Tengo un poco de crítica en este aspecto a la profesión médica y que de alguna forma que lo haga otra persona. A partir de aquí aparece una enfermería un poco asistencial de segunda fila. En su momento básicamente para mujeres y bueno la evolución del mundo, social y cultural ha permitido que la mujer ya no sea la que asiste al enfermo solamente. Hay otra época que también he conocido, en la que busca digamos menos motivación vocacional y aparece más interesada, ser amiga del médico o la mujer del médico, hablando malamente, a la caza del médico, porque a mí socialmente me interesa o me favorece. Yo eso lo he conocido" (P₄/E₃).
- "yo pienso que no creo que hayan diferencias entre un enfermero y una enfermera, pienso que es más un prejuicio de la sociedad que la mujer tienen que por nacimiento tener algo especial para cuidar que lo que es en sí. Pienso que un hombre y una mujer están capacitados igualmente para ejercer un cuidado. Creo que es más como seas tú, da igual que seas hombre o mujer es un prejuicio de la sociedad. Lo que sí que creo es la percepción que tiene la gente. No es lo mismo que seas chico que seas chica a la hora de la gente de percibirte como cuidadora. Pienso que siempre tienen más respeto al enfermero chico que a la enfermera chica y eso me ha pasado. Tengo un compañero enfermero con el que he



trabajado un año y una persona hablando le y explicando le lo mismo le tiene más respeto que a mí. A él por ser chico que a mí por ser chica porque los dos somos enfermeros.” (P₃/E₆)

5.2. RESOLUCIÓN PROBLEMAS EN LA PRAXIS CLÍNICA.

Servicios de hospitalización: aspectos funcionales de enfermería, consideraciones previas.

La práctica asistencial y los cuidados de enfermería relatados en el estudio se refieren a las vivencias y experiencias aportadas por las enfermeras como resultado de su trayectoria profesional y no referido a los cuidados específicos de una unidad concreta o institución sanitaria. Están referidas aquellas vivencias profesionales cuyo escenario físico se desarrollan de forma genérica en unidades de hospitalización médico-quirúrgicas.

Las descripciones en cuanto a distribución y funcionamiento de una unidad hospitalaria tienen por finalidad contextualizar la praxis clínica. Mantienen una similitud no sólo física, sino en cuanto a su funcionamiento, en tanto, pertenecen a hospitales comarcales de la Agencia Valenciana de Salud ubicados en la provincia de Alicante.

Resulta obvio, pero necesario, comenzar por puntualizar que una condición indispensable para que se den los cuidados de enfermería en el contexto hospitalario es la existencia de una parte un emisor de cuidados, enfermera, y de un receptor de tales cuidados, personas ingresadas en calidad de pacientes. Por su condición o estatus de pacientes ingresados en medio hospitalario se encuentran diagnosticados de una patología, si bien pueden presentar pluripatología o en su defecto estar en estudio por un problema de salud derivado de una probable enfermedad o proceso quirúrgico, siempre diagnosticado por los profesionales médicos. El periodo de ingreso puede variar desde horas, a días, semanas o meses con diferentes resultados: resolución del problema de salud, mitigar tales problemas cuando se trata de una enfermedad crónica o incurable, ó proporcionar una muerte digna al paciente.

No es motivo del estudio constreñir la praxis enfermera a una determinada patología o enfermedad o en sus diferentes estadios, aguda

o crónica, por el contrario, versa sobre que fundamentos sustentan los cuidados de enfermería ante un paciente cual fuere con las circunstancias de salud-enfermedad que pueda presentar dentro de los límites del estudio.

La realidad cotidiana que encuentran las enfermeras no es otra que los pacientes presenten pluripatología. Se encuentren ingresados en unidades que en principio no les correspondería por su diagnóstico pero que, sin embargo, van a precisar de unos cuidados de enfermería básicos y comunes, generales, con independencia del motivo de su patología.

Las enfermeras desarrollan su labor asistencial con y para los pacientes en el restablecimiento de su salud cuando es posible, mejorar la calidad y confort de éste durante su estancia hospitalaria y proporcionarle las herramientas necesarias para el autocuidado o acompañarlo en una muerte digna si fuese el caso.

Son las enfermeras las profesionales sanitarias que acompañan al paciente durante su ingreso las 24 horas del día, en turnos de mañana, tarde y noche, rodados, habitualmente. Junto a las enfermeras se encuentran el estamento profesional sanitario de Auxiliares de Enfermería que realizan la misma jornada laboral que éstas. Acompañando al paciente también se encuentran si lo desea familiares o amigos las 24 horas del día, con carácter o estatus no profesional, habitualmente una persona de forma continúa sin restricción de horario.

Los pacientes una vez están ingresados en el hospital están distribuidos en las distintas unidades, conocidas como "plantas", en principio atendiendo al criterio del diagnóstico médico, es decir, según la especialidad médica a la que pertenezcan por su problema de salud. Si bien, pueden estar ingresados en otras plantas en función de la disponibilidad de camas libres u otro sistema organizativo del centro sanitario. El número de camas de cada servicio destinadas a una especialidad médica varía según la institución pudiendo presentar una misma unidad varias especialidades médicas.

El número de enfermeras en cada unidad puede variar en cada centro o institución en función del número de camas que presente la unidad.



Si bien, dentro de un mismo centro hospitalario no varía el número de enfermeras para cada planta o unidad de hospitalización con las excepciones que pueda establecer el centro.

El ratio enfermeras/100.000 habitantes en España es de 531,83 enfermeras, lo que supone un 34,2% menos que la media europea, ocupando el puesto 22 respecto a los países europeos. Por comunidades, la Comunidad Valenciana con 472 enfermeras/100.000 habitantes, ocupa el puesto 16 de España (Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea, 2007).

Dentro de la Comunidad Valenciana el ratio es de 330, 54 enfermeras/100.000 habitantes para el sector público. Si se tiene en cuenta el sector privado es de 399 en Alicante, 442 en Castellón y 527 en Valencia (Colegio oficial de Enfermería de Alicante, 2012)

La distribución del trabajo de enfermería en una unidad hospitalaria se realiza, habitualmente, por la división del número de pacientes entre el número de enfermeras de forma equitativa, lo que se conoce por "pasillos" dada la estructura física del centro hospitalario o por reparto de "camas". Habitualmente, en el turno de noche una enfermera, en la tarde dos y en la mañana tres. Esta división de pacientes es una gestión interna de las enfermeras con fines organizativos-prácticos de trabajo. No obstante, cabe señalar que todos los pacientes de la unidad son responsabilidad de las enfermeras que se encuentren en ese turno laboral. Ante cualquier incidente o imprevisto en el estado clínico del paciente, cualquiera de las enfermeras atiende la necesidad de ese paciente no encontrándose exenta de responsabilidad ética o legal en alusión a la división interna de división de pacientes.

En enfermería no hay especialidades tan ramificadas como en la disciplina médica, por patologías: digestivas, respiratorias, urológicas, cirugía general... por citar algunos ejemplos. Si existen las especialidades de enfermería obstétrico-ginecológica, matrona, enfermera en salud mental. Otras especialidades como pediatría, geriatría o enfermería del trabajo son todavía un proyecto en el sentido que, si bien, sí están aprobados y publicados sus programas formativos no son una realidad laboral en los centros hospitalarios. No exigible dicha titulación como

requisito indispensable para desempeñar la función asistencial en esa determinada unidad hospitalaria como en el caso de pediatría, incluso en las unidades de hospitalización de salud mental. Con excepción de la especialidad obstétrico-ginecológica, matrona, que sí es un hecho generalizable en todos los centros hospitalarios españoles. Caso singular es la especialidad de médico-quirúrgica en enfermería que se encuentra a día de hoy paralizada. Para trabajar en las unidades de hospitalización médico-quirúrgicas, por tanto, no precisa de titulación de especialidad alguna.

Requisitos del personal de enfermería para optar a una unidad médico-quirúrgica.

Los criterios que determinan que una enfermera sea destinada a una u otra unidad son variados, no siendo el criterio formativo-teórico, ni la experiencia práctica un requisito concluyente, en tanto, no está reconocida la especialidad. No obstante, sí puede ser un elemento a considerar por los gestores del centro en determinados casos como cuando hay más de una enfermera a cubrir varios puestos de trabajo en el centro. En este caso, la Dirección de Enfermería puede valorar su experiencia para una u otra unidad. Otras veces, el personal de enfermería es derivado al centro hospitalario a cubrir una baja laboral de una enfermera, vacante, etc, por recursos humanos territoriales de la Agencia Valenciana de Salud, en orden a que es la siguiente enfermera en la lista por puntuación (méritos como la experiencia laboral, o el certificado oficial de conocer la lengua valenciana, para la Comunidad Valenciana, no así cursos formativos en enfermería).

Una lista común de enfermeras como "bolsa de trabajo" para cualquier unidad o centro sanitario, tanto hospital como centro de salud, con excepción de las especialidades reconocidas en el territorio español. Puntuación que no contempla la formación específica o experiencia laboral para el lugar de trabajo específico para el que se solicita la enfermera.

El destino a una determinada planta o unidad frecuentemente es temporal, propiciada por la inestabilidad laboral en ausencia de plaza en



propiedad. Quienes ostentan en posesión la plaza laboral de personal fijo dependen de factores como vacantes disponibles en el centro, tiempo de trabajo en el centro o en esa determinada unidad, factores cuantificables para optar a los traslados internos del centro. El potencial de riesgo para la salud del trabajador en una determinada unidad, previo informe de riesgos laborales, o estados personales y transitorios como el embarazo son factores que pueden influir para ser destinado a una u otra unidad previa solicitud de la interesada;

Delimitación práctica asistencial y cuidados de enfermería.

Las enfermeras tienen interiorizado que dentro de su función asistencial los cuidados representan el fundamento de la disciplina enfermera. Éstos constituyen el eje integrador que vertebra la práctica clínica en enfermería.

Sin embargo, a tenor por las manifestaciones narradas presentan cierta dificultad en delimitar y definir los cuidados de enfermería respecto a la práctica asistencial que desempeñan diariamente.

Hubo quien señaló que por cuidados podían entenderse muchas cosas “lo abarca todo, engloba todo lo que hacen las enfermeras en la práctica asistencial. Legalmente, prácticamente, casi todo lo que se hace es enfermería, casi todo (...)” (E₅).

Una percepción extendida entre las enfermeras es que gran parte de las acciones de la práctica clínica poseen un elevado componente técnico y estas técnicas constituyen los cuidados de enfermería. Considerando que toda acción que realiza las enfermeras en su ejercicio profesional es parte de enfermería y, en consecuencia, cuidados de enfermería. Una constante entre las enfermeras es la utilización del término cuidados de enfermería para referirse a actividades de la práctica asistencial, fusionando la técnica específica o procedimiento con el ente y significado de los cuidados de enfermería ¿tomar la parte por el todo?

No obstante, esta afirmación de “casi todo” deja abierto un camino a la exploración e indagación de los cuidados dentro de la práctica clínica.

En un primer momento podría pensarse que como ocurrió con los términos motivación / vocación fueron empleados indistintamente como

sinónimos producto de la cotidianeidad oral de la comunicación, sin otro matiz. De no haber manifestado cierta confusión conceptual respecto a los cuidados.

Las enfermeras realizaron diferentes clasificaciones de los cuidados de enfermería: en torno a si eran técnicos o no lo eran, si eran visibles o no, si estaban centrados en aspectos emocionales y psíquicos del paciente o no, si eran directos sobre el paciente o no, si eran cuidados generales o específicos, circunscritos a una determinada enfermedad o patología, si eran formales o informales (en función de quien los ejecutase). Con un denominador común focalizado en las actividades que realizan.

A pesar de ello, algunas enfermeras tienen la percepción que toda la práctica asistencial que realizan no puede considerarse cuidados de enfermería. Acciones de tipo burocrático y administrativo como el montaje de historias clínicas, traslados de pacientes y expedientes clínicos a otras unidades, tienen serias dudas respecto si deben considerarse cuidados de enfermería, es decir, acciones que siendo realizadas por las enfermeras no consideraron cuidados de enfermería. No existiendo unanimidad, por parte de las enfermeras, que acciones han de considerarse o no cuidados de enfermería.

Este estado de ambigüedad conceptual en torno a qué son y qué no son cuidados de enfermería está en sintonía y se hace eco de la indefinición de los cuidados de enfermería que referencia la literatura.

Se da la circunstancia como relata la E₄, refrendada en la literatura, que muchas actividades y técnicas que realizan las enfermeras fueron realizadas a finales del siglo XIX y mediados del siglo XX por médicos (aún hoy aunque cada vez menos frecuente se puede observar realizar a los médicos acciones en principio destinadas a enfermería como inyectables, curas de heridas, o extracción de sangre venosa periférica o arterial, colocación de sonda naso gástrica, entre las más frecuentes). Lo que dificulta la distinción de los cuidados de enfermería como sello de identidad de enfermería de una disciplina autónoma e independiente atendiendo a las actividades que realizan sus profesionales.

En la práctica asistencial de enfermería diferenciaron tres tipos de acciones: independientes, interdependientes y dependientes.



Por acciones independientes entendieron los cuidados de enfermería, pendiente todavía por esclarecer y establecer sus limitaciones, incluyen actividades/acciones como el relevo de enfermería. Por acciones interdependientes aquellas que requieren un abordaje interdisciplinar como curas de determinadas heridas, la preparación y administración de fármacos. Y acciones dependientes de otras disciplinas, donde la enfermera actúa como mero ejecutor o interlocutor entre paciente y otros estamentos, generalmente médico, como por ejemplo la colaboración de un cambio de drenaje quirúrgico, o en la técnica de un procedimiento médico como la realización de una prueba diagnóstica-terapéutica.

Tales consideraciones difieren entre las diferentes enfermeras, por tanto no existe uniformidad en cuanto a criterios que conformen la identidad de los cuidados de enfermería o lo que representan. Cabría, en consecuencia, homogenizar el concepto y significado de los cuidados de enfermería. Para ello es preciso conocer los atributos que le son propios y específicos a los cuidados de enfermería.

El cuidar como acto invisible.

Referido a los atributos personales de las enfermeras manifestaron la proximidad del estamento profesional de enfermería con el paciente que posibilita una interrelación entre ambos, un hecho diferenciador de otros estamentos como el médico. Y como la conducta empática permitía identificar necesidades no cubiertas en el paciente descritas como necesidades no visibles, diferenciándolas de aquellas tangibles y fácilmente visibles y resueltas mediante una técnica instrumental concreta.

De este modo hubo quien señaló que para que se dieran los cuidados de enfermería debía existir interrelación paciente-enfermera como constatan algunas citas de las enfermeras. "Contacto con la gente" [referido al paciente]. En cuanto a los cuidados de enfermería "el componente natural es el trato humano con el paciente" (E₄). Para la E₅ "la auténtica enfermera es aquella que realiza esta parte invisible de la enfermería que supera la mera ejecución de actividades y técnicas propias de enfermería" (E₃).

La enfermera se considera, a sí mismo, el punto de referencia para el paciente. Actuando como intermediaria entre paciente y otros profesionales como consecuencia de "estar más cerca del paciente", estar más tiempo con éste. Es la enfermera quien canaliza los problemas, inquietudes y necesidades del paciente al resto del equipo multidisciplinar que interviene durante su proceso de hospitalización.

Pero, ¿son éstos cuidados de enfermería?. En la práctica asistencial cotidiana de cada enfermera está praxis, siendo valorada positivamente no es reconocida. En el sentido de que al no poderse cuantificar como otras tareas no existe, no se registra como carga asistencial, no se contempla el tiempo empleado. No hay constancia de esta parte de trabajo no visible sobre el paciente. Perciben que no es una praxis exigible en la función asistencial para estar reconocida como una enfermera que brinda cuidados de calidad. Por tanto, una enfermera puede limitarse a la realización de tareas, actividades y técnicas, visibles, sin detrimento o enjuiciamiento sobre su profesionalidad como enfermera, sin ser señalada por mala praxis enfermera. Esta praxis enfermera que atiende aquellas necesidades invisibles fue relacionada con la conducta empática y con la percepción de lo que representa para cada enfermera la enfermería.

La parte invisible de los cuidados representa un atributo de éste, una propiedad de los cuidados de enfermería que puede variar en función de la percepción de cada enfermera sobre la disciplina. Pero no identifica, aglutina o define por sí misma los cuidados de enfermería.

Por tanto y en consecuencia, el "contacto", la interrelación entre la enfermera-paciente considero que no sería un criterio suficiente, ni definitorio de los cuidados de enfermería, al menos por sí solo. Puede darse interrelación entre la enfermera y el paciente en una conversación trivial. Estar presente un contacto directo con el paciente cuando la enfermera le traslada un consentimiento para la realización de una prueba o de una intervención quirúrgica, acción que las enfermeras no lo consideraron un cuidado de enfermería. Puede haber acciones dirigidas y orientadas al paciente, por parte de las enfermeras, sin establecer un contacto directo o exista interrelación con el paciente como sería la realización



del relevo de enfermería, considerado cuidado de enfermería, o la preparación de la medicación al paciente que para unas sí y para otras no es considerado cuidados de enfermería;

El cuidar como acto formal e informal.

“Cuidar no es, por tanto, la mera ejecución de tareas o la realización de procedimientos prescritos por el médico” (De la Cuesta, 2004). Los límites entre los cuidados formales e informales son difusos, la literatura sugiere que les separa la naturaleza de la relación con el paciente. En enfermería existe un distanciamiento en busca de la profesionalidad, mientras que el informal existe una cercanía por parentesco o relaciones afectivas. Ambos cuidados se definen como un proceso en interacción (De la Cuesta, 2004).

Las enfermeras diferencian los cuidados profesionales, llevados a cabo por enfermeras profesionales, de los no profesionales, legos. Personas sin estudios de enfermería ni cualificación sanitaria, habitualmente, familiares o personas cercanas al paciente conocidos como cuidadores informales (De la Cuesta, 2004), con independencia de si obtienen retribuciones económicas por ello. Una distinción que realizan las enfermeras en función no de la actividad, estrictamente, sino de quien la ejecuta.

Designaron como cuidados informales aquellos cuidados básicos en virtud de la sencillez de la acción. Que ésta pudiese realizarse en un contexto doméstico, tales como la higiene o alimentación del paciente. También, aquellas actividades con presencia de tecnología más sofisticada como la realización de glucemia capilar, si bien en un contexto hospitalario son asumidos total o parcialmente por enfermería.

La realización de estas actividades o procedimientos por parte profesional o personal lego a juicio de las enfermeras estriba en si precisa de una formación específica, como enfermería, o si es suficiente con un adiestramiento o entrenamiento para su ejecución. Así como en la interpretación y valoración de tal ejecución como en el caso de la toma de glucemia capilar. Esta reflexión de las enfermeras puede entrañar cierta contradicción, ser discutible y precisar de una aclaración previa entre la diferencia en el tipo aprendizaje. Cabe la posibilidad que en ambos ca-

sos estemos ante un adiestramiento instrumental con unas indicaciones preestablecidas acerca de los valores obtenidos.

“Nosotros [referido a las enfermeras] toda acción que realizamos está basado en un componente teórico, existe una base teórica-práctica, sabemos por qué realizamos una acción y por qué no. Y esto difiere del cuidado informal(..)” E₄. Siguiendo tal argumentación considera los cuidados de enfermería más próximos a la práctica médica que a los cuidados informales, en base a la fuente de conocimiento científico o sentido común, respectivamente.

Un procedimiento puede ser considerado un cuidado informal cuando lo ejecuta personal lego o pasar a ser un cuidado formal de enfermería cuando lo ejecuta la enfermera. Sin embargo, no realizan una distinción concreta sobre qué actividades o procedimientos competen a cada uno.

Un cuidado informal pasa a ser cuidado formal de enfermería cuando se trata de cubrir una necesidad que el paciente por sí mismo o su cuidador informal no puede asumir por sus limitaciones de la enfermedad o por desconocimiento. Entendido como la carencia de una formación específica para ello. Así entienden que los cuidados de enfermería precisan de una formación específica, compleja, si bien también incluye cuidados más básicos.

Dentro de los cuidados formales profesionales distinguen aquellos generales o básicos comunes a todos los pacientes, cuidados rutinarios y habituales como la higiene, alimentación, procedimientos como toma de constantes, cura de heridas, administración de medicamentos, extracción de sangre, valores de glucosa capilar, entre otros, con independencia de su patología o estado de salud, junto a unos cuidados específicos, formales también, asociados a una determinada patología, especialidad o estado de salud-enfermedad del paciente.

Retomando la consideración del aprendizaje cabe reflexionar si el criterio formativo referido al adiestramiento en la ejecución de una determinada técnica con independencia de su complejidad es suficiente para otorgar a una determinada acción procedimiento o técnica el estatus de cuidado de enfermería. Conviene discernir tres conceptos que a menudo



tienen un uso indistinto pero cuyos matices proporcionan significados diferentes.

- Instrucción: constituye un aprendizaje carente de justificación racional o que requiere un escaso desarrollo conceptual.
- Adiestramiento o entrenamiento: constituyen casos especiales de instrucción, lo que se debe aprender es una tarea concreta.
- Aprendizaje: tiene por finalidad aprender a pensar resolviendo dificultades. Traspasa el adiestramiento de una actividad o técnica.

De este modo los cuidados legos son adiestrados en la realización de determinadas técnicas, como la realización de glucemia capilar, inclusive, a discernir el significado de los valores y la posterior pauta de actuación. Sin embargo, carecen de una formación científica necesaria para establecer un pensamiento reflexivo así como el criterio y juicio clínico aportados por el conocimiento teórico fundamentado en la investigación y las bases científicas.

Para Alfaro–LeFreve (2009) “El pensamiento Crítico es sistemático, dinámico, en cuanto se adapta al contexto de cada situación. Es controlado con un objetivo para obtener los resultados requeridos, es un proceso, mientras que el juicio crítico es el resultado del proceso. Ambos están dirigidos por estándares profesionales, códigos éticos y leyes. Se basan en principios del Proceso Enfermero, la solución de problemas y el método científico”.

El cuidar como acto innato y/o aprendido.

El Cuidar, de forma general, es considerado una predisposición, un sentimiento a ayudar a los demás que por sí solos no pueden satisfacer sus necesidades. En los animales salvajes es habitual que la madre abastezca de alimentos a sus cachorros o los proteja de los diferentes peligros, también, se da un componente de aprendizaje basado en la imitación y la observación, en definitiva de la experiencia de otros animales. El ser humano como ser animal comparte estas características de los animales salvajes.

El componente innato de los cuidados es relacionado con los cuidados legos o informales, con aquellos procedimientos menos complejos.

Sin embargo, continua la dificultad en delimitar o separar que procedimientos y actividades corresponde a los cuidados legos y profesionales. Máxime cuando éstos son aprendidos y ambas formas de cuidados pueden combinarse dependiendo de qué circunstancias, personales, situacionales etc.

En el cuidado está presente un componente innato. Un instinto de supervivencia y sentido común propio de un saber pseudocientífico, no es un conocimiento crítico, aunque pueda derivarse de la experiencia, no es un conocimiento científico al no ser objeto de crítica consciente y reflexiva (Hernández Conesa et, 2003).

El ser humano es complejo, la diversidad cultural social propone y demanda necesidades sofisticadas que requieren respuestas elaboradas para su satisfacción. En consecuencia, precisan de cuidados complejos que abarquen las distintas dimensiones del ser humano como las peculiaridades de cada individuo fruto de su convivencia cultural en una determinada sociedad. El componente innato no es suficiente para prestar unos cuidados profesionales, unos cuidados de enfermería, es preciso conjugarlo lo con el aprendizaje.

Cada vez adquiere mayor relevancia el aprendizaje en pro de conocer las distintas conductas y formas de comportamiento del ser humano.

El componente innato de ayuda a los demás lo relacionan con la empatía, en cuanto a interesarse por identificar y satisfacer las necesidades del otro que, a su vez, vinculan con la motivación vocacional (entendida en los parámetros descritos en la vocación en enfermería). Esta conducta empática se encuentra desarrollada de distinta manera y grado en cada enfermera .Por otra parte, habilidades sociales y técnicas de comunicación importantes para las enfermeras en la interrelación enfermera-paciente a la hora de brindar cuidados de enfermería de calidad resultan eficaces en cuanto a satisfacer las necesidades del paciente y son aprendidas. Por consiguiente, el aprendizaje adquiere una mayor relevancia respecto a la parte innata de los cuidados, pudiendo suplir al componente innato como referencian las enfermeras. El aprendizaje en los cuidados y en la práctica asistencial en su conjunto proporciona homogeneidad y reduce la variabilidad clínica.



Tecnología en los cuidados.

Distinguen dos tipos de tecnología, aquella tecnología utilizada directamente en la práctica asistencial con fines exclusivos y específicos sanitarios como aparatajes de diagnósticos o terapéuticos, de aquella tecnología que estando al servicio sanitario y de enfermería no tiene vinculación directa con tales fines caso de informática. Aporta organización y celeridad, en definitiva, son coadyuvantes de una mayor eficiencia enfermera en los cuidados de enfermería.

Referido al primer tipo de tecnología señalan que las personas que hacen uso de ella, en este caso la enfermera, han de poseer unos conocimientos específicos de su manejo [de nuevo estamos ante un aprendizaje o un adiestramiento instrumental?]. Precisan, por tanto, de un personal cualificado que a priori supondría un distanciamiento con los cuidados legos en base al uso de la tecnología sanitaria y no a su naturaleza. A mayor complejidad tecnológica mayor cualificación, unido que este tipo de aparataje está ubicado en los centros hospitalarios por su estructura o costes económicos entre otros parece distanciarlos más. Pero este distanciamiento es sólo aparente en cuanto la tecnología menos sofisticada se está popularizando dentro de la sociedad y es utilizada por personal no profesional como en la toma de glucemia capilar.

Por consiguiente, los cuidados basados en la tecnología y quienes la utilizan en base a su formación instrumental no es suficiente para definir o delimitar los cuidados de enfermería.

La tecnología es considerada una herramienta al servicio de los cuidados legos o profesionales. En cuanto a los cuidados de enfermería estos no están anulados que sí tapados por la tecnología. Necesarios complementan a los cuidados para alcanzar una mayor cuota de calidad en el bienestar del paciente.

La tecnología no supone una amenaza para las enfermeras como sustitutivo de los cuidados de enfermería. Sin embargo, como apuntaba el coste a tributar en contraprestación son unos cuidados tapados o a la sombra de la tecnología. Unos cuidados centrados y focalizados en torno a la parte técnica y el uso del aparataje obviando, en ocasiones,

la propia naturaleza de los cuidados. Abandonando, como relataron las enfermeras, la interrelación enfermera-paciente y de este modo convirtiendo los cuidados de enfermería en tareas robotizadas. Pero, ¿realmente es responsabilidad de la tecnología o depende del uso y estatus que le conceden las enfermeras?

La tecnología es valorada como un bien aporta tiempo y celeridad. Bien utilizada repercute con mayor disponibilidad de tiempo a dedicar al propio paciente, proporciona eficacia y eficiencia en los cuidados. A modo de ejemplo citaron la cura con V.A.C. (Vacuum Assisted Closure), cicatrización asistida por vacío. La terapia VAC es un sistema de cicatrización no invasivo y activo que utiliza una presión negativa localizada y controlada para estimular la curación de heridas agudas y crónicas) ayuda a cicatrizar una herida en un tiempo muy reducido respecto a curas convencionales de uso hospitalario que precisa de un adiestramiento específico para su manejo.

También señalan que un mal uso de la tecnología entraña más costes y una mayor dependencia y subordinación a ésta.

La tecnología no es utilizada como pretexto o justificación profesional, por parte de las enfermeras, para situarse en lo alto de una élite de cuidados o crear un distanciamiento respecto a los cuidadores informales. Por el contrario, buscaron una relación próxima con éstos. En muchas ocasiones el personal de enfermería adiestra a familiares u otros cuidadores informales a continuar en el domicilio del paciente con unos cuidados o a seguir instrucciones acerca de un determinado procedimiento como en el caso de una cura, adiestramiento de una patología como la diabetes mellitus.

Los cuidados de enfermería.

Los cuidados deben estar personalizados en función de la persona tratada, cada persona requiere de unos cuidados por satisfacer sus necesidades. Los cuidados como actividad o requerimientos que precisa un individuo varían. Sin embargo, el concepto de cuidados de enfermería no varía con el paciente, sí pueden variar los procedimientos, técnicas y acciones que requiere éste.



Para la E₆ "no se puede generalizar los cuidados se centran en cada persona". En cuanto a la técnica en sí no varía de una persona a otra. Por ejemplo: la técnica de extracción de sangre venosa periférica. Sin embargo, la acción sí es distinta para personas con distintas patologías no la técnica de extracción, pero sí los cuidados, las atenciones sobre esa persona a la que se extrae sangre. Puede estar nerviosa o preocupada pudiendo desfallecer, la propia anatomía de la vena produciéndose vasoconstricción en estas circunstancias, dificultando así la realización de la técnica y el confort del paciente".

Los cuidados de enfermería adaptan la situación concreta de salud-enfermedad a cada persona y sus circunstancias, personalizan esa acción. Las técnicas tangibles como la extracción sanguínea, señalada, o intangibles como las técnicas de comunicación son específicas para obtener un determinado resultado. Constituyen un vehículo al servicio de la consecución de los cuidados. Y de este modo alcanzar la cuota óptima de bienestar y confort que el paciente en su entorno no es capaz de alcanzar por sí mismo.

Los cuidados requieren, por parte de la enfermera, de un proceso conceptual y organizado, un plan, una estrategia fundamentada en un tipo de conocimiento específico avalado por la disciplina científica de enfermería. Y que persigue un fin mayor: la resolución de una necesidad o problema de salud real o potencial en el paciente, en sus diferentes dimensiones, biológica, psicológica, social y espiritual.

Se desprende, entonces, que las técnicas de enfermería no pueden discurrir al margen de los cuidados de enfermería. Si bien, los cuidados de enfermería se hacen tangibles y dejan de ser un concepto abstracto a través de las técnicas y procedimientos que llevan a cabo las enfermeras en su labor asistencial, pero siendo dos entes diferenciados como la cara y la cruz de una moneda.

El análisis holista de una situación clínica dada, por parte de la enfermera, determina la posterior ejecución de una acción específica. Producto de su reflexión profesional expresada o manifestada, habitualmente, en la realización de una determinada técnica o procedimiento que engloba a los cuidados de enfermería.

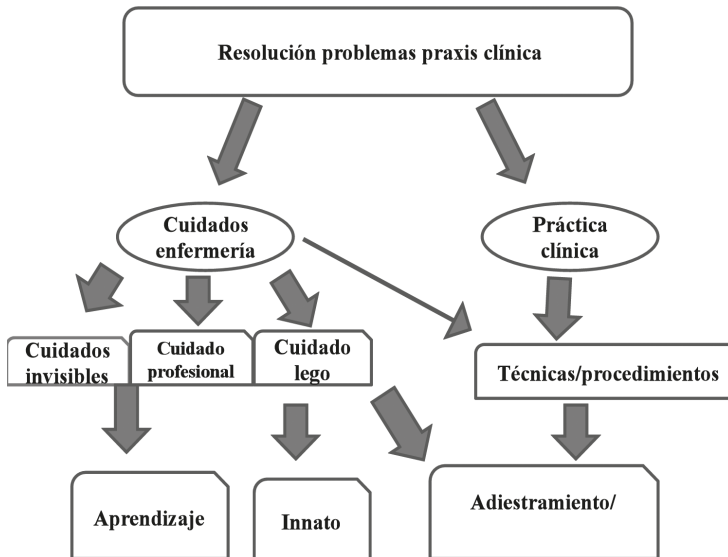
Empero, tales técnicas o procedimientos cuando traspasan el mero acto en sí y se impregnan de los atributos definitorios de los cuidados de enfermería constituyen propiamente los cuidados de enfermería. Por el contrario, si se encuentran desprovistos de esos atributos son tareas mecánicas que no precisan de personal de enfermería, pudiendo ser adiestradas o entrenadas para su ejecución otro personal distinto al de enfermería. Básicamente representan la parte de un oficio o a los cuidados informales. De este modo se explica cómo han surgido nuevas profesiones como los Técnicos de Rayos, cuya labor es desempeñar unas actividades que venían realizando las enfermeras y para las que ahora están deslegitimadas.

Los cuidados de enfermería se encontrarían alineados con el concepto y actitud del pensamiento y juicio crítico descritos por Alfaro-LeFreve. Con el fin de dar una respuesta satisfactoria a una necesidad o problema de un paciente, más que con una técnica o procedimiento concreto. Sin embargo, cabe trasladar el concepto y significado de los cuidados de enfermería sobre tales técnicas o procedimientos tangibles o menos visibles. Por ello y como paso previo concretar los atributos de los cuidados de enfermería sobre los que aplicar el concepto del pensamiento y juicio crítico de Alfaro-LeFreve.

Para conocer y definir los atributos de los cuidados enfermeros, aquello que le confiere especificidad e identidad a las acciones que llevan a cabo las enfermeras para constituir se en cuidados de enfermería. Diferenciándose de otras acciones que siendo legítimas de enfermería no constituyen cuidados de enfermería es preciso proseguir con las subcategorías del estudio: formación de las enfermeras y percepción de la disciplina/profesión de enfermería.



Organigrama II.



Organigrama de la categoría: Resolución problemas en la praxis clínica.

CITAS DE LAS ENFERMERAS PARTICIPANTES. RELATIVAS A LA CATEGORÍA RESOLUCIÓN PROBLEMAS EN LA PRAXIS CLÍNICA.

Relativas a delimitar práctica asistencial y cuidados de enfermería.

- “Dentro de la función asistencial mi trabajo lo defino como cuidar (...) Pienso que toda la práctica no son cuidados. Al menos no son todo técnicos...el A.T.S. anterior eran técnicos. Principalmente, la enfermería la baso sobretodo en cuidados es cierto que todo no es cuidar. Principalmente las personas vienen aquí... determinadas prácticas tienes que explicar una dieta, o cuando son diabéticos explicas la insulina, explicas dietas, eso no es cuidar. Bueno son otro tipo de actividades pero no es cuidar, está relacionado con los cuidados no es un cuidados directo pero es una forma de enseñar (...) dentro de la función asistencial mi trabajo lo defino como cuidar”. (P₂/E₁)
- “Porqué la enfermera en sí, aparte de lo que son las técnicas de enfermería, lo que son sondajes, coger vías lavados al paciente y todo esto, hacemos de enfermeras, de psicólogos. Cuando el

paciente en un determinado momento no habla con el médico o no se abre a los demás ¿quién realmente estamos con ellos?, son aparte de la auxiliar que está mucho más tiempo con ellos, somos nosotros. Aparte de enfermeras somos psicólogos, somos amigos, somos trabajadores sociales, pienso que somos un cúmulo de muchas cosas en una (...) Pero en fin una enfermera no solamente cura, hace muchas más cosas que están ya implícitas en nosotros mismos. No nos obligan a hacerlo de esa manera pero la verdadera enfermera es capaz de perder un minuto al lado del paciente y preguntarle ¿por qué está llorando?, ¿qué le pasa?. Los que van a hacer su trabajo le ponen la medicación y salen de la habitación y ya está (...)" (P_{1,2}/E₃)

- " (...) Lo más lógico lo más básico es que nosotros nos formáramos o dijéramos: por mi propio interés quiero saber un poco más de úlceras por presión, quiero saber que utilizaría aquí. Problema que estos cuidados no están estandarizados a no ser que el propio cirujano nos diga cura lo así, así y así (...)" (P_{2,3}/E₃)
- " (...) En un caso particular de la planta de cirugía el hecho de que firmen los consentimientos de las intervenciones quirúrgicas se dan casos que automáticamente el cirujano te dice pasase lo que lo firme, esto es tarea del cirujano, explicar la intervención quirúrgica el propio cirujano. Pero para el cirujano esto lo hace la enfermera y que me lo firme (...) lo que no le gusta hacer porque no le gusta hablar con el paciente y claro, ¿quién lo tiene que hacer? la propia enfermera. Entonces, eso por ejemplo no son cuidados de enfermería. Mi trabajo es asegurarme que las pruebas están hechas y que todo está completo para la intervención quirúrgica. Pero que yo tenga que ir a firmarles consentimientos o que le explique esa información, no. (P₃/E₃)
- "Yo recibo una pauta médica y me dicen que a este paciente hay que aplicarle cierto antibiótico cada "x" horas. Yo preparo la medicación, porque yo tengo que administrar esa medicación para una evolución favorable de la salud de ese paciente y es mi responsabilidad cumplir esa aplicación de esa medicación. Yo lo



formaría parte de una aplicación de cuidado ¿por qué?, Porque cuidados no es que sea dar cariño o estirar las sábanas para que se encuentre mejor la persona, incluye la administración de medicación que se ajuste a ese paciente en el tiempo determinado y de la manera adecuada. Sé que cumpliendo esas determinadas pautas que ha determinado el médico, sé que va a repercutir en el paciente con una evolución favorable. Entonces si consideraría que sería un cuidado del paciente". (P₅/E₃)

- "La práctica asistencial sí son cuidados de enfermería, yo diría que sí. Toda acción enfermera son cuidados de enfermería. Ya sea para promocionar la salud, para mantenerla o restablecerla. Yo pienso que los cuidados de enfermería son todas las actividades, lo que entendemos por enfermería asistencial. Quizás un trabajo muy técnico, sobre todo implica muchísimas técnicas. Yo creo que cualquier técnica, cualquier procedimiento, cualquier acción enfermera es un cuidado de enfermería. Para mí los cuidados de enfermería son acciones que llevamos a cabo con la finalidad de mantener, restablecer o promocionar la salud, que al fin y al cabo es el objetivo final". (P₁/E₄)
- "¡Qué pregunta más jodida! Digamos que legalmente prácticamente casi todo lo que se hace es enfermería, casi todo. Lo único que pasa como te comentaba, anteriormente, hay determinadas actividades o que ya no nos apetece hacer, o ya no hay tiempo para hacerlas, o hay otras cosas que atender que también van surgiendo. Que tampoco son de enfermería pero estás obligado a hacer vas delegando en otras personas. Básicamente, todo es enfermería (...)" (P₁/E₅)
- "Yo creo que son cuidados también [referidos a burocracia, montaje de historias, relevo de enfermería, traslados de pacientes entre unidades, consentimientos de pruebas]] lo que pasa es que cuesta mucho que nos demos cuenta de la importancia que tiene eso y que eso también son cuidados. Porqué estas cuidando la parte física de un paciente, estás cuidando la parte mental hay una parte muy importante que son sus derechos como persona, como paciente y también es tu responsabilidad cuidarlos (...)" (P_{3.2}/E₈)

- “Yo entiendo que un cuidado no es una cosa propia y exclusiva de enfermería. No sólo nosotros cuidamos o es que el trabajador social no cuida en su parcela, quiero decir somos un equipo nosotros no tenemos la autonomía de los cuidados no son sólo nuestros. No somos nosotros más cuidadores que los trabajadores sociales o el médico, o al fisioterapeuta que viene. Es decir, cada uno tiene su parcela limitada y cada uno cuida dentro de su... claro lo que pasa es que la palabra cuidado yo pienso que incita a confusión por qué parece que cuidado solo es la parte humana de contacto con el paciente de la empatía de ver que necesidades tiene que necesita y yo pienso que es mucho más que eso. Es más... dimensiones, la dimensión del cuidado no es sólo piel con piel con el paciente es mucho más que eso.” (P_{3.3}/E₈)
- “(...) el médico tiene poco contacto con el paciente, prescribe. Es otro tipo de cuidados pero no tiene contacto con el paciente (...)” (P_{1.1}/E₈)
- “Cuidados de enfermería en sentido amplio es todo aquello que haces en tu práctica asistencial para ayudar al paciente, ya sean actividades derivadas médicas, poner medicación o cualquier otra cosa. Resolver problemas que no están prescritos por el médico o incluso problemas emocionales o espirituales (...) En la práctica clínica una cosa es la puramente técnica, poner medicación que lo que pueden ser espirituales o consejos” (P₁/E₉)

Relativas al cuidar como acto invisible.

- “A mí me parece que los enfermeros somos las que estamos siempre con el paciente allí en cada momento, los vemos levantarse, desayunar, comer, estamos en todos los momentos de su vida, 24 horas con ellos. Entonces somos realmente los que conocemos al paciente, somos....los médicos te dan un diagnóstico. Somos los que estamos a cada momento, su vivencia diaria a cada momento eso lo hace enfermería. Todos los días a todas las horas...y cuentan contigo mucho más que con el médico, muchísimo, no es por comparar. Es porque cuentan contigo”. (P₂/E₁)



- “ (...) Quiero decir es un contacto...Para mí los cuidados lo son todo. Todo, es hasta el hablar con la persona, el cómo decir le ¿qué le pasa?, ¿que se nota? cuando te llaman, eso es cuidar. ¿Cómo puedo ayudarle?, ya no son sólo técnicos. Es que enfermería hace muchos técnicas cuentas. Ese cuidado, ese sentimiento... es que el cuidado lo es todo y eso sólo lo hace enfermería”. (P₃/E₁).
- “Como yo lo veo ahora mismo y creo que hubo un momento en enfermería, lo hubo que no lo está, en que tanto la docencia, la exclusividad de determinadas técnicas, prácticas invasivas al enfermo que sí se hubiese catalogado o la tendencia a que sí se podía catalogar puramente de enfermería. Sigo pensando que la enfermería es un accesorio de la carrera de medicina. De trabajos incluso legalmente hoy en día no hacemos más que trabajos y actividades que ellos pueden desempeñar perfectamente sin que nadie les diga nada [referidos a los médicos]. A nosotros queda casi exclusivamente o va a quedar exclusivamente la atención humana, es decir, la cosa del espíritu, del buen rollo, de la cosa psicológica que se encuentre bien, como solucionar el papeleo,...el resto de técnicas seguiremos haciendo pero no va a ser o no se va a conseguir como exclusivas.” (P₂/E₄)
- “Tendríamos que llevar cuidado es, en no perder aquello que no es técnico por qué cualquier técnico podría sondar, realmente, para la técnica cualquiera puede hacerlo igual que... delegar no mejora la salud lo que hacemos es correr más, adaptamos sueldos, costes, aunque a veces hay pérdida económicas en otros sitios, campos y lo que a lo mejor hace falta más personal, más tiempo con el paciente. Si vamos a sondar entra haces la técnica todo perfecto y puede que ha entrado a la habitación y ni siquiera a saludado lo he visto. No hay que perder esa humanidad que puede tener la enfermería y ese campo que nos encargamos nosotros, que es el paciente con su confort al máximo posible, la recuperación es mayor. Si perdemos la humanidad cualquier técnico podría suplirte”. (P_{3,7}/E₇)

Relativas al cuidar como acto formal e informal.

- “Creo que no, en el día a día realizamos también cuidados básicos no solo de enfermería. Cuidados que también podríamos realizar en nuestra propia casa sin necesidad de ser enfermeras tituladas”. (P₁/E₂)

- “Un cuidado de enfermería podría ser la realización de una glucemia capilar en un paciente diabético, nosotros sabríamos determinar si el nivel de glucosa es adecuado o no y si precisa alguna actividad como la administración de insulina. Es obvio que cualquiera persona también podría realizarse a sí mismo una glucemia pero es posible que no sepan cómo interpretar los datos por eso es un cuidado de enfermería.

También enfermería realiza unos cuidados básicos como la higiene de los pacientes. Creo que la diferencia entre un cuidado básico que podría realizar cualquier persona, y un cuidado de enfermería es que en los de enfermería son necesarios unos conocimientos básicos para poder realizarlos. Gran parte de las actividades que realiza enfermería son cuidados, pero también hay otras que son más de tipo administrativo: montar historias, gestionar un traslado de un paciente...

Para mí un cuidado de enfermería es aquel que trata de cubrir una necesidad que el paciente por sí mismo no puede cubrir y para ello es necesario un proceso de formación con el fin de realizar correctamente ese cuidado. Los cuidados básicos no precisarían de formación.

En enfermería se dan ambos tipos de cuidados unos más generales ó básicos, como la realización de la higiene o dar una alimentación adecuada, y también se derivan otras actividades más específicas, cuidados de enfermería, por ejemplo: cuidados específicos para un paciente con Epec o cualquier otra patología” (P₂/E₂).

- “Cuidado como cuidado de enfermería lo tiene que hacer un enfermero con unos conocimientos que sepa lo que hace. Si no sería una mujer que está con un encamado y lo cuida ella. Son cuidados, pero no enfermeros. Muchas veces lo hacen sin conocimiento. Tú si sabes estás más preparado [referido a la enfermera]” (P_{1.3}/E₉)

Relativas al cuidar como acto innato y/o aprendido.

- “Cuidar para mí es algo innato todos hemos cuidado de un her-



mano, abuelo o hijo alguna vez y nadie nos ha enseñado como hacerlo. O como cuando una madre cuida de su bebé es algo que nace de dentro nadie te ha enseñado, simplemente sabes hacerlo". (P₆/E₂)

- "Ambas cuidar es innato y aprendido. Me refiero para una madre o sea, si lo comparas con los animales, cuando una madre tiene una camada para ella es innato. El hecho de que tiene que cuidar a sus pequeños y que tiene que defenderlos a capa y espada, eso nadie se lo ha enseñado. Los animales salvajes lo hacen porque es innato de ellos. En los humanos por estar más evolucionados la cosa es más complicada, pero es lo mismo hay cosas innatas y otras son aprendidas.

En el cuidado del paciente hay determinadas personas que les es innato y le nace de hacerlo de una determinada manera y otras personas que por desgana o por desinterés no les gustaba eso. Y se han visto abocadas por determinadas circunstancias a actuar de una determinada manera y como no saben hacerlo han aprendido a hacerlo (...)" (P₅/E₃)

- "Yo diría que sí en realidad es algo mixto. Generalmente y mayoritariamente son aprendidos. Pero también sabemos que hay unos cuidados innatos o por lo menos que hemos aprendido antes de meternos o formarnos como enfermeros como tal. Todos sabemos que una herida que sangra hay que cubrirla, no hace falta que seamos enfermeros para esto, o cuando alguien le duele hay que estar cerca y motivarle". (P₃/E₄)
- "(...)Nosotros toda la acción que realizamos está basada en un componente teórico, existe una base teórica-práctica sabemos porque realizamos una acción y porque no. Y esto difiere del cuidado informal. Respecto a otras actividades lo que realmente hace que un cuidado sea enfermero para mí, desde mi punto de vista, es difícil porque antiguamente muchas técnicas que realizamos eran realizadas por médicos. Hoy en día se intenta separar al médico, al lado de la medicina, pero está muy relacionado todo. Un cuidado que sea exclusivamente enfermero no sabría

realmente matizar la diferencia. Pero si es cierto que hay algo quizás mayor cercanía al paciente, habilidades, que nos han enseñado que son propias de nuestra profesión y que a la hora de realizarlas sientes que son de enfermería. Pero no sabría definir la clave que separa esto de otras actividades sanitarias relacionadas. ". (P₂/E₄)

Relativas a la tecnología en los cuidados.

- "El avance en algunos aspectos sobre todo en "papeleo", hemos avanzado mucho en lo que se refiere a informática a la hora de conseguir los resultados de un laboratorio. Se consigue tiempo y rapidez y se consiguen nuevos cuidados y nuevas técnicas. Tú dices si esto no se hubiera inventado no se hubiera evolucionado a la hora de cuidado a un paciente, un ejemplo es el VACUM (...)" (P₆/E₃)
- "Sí, sí, han complementado a los cuidados de enfermería [referido a la tecnología]. Tanto como anular la naturaleza de los cuidados, tanto como anular, no los complementa. El componente básico del propio cuidado sigue ahí, lo básico sigue ahí. Ahora que seamos capaces de aplicar nuevas técnicas o acoplarnos, evolucionar para saber aplicar esas nuevas técnicas, eso no quita que lo básico el contacto con el paciente el estar con ese paciente y aplicar tus cuidados sean bien con tus manos, bien a través de nueva tecnología, eso no cambia, o sea, se está aplicando un cuidado a ese paciente. Nos está ayudando a que los cuidados sean de mayor calidad y que se evolucione de una determinada manera en pro de una completa recuperación del paciente" (P₇/E₃)
- "(...)Porque en el momento que el paciente salga de la unidad de hospitalización, se vaya a casa o bien tenga que seguirlo la unidad de hospitalización a domicilio o una determinada situación que precise estar encamado el paciente en su domicilio, la familia va a ser nuestros ayudantes, por así decirlo. Si hay una buena comunicación si hay un intento de formación por parte de ese personal sanitario a esos familiares conseguiremos que los cui-



dados que les estaba dando en el hospital sean proporcionados en la misma manera o en una calidad aceptable a ese paciente, aunque no se dispongan de los mismos medios (...)" . (P₈/E₃)

- "Yo diría que no ha anulado los cuidados. La enfermería sigue siendo una ...somos bastante modernos y bastantes actuales a cuando Nightingale se dedica a enfermería. Yo creo que la esencia se sigue manteniendo, nosotros disponemos de aparatos, por así decirlo, que nos facilitan la labor, pero ese componente natural, ese trato humano, de tú a tú, el trato con el paciente no ha desaparecido, y a mi juicio no desaparecerá jamás. Enfermería es una ciencia que se dedica al trato directo con la persona, no puede ser sustituido por tecnología. La enfermera tiene ciertas habilidades comunicativas, eso no puede ser jamás sustituido por una máquina o un ordenador. Ese componente natural no va a ser sustituido. La tecnología no está reñida con deshumanizar, en esencia eso es" . (P₅/E₄)
- "Sí ha reprogramado la enfermería y personalmente pienso que no para bien. Hay cosas de la tecnología que aportan beneficio, acortan tiempo, precisión pero...te voy a poner un ejemplo: es como el mecánico que se ha formado en el taller, en mi casa lo había, mi tío, cuando se empezaba se hacía por desmontar el "esqueletaje", la carrocería del coche, soldabas las piezas, aprendías a montar, a soldar a poner esto lo otro. Ahora necesariamente cuando entra el coche al taller con un ordenador te dice todo ...pues esto es un poco así. Yo técnicamente aprendí cosas que he utilizado muchas veces en la vida y otras que he abandonado porque ya no se hacen igual. Para mi entender se han perdido recursos no hay que renunciar a la tecnología, pero si hay cosas que sí se podían seguir haciendo. Incluso cosas que se hacen con la tecnología pero que se podían hacer enlazando conocimientos de antes que se han perdido. Creo que se han perdido muchos recursos de conocimientos, técnicas. Por supuesto, se ha ganado en tiempo, velocidad, en calidad, en lo que quieras, pero la técnica se ha perdido" . (P₅/E₅)

- “Eso de deshumanizar no sabría en qué punto meterlo. La verdad es que antes, y empiezo otra vez a contarte la historia desde el principio, he conocido internistas que iban con un fonendo y tocaban aquí, cuatro auscultaciones, dos golpes y te decían tiene un soplo. Ahora mismo para hacer el mismo diagnóstico necesitan un ecocardiograma, tres electros, una resonancia magnética... En ese aspecto todo es más preciso, pero mucho más dependiente de esa tecnología”. (P₆/E₃)

Relativas a los cuidados de enfermería.

- “¿Qué es un cuidado? no sé. Un cuidado [larga pausa para pensar] te voy a poner un ejemplo para diferenciar un cuidado de una técnica. Un mismo paciente hay que sacarle sangre para hacerle una analítica, yo realizo una técnica sacándole la sangre. Esa técnica la puede hacer cualquier persona, la técnica es una cosa aprendida y cualquier persona la puede realizar. ¿Qué es un cuidado? a esa misma persona, ver que necesidades tiene, hablar con él y a esas necesidades aplicarle ese cuidado específico para esa necesidad, en ese paciente concreto.” (P_{4.1}/E₆).
- “Todo es práctica asistencial y depende de cómo definamos un cuidado de enfermería. Todo debería ser cuidado de enfermería en principio ¿vale?. Pero yo creo que no lo son, es decir, eh.. si yo voy a tomar una tensión lo que realizo es una técnica de enfermería, realmente eso no es un cuidado. Yo creo que el cuidado en ese caso es, a ver cómo te lo explico, el cuidado a ese paciente es más el que yo valore que tú necesitas. Tu eres hipertenso necesitas que yo te tome la tensión, necesitas que te vigile la dieta por esa tensión, es decir, el cuidado es mucho más global. Es todo lo que yo voy hacer, por qué me voy a preocupar por un problema de salud que tú tienes. En este caso la hipertensión y, para ello, para analizar ese cuidado tengo que hacer diferentes técnicas tomar la tensión , tengo que controlar y pedir una dieta sin sal, tengo que no sé otras medidas, actividades que te paute para cuidarte ¿vale?. Para cuidar esa necesidad que te falta creo que



el cuidado es mucho más amplio. La técnica es más específico y que pueden haber diferentes técnicas dentro de ... para un mismo cuidado. Creo que lo definiría así". (P₃/E₈)

- "La enfermera puede asumir tareas delegadas de cualquier otro profesional. Enfermería en el momento que se responsabiliza de esa tarea y las asume está aplicando un cuidado. O sea, yo tengo que asumir la retirada de un catéter epidural y eso es ya responsabilidad mía. Y yo... eso ya requiere el cuidado de ese paciente desde que yo desarrollo la técnica, desde que llevo el carro, quitarle el catéter y ponerle un apósito oclusivo, yo ya estoy desarrollando mi cuidado. Tengo que hacerlo de una manera en mi mente ya está voy a retirarlo así, de manera aséptica, vigilarle la tensión cada cierto tiempo, voy a vigilarle que no le duela la cabeza. Todo eso que hacemos de manera sin escribir lo en ningún sitio, de manera inconsciente, que trabaja en tu cabeza, ¿eso son cuidados? Que tú has organizado, no aplicamos lo del plan de cuidados de forma escrita en protocolos. Pero lo hacemos sin querer es tu forma de trabajar, todo eso lo haces es un proceso mental y lo aplicas. Y lo que tú aplicas son las técnicas pero el cuidado está en tu cabeza y está englobando lo todo eso." (P_{3,1}/E₈)

5.3. FORMACIÓN DE LAS ENFERMERAS.

Consideraciones referentes a la formación de enfermería.

La formación en enfermería como disciplina universitaria tiene su inicio con los estudios oficiales universitarios de enfermería. Con la reforma de Bolonia pasa de tres años, Diplomado en enfermería, a cuatro años, estudios de Grado en enfermería. Cada año académico se acompaña de prácticas clínicas en centros sanitarios, a excepción del primer curso de enfermería que carece de prácticas en centros sanitarios para los estudios de grado (este cambio en la formación de enfermería se inició en el curso académico 2010/11)

"Se estudia teóricamente primero y luego se realizan las prácticas clínicas, creo que es la mejor manera de aprender a realizar los cuidados fundamentales. La práctica es imprescindible". (P₃/E₂)

Una vez tituladas como enfermeras y en el ejercicio profesional disponen de una red variada en cuanto a cursos y talleres formativos, organizados por las distintas entidades profesionales y afines de enfermería. Orientadas a una formación continua de actualización de conocimientos y reciclaje focalizados, especialmente, en técnicas y procedimientos. Si bien, es posible un amplio abanico de formación desde aspectos referidos a técnicas de comunicación y habilidades sociales con el paciente, gestión, idiomas, informática o formación en investigación. Es una formación predominantemente teórica con capacitación para la aplicabilidad práctica.

La formación post-titulación puede, también, llevarse a cabo a título personal. Motivada y dirigida desde sus propios medios personales con revistas científicas de enfermería y afines, literatura científica en las diferentes vertientes y aspectos sobre los que versa enfermería.

En consecuencia la formación de las enfermeras es heterogénea, no siempre adscrita a medios oficiales y de forma reglada. En cualquiera de los casos el itinerario formativo es una decisión de cada enfermera, de forma voluntaria. En la cual la enfermera decide si quiere formarse-reciclarse, sobre qué temática, en qué medio, cuándo, dónde y cómo desea hacerlo.

Formación reglada.

Los hospitales públicos de la Agencia Valenciana de Salud ofertan a sus empleados cursos formativos oficiales por la Consejería de Sanidad. A través de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) o por la propia institución, a través de sus departamentos de docencia y formación.

La formación por parte de la EVES se estructura en cuatro ramas. Formación continua, continuada, cursos de la EVES on-line o presencia física en Valencia, plan de actuación junto al Colegio Oficial de Enfermería de Castellón, Valencia y Alicante, que representan a las tres provincias que conforman la Comunidad Valenciana.

La formación Continua posee un carácter formativo general, ofertados por la Generalidad Valenciana, con cursos de formación personal,



autoestima, técnicas de comunicación, informática, investigación, ética o idiomas.

La formación Continuada son cursos específicos de la Consejería de Sanidad, centrados en el desarrollo profesional de las distintas profesiones y estamentos sanitarios como enfermería.

Continúa y Continuada tienen convocatorias anuales, se realizan en los centros sanitarios ubicados en las distintas ciudades de las tres provincias valencianas. Son gratuitas para los trabajadores públicos, señalar, que en sus nóminas se descuenta por parte de la Administración Pública una pequeña parte económica destinada a formación con independencia de su uso y frecuencia. Los cursos tienen carácter voluntario. Como requisito para su acceso: estar en situación laboral activa en el momento de su solicitud. En la solicitud destinada al departamento de docencia figura centro y unidad de trabajo. Los cursos están baremados con unas determinadas horas, varían en función del curso y pueden ser acreditados como méritos formativos para el desarrollo de la carrera profesional (si ya se posee plaza como personal fijo) o en el caso de optar a una plaza en propiedad en concurso oposición (una vez aprobado en méritos)

Cada cuatro años se revisan los cursos con las necesidades profesionales de las enfermeras con el fin de actualizar los. En una primera fase la EVES obtiene una primera información de necesidades mediante informantes claves como Dirección de Enfermería del centro y de supervisores de unidades. Posteriormente, en una segunda fase La Comisión de Formación Continuada con las propuestas elabora una encuesta que se les pasa a los trabajadores. Quienes pueden añadir propuestas de temas para futuros cursos. Con ello se planifica la formación para los siguientes cuatro años.

El requisito para ser personal docente de los cursos de la EVES consiste en estar homologado como profesor de la EVES, para ello, ser profesor universitario o demostrar más de cincuenta horas como docente de la EVES. Para otras situaciones los requisitos son poseer el título de enfermería, si el curso se dirige a enfermeras, con dos años como mínimo de experiencia de trabajo en la unidad relacionada con el contenido del

curso y como tercera vía de acceso méritos relacionados con la temática del curso, tales como máster y estudios de doctorado. Finalmente, la propuesta del curso ha de presentarse dentro de las bases establecidas en cuanto a: estructura y contenido, objetivos, metodología, duración del curso u otros requerimientos.

Otras instituciones afines a la disciplina de Enfermería como los propios Colegios de Enfermería, la universidad, sindicatos de enfermería, organizaciones científicas como Fuden, u otras, ofrecen cursos formativos, gratuitos y previo pago para otros. Habitualmente, están acreditados como méritos formativos para las circunstancias descritas.

Percepción de las enfermeras de la formación post-graduada.

En líneas generales la formación post-graduada (ya tituladas como enfermeras) es valorada como un bien necesario. Consideran un instrumento al servicio de las enfermeras en su labor asistencial y en su desarrollo profesional.

Paradójicamente, sin embargo, no todas las enfermeras hacen uso de esta formación post-graduada. En cuanto a la formación reglada vía EVES es evaluada o percibida de manera desigual, antagónica, en cuanto a su utilidad o eficacia para la práctica asistencial.

Con un mejor reconocimiento entre las enfermeras tituladas recientemente y con menor experiencia y bagaje en la práctica asistencial, respecto a las enfermeras más "veteranas", es decir, con mayor experiencia laboral como enfermeras. Las enfermeras con formación superior en máster de enfermería, segundo grado, le conceden a tales cursos una menor importancia y trascendencia para la resolución de los problemas clínicos. Hecho que comparten las enfermeras con un amplio bagaje profesional con independencia de si poseían formación superior o no.

El tiempo de experiencia profesional para ser consideradas enfermeras veteranas o nóveles fue evaluado subjetivamente por las propias enfermeras. Como se percibían a sí mismas en función de la capacidad de resolución de los problemas clínicos en su unidad de trabajo.

Las críticas estuvieron centradas en la forma de llevar a cabo los cursos como en su inoperancia para la resolución de los problemas en la clínica



y no tanto en la calidad o adecuación teórica. De tal modo que siendo reconocida, la formación, como una herramienta imprescindible en la práctica clínica representa un peso residual, apenas sin importancia en el aprendizaje de las enfermeras para la práctica profesional. Relegada a un segundo plano, anteponiéndose la experiencia de los compañeros como fuente de conocimiento tanto en enfermeras noveles como veteranas, con independencia de la formación académica, superior o no.

Las enfermeras con estudios superiores con grado dos muestran una menor dependencia a la experiencia profesional de compañeras. Un hecho que podría explicarse por ser enfermeras con una acreditada experiencia profesional. No obstante, ante situaciones clínicas de urgencia vital para el paciente, todas las enfermeras sin excepción, anteponen la resolución de la situación clínica a sus conocimientos teóricos sobre la situación clínica;

A pesar de la valoración negativa en cuanto a la utilidad práctica de los cursos de formación continuada las enfermeras más veteranas y críticas con tales cursos formativos sí los realizan pero con otro objetivo: la consecución de obtener mérito puntuable para oposición o carrera profesional.

El reciclaje y formación mediante revistas científicas, monografías y literatura en general está vinculado con la motivación de cada enfermera por aprender y mejorar como profesional, sin ninguna otra recompensa o reconocimiento que posibilite su promoción profesional. De este modo algunas enfermeras realizan cursos y formación tipo máster que conllevan costes económicos, asumidos por ellas, dedicación de su tiempo con horarios de clase que deben compatibilizar con la vida laboral, familiar y social.

Cabe señalar que las enfermeras disponen de cuarenta horas anuales para ausentarse por motivos formativos. Que podrían estar condicionados a temas económicos, como ocurrió en la actual crisis que asoló a España como a gran parte del mundo, limitando la capacidad de las instituciones en poder suplir a esa enfermera en su ausencia formativa.

Los cursos reglados como los ofertados por la EVES consideran que no son apropiados, percibidos como un trámite burocrático donde no

siempre prima la motivación por formar al profesional. Así explican que los cursos ofertados pueden corresponder más a iniciativas de quienes imparten los cursos, con fines puramente económicos, que a las demandas reales. En cuanto al profesorado no siempre es enfermero, muchas veces médico. Por ser una profesión y disciplina diferente a la enfermería no comparte ni se encuentran sensibilizados con los cuidados de enfermería y su disciplina.

Éstas son algunas consideraciones y percepciones de las enfermeras, tanto si se ajustan en mayor medida a la realidad, "su realidad", o no influye en sus tomas de decisiones. Forman parte de su percepción y de su realidad. Algunas críticas las centran en el profesorado. Consideran que a las razones de remuneración económica cabe sumarle que utilicen la docencia como salto para su promoción profesional dentro de la organización del centro. Esta percepción, de algunas profesionales, explica así la desmotivación en cuanto a este tipo de formación. A pesar de ello realizan estos cursos por ser puntuables para obtener plaza en propiedad como enfermera tras superar el concurso-oposición y puntuables, también, para el desarrollo de la carrera profesional. Esta motivación por la realización de los cursos fue refrendada por un informante clave, personal de docencia.

Consideran que los cursos de reciclaje profesional debían ser más específicos, en el sentido de ofrecer una mayor preparación para la práctica asistencial y cuidados de enfermería del campo concreto o unidad donde cada enfermera desarrolla su labor asistencial. Este tipo de formación no fue contemplada como una formación para la especialidad de enfermería.

Como autocrítica reconocen un cierto pasotismo y comodidad. Hacer las cosas como siempre se han hecho denota una reticencia al "cambio" que implica un esfuerzo personal en la adaptación a dicho cambio. Esta actitud pasiva propicia que el principal motor de aprendizaje de las enfermeras sea el de sus propios compañeros. Impera la cultura de la inmediatez. La resolución inmediata a una determinada situación clínica o problema en la práctica asistencial con independencia de sí es o no la mejor opción para. No se cuestiona, incluso, siendo conocedor de la carencia en cuanto a su fundamentación científica.



Siguiendo con la autocrítica para hacer frente a esta actitud pasiva proponen como necesaria la incorporación o renovación de personal a fin de revitalizar el servicio. La cultura del esfuerzo considera que ha de ser una responsabilidad compartida con los dirigentes de los centros y sus políticas. Así consideran que los centros sanitarios públicos no potencian ni estimulan la promoción profesional ni la formación. La cual requiere de un esfuerzo personal que no obtiene recompensa o repercusión directa en su promoción profesional como enfermeras;

Experiencia profesional como fuente de conocimiento.

En una profesión tan práctica como enfermería la experiencia constituye un valor apreciado, cuya trascendencia e influencia traspasa el plano individual para transformarse en un bien colectivo.

En el aprendizaje práctico de la enfermera asistencial intervienen dos tipos de experiencia como fuente de conocimiento. La experiencia ajena, referida al uso de la experiencia de los compañeros de profesión, con los que comparte trabajo en una unidad hospitalaria. Y la experiencia propia y personal de cada enfermera. Con el paso del tiempo y la actividad profesional la experiencia ajena pasa a un plano secundario respecto a la experiencia propia.

En el aprendizaje a través de la experiencia ajena, están presente cuatro componentes: un emisor, un receptor, un mensaje o contenido temático motivo del aprendizaje y como cuarto elemento el canal, generalmente, oral.

La enfermera receptora del aprendizaje ha de mostrar interés por aprender, iniciativa, la intención y voluntad de querer aprender, es un aprendizaje activo. Existe un consentimiento tácito entre ambos profesionales. De la enfermera emisora ha de estar predispuesta a querer enseñar de emplear su tiempo en formar, dirigir u orientar a otra compañera más novel. Aporta seguridad a las enfermeras con menor experiencia profesional.

Puede haber enfermeras más reticentes a enseñar a otras más noveles por comodidad y egoísmo de no obtener ventaja o recompensa en ello (si bien no lo consideran habitual). Esta forma de aprendizaje entre compañeras es cíclica en el sentido que toda enfermera en un momento

determinado fue o puede ser novel. Sino como enfermera sí en un nuevo servicio hospitalario al que sea destinada.

El interés en el aprendizaje es reciproco. El beneficio es también para la enfermera más experimentada. La relación personal que se establece entre ambas enfermeras comparten tiempo y vivencias durante la jornada laboral, unido al beneficio profesional en cuanto conlleva mayor trabajo y tiempo el "controlar" o supervisar el trabajo de la enfermera más novel propicia este aprendizaje interesado. No obstante, advertir que cada enfermera es responsable de sus propios actos/omisiones, como en generar o propiciar una situación potencialmente peligrosa para un paciente o una compañera de trabajo por no acudir en su ayuda. Por otro lado existe cierto egoísmo al pensar que un día puedes cambiar de servicio hospitalario y cambiarse los roles.

Las enfermeras más noveles por su inexperiencia han de recurrir aquellas enfermeras más experimentadas ante situaciones clínicas críticas en la salud y la vida del paciente donde la urgencia del tiempo y el pragmatismo impera. La vía de la enfermera experimentada resulta una vía rápida, segura y eficaz, además de cómoda. No obstante, reconocieron ser conscientes que en numerosas ocasiones los procedimientos y técnicas que les enseñan y aprenden y, a su vez, transmiten a otras enfermeras no se rigen por la mejor evidencia científica disponible. Incluso en algunos casos no están sustentadas por una base teórica sólida o se encuentran obsoletas, sin embargo, siguen funcionando. Referido a ser resolutivas solventan la situación clínica, el problema.

Aplauden también con reconocimiento la valoración positiva hacia las enfermeras más veteranas, más allá de ser su "válvula de escape" resolutiva, por el hecho de ofrecer estabilidad al servicio. Les resultó "una experiencia bella y enriquecedora" referida a la forma de aprendizaje que transmite sus conocimientos de forma oral a una más joven (referida a una enfermera novel con independencia de su edad).

Las enfermeras más noveles aprenden de sus compañeras el funcionamiento o mecanismo de la unidad de hospitalización, aprenden clínica, patología, a saber identificar signos y síntomas en el paciente, a gestionar los distintos conocimientos.



La experiencia está asociada al conocimiento. Asocian mayor experiencia con mayor conocimiento de enfermería práctica, concediendo bajo estos axiomas una mayor credibilidad profesional a las enfermeras más veteranas. De este modo vinculan las enfermeras con menor experiencia con una edad más joven. Éstas han de acreditar de forma continua sus conocimientos ante sus compañeras para obtener el respeto profesional y una mayor credibilidad. Lo hacen, habitualmente, en las conversaciones durante la jornada laboral cuando se suscita o plantea dudas en torno a una actuación concreta.

En cuanto a la experiencia propia, la personal, como fuente de conocimiento se adquiere con el tiempo y aumenta la propia confianza y seguridad. Con esta experiencia se es capaz de identificar signos o percibir sensaciones en cada paciente que otras fuentes de conocimiento teóricas no es capaz de trasladar con esa precisión, se es capaz de anticiparse. Incluye el trato con el paciente y no sólo el trabajo mecánico-técnico. Permite, además, crear o seguir un modelo de trabajo personalizado, es decir, planificar sus actuaciones conforme sus propios conocimientos que pueden estar complementados y respaldados con fundamentos científicos teóricos. La experiencia personal no garantiza el abandono de la cultura del no esfuerzo, pero sí permite a la enfermera tomar las riendas de sus decisiones clínicas y asistenciales frente a la experiencia ajena, que deposita la responsabilidad de sus propias actuaciones en un acto de confianza en otra enfermera.

Evidencia científica en la práctica asistencial.

Las enfermeras confeccionan su propio modelo de trabajo para la prestación de los cuidados en la práctica asistencial. Este modelo surge de aunar la experiencia clínica (ajena y propia) junto los conocimientos teóricos adquiridos durante la formación oficial de enfermería y formación post-graduada.

Las "teorías de enfermería" como corpus de conocimiento disciplinar, el uso de evidencia científica, de modo general la literatura científica, como precursor de una praxis adecuada fue valorado por las enfermeras positivamente para la práctica clínica y la profesión de enfermería.

Sin embargo, es percibida como un elemento ajeno a la enfermería asistencial, una opción destinada a un cuerpo de enfermería de élite. Enfermeras académicas con función docente separadas de la práctica asistencial, cuyas teorías son de dudosa aplicabilidad en la práctica clínica, a día de hoy.

De tal modo perciben el conocimiento teórico como un elemento que complementa al conocimiento basado en la experiencia práctica. Por lo que la teoría académica no es el fundamento de su práctica clínica y asistencial y, en consecuencia, tampoco lo es de los cuidados de enfermería.

Por otra parte, las enfermeras más nóveles ya con formación universitaria tienen la convicción que si la práctica asistencial y los cuidados de enfermería se realizan de un determinado modo es porque deben sustentarse en un conocimiento teórico y en una evidencia científica que así lo aconsejan. En consecuencia no cuestionan la forma de actuar, en términos generales, de otras enfermeras.

También piensan que la tendencia es a tener un mayor interés por formarse y reciclarse de manera continua, así como fundamentar la práctica clínica que realizan en una base teórica y científica. Esta tendencia, cada vez mayor, es resultado de la conciencia de la función investigadora de enfermería como colectivo. Sin embargo, la investigación y sus resultados no están implementados de forma sólida en la práctica clínica como sí ocurre a nivel académico. Ello es percibido como cierta amenaza o problema para la disciplina enfermera, más que como una separación o divorcio definitivo entre teoría y práctica enfermera.

Entre las enfermeras con un mayor bagaje profesional difiere esta percepción. Diseccionan la práctica clínica y asistencial de enfermería en dos partes diferenciadas: teoría y práctica que parecen discurrir casi al margen una de la otra. Donde la teoría queda relegada a una función casi testimonial y secundaria respecto al conocimiento basado en la experiencia práctica profesional de las enfermeras. Argumentan, las más veteranas, que en sus tiempos de formación-práctica el personal docente coexistía con el asistencial con una relación más próxima y de comprensión sobre la clínica.



Entre las enfermeras que hacen uso de la literatura científica lo hacen mayoritariamente para técnicas y procedimientos de enfermería (técnicas tangibles e instrumentales). Del que dicen están más documentados que otros aspectos de los cuidados de enfermería.

Si como afirman las enfermeras que entienden que las técnicas son un ente diferenciado de los cuidados pero que a través de las técnicas aplican cuidados, en la aplicación de los cuidados sí podría estar presente un componente teórico-científico relacionado con la ejecución de la técnica. El “copiar” a compañeros de profesión obedece a sus años y trayectoria de experiencia en un servicio determinado y no por interesarse en su fundamentación científica para la praxis de enfermería, pudiendo estar haciendo uso o no de la literatura científica.

El cuidado profesional basado en la formación teórica como elemento diferenciador de los cuidados no profesionales queda cuestionado cuando sustentan la profesión de enfermería en la resolución práctica.

- En tanto, son cuantiosas las actividades, acciones prácticas, que son representados por técnicas y procedimientos que precisan de un adiestramiento o entrenamiento para su ejecución.
- Si se prioriza el resultado, la ejecución de la técnica, el procedimiento, relegando a un segundo plano el fundamento teórico y sus consideraciones reflexivas, muestra una actitud no diferenciada de los cuidados legos.

“He aprendido no de la teoría de enfermería, de otros compañeros. Por ejemplo yo tengo una úlcera y a mí me dicen mira está úlcera tiene mucho esfacelo ¿cómo quitaría yo el tejido de esfacelo?, ¿cómo...?, pues se lo pregunto a mi compañera ¿cómo curas normalmente esto aquí en la planta?. Pues mira nosotros esa herida con esos esfacelos le ponemos estos productos y cuando tengo esos esfacelos desbrido y cuando termines haz esto... a no ser que el cirujano indique quiero que lo hagas así y así, lo puedo hacer con lo que yo he aprendido.” (P_{2.2}/E₃)

En relación a los modelos y teorías de enfermería.

De forma unánime las enfermeras del estudio reconocen de forma explícita no seguir un modelo o teoría de enfermería. La práctica asistencial

se concentra en torno a procedimientos y protocolos de actuación, es decir, que actividades y como han de realizarlas ante una situación clínica concreta. En estas circunstancias los modelos conceptuales de enfermería entendidos como marcos o paradigmas de referencia para los distintos enfoques sobre un fenómeno por una disciplina (Marriner y Alligood, 2003) quedan alejados del uso de la práctica asistencial. Las teorías de nivel intermedio con menos abstracciones de conocimiento teórico que incluyen detalles de la práctica enfermera aparecen en la práctica clínica de manera testimonial con tímidas alusiones de forma explícita.

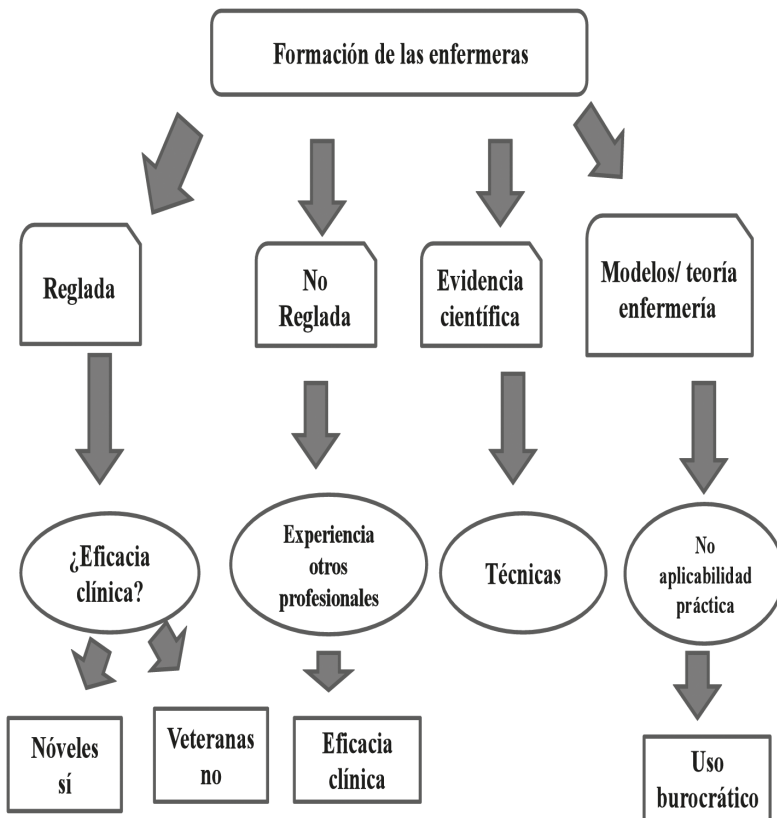
Hacen referencia a las grandes teóricas de enfermería citando a V. Henderson (en las necesidades de los pacientes), D.E. Orem (cuando se refirieron a proporcionar ayuda a aquellos pacientes con limitaciones para realizar autocuidados), M. Leininger (cuando se refirieron a satisfacer las preferencias culturales del paciente sin imponer la cultura o creencias autóctonas de la enfermera o del país al que pertenece la institución donde se prestan los cuidados de enfermería). Son citadas más que integradas en la práctica clínica.

Advirtieron sus críticas en cuanto a su aplicabilidad práctica. No podemos obviar que las teorías y modelos de enfermería tienen sus fundamentos en conceptos teóricos relacionados que proponen acciones que guíen la práctica (Marriner y Alligood, 2003), en consecuencia, no aluden a la ejecución de técnicas o procedimientos visibles y "palpables".

Reseñar que los hospitales públicos donde trabajan las enfermeras participantes utilizan para la valoración inicial de enfermería del paciente cuando ingresa un cuestionario cerrado, adaptado por el centro, que contempla las necesidades de Henderson. Es de obligada cumplimiento por parte de las enfermeras a los pacientes. Sin embargo, las enfermeras lo perciben como un documento burocrático de la institución, un primer "barrido" o un primer screening en la valoración del paciente.

También en esta cuestión asumen la autocrítica. Argumentando los mismos principios de inmediatez, comodidad, o seguir a la masa social de sus compañeras, como ya hacían en la experiencia profesional. Pero también aquí comparten su responsabilidad con la vertiente docente, por la escasa tradición investigadora de enfermería como colectivo, a expensas del perfil personal e individual de cada enfermera.

Organigrama III.



Organigrama de la categoría: Formación de las enfermeras.

CITAS DE LAS ENFERMERAS PARTICIPANTES RELATIVAS A LA CATEGORÍA FORMACIÓN DE LAS ENFERMERAS.

Relativas a la formación post-graduada.

- “La formación continuada me parece muy importante es una forma de estar siempre al día, de reciclarnos y de conocer los nuevos avances. Al estudiar la carrera tendremos unas nociones básicas, pero pienso que hay que seguir estudiando después. Cada día se descubren nuevas cosas y es importante que las conozcamos. En mi caso realizo cursos que realizan algunas revistas de enfermería o cursos que organiza el hospital. Además me parecen muy útiles y al ser nosotros mismos los que elegimos los cursos parece

que te lo tomas más en serio porque te interesa realmente la materia. Creo que cuanto más estudiemos y nos reciclemos mejor podremos desempeñar nuestra labor enfermera.”(P₄/E₂)

- “Es muy importante el hecho de no quedarnos estancados. De hecho yo me he visto que en algunas ocasiones por desgana sobretodo, te aclimatas, te acomodas y dices yo ya he estudiado la carrera, yo ya de estudiar, no quiero hacer más. Pero verdaderamente estoy actuando en detrimento de mi mismo porque te quedas obsoleto, no sabes de nuevas técnicas, no sabes de nuevas maneras (...)” (P₄/E₃).
- “Me da la impresión que cada vez son más los que buscan reciclaje de conocimientos el seguir formándose. No sé si atribuirlo a las nuevas generaciones o al nuevo sistema de estudios universitarios, no sabría a que atribuirlo. Pero sí es cierto que es una tendencia que se ve, la gente tiende a leer más, a fundamentar más su práctica en conocimientos nuevos, pues he leído en este artículo que si tratamos esta herida con esto va mejor, o he leído que canalizando la vía de esta manera se cogen menos infecciones, eso es cierto que se da.” (P₅/E₄)
- “La formación continuada igualmente como te he contestado con las especialidades es que eso es imprescindible, estar formando se continuamente o por lo menos en lo que estás haciendo yo creo que se tiene que hacer. [nota del entrevistador: en lo referido a las especialidades hacía referencia a la importancia de la formación donde se trabaja , más que al hecho de etiquetar las especialidades]Eso a mi entender es la empresa quien se tiene que hacer cargo de facilitarte el cómo hacerlo, porque al fin y al cabo la que progresa en evolución es la empresa en la que tú trabajas. Eso no quiere decir que tú te vayas a otra empresa y no puedas trabajar allí.
Pero yo creo que la formación continuada es necesaria totalmente, estar formándote en lo que estás desarrollando al día. Que tú quieres ampliar por tu cuenta en estos menesteres, ya no te digo que no.” (P₃/E₅)



- “Mi opinión es que es muy importante la formación en enfermería. De hecho enfermería es una de las cosas de las que carece de formación. Te voy a decir lo que pienso y luego lo que hago ¿vale?. Si que pienso que es importante la formación después de... bueno durante la profesión y es una de las cosas que carece la enfermería. No se puede generalizar como en todas las cosas pero lo que yo veo a mi alrededor es que enfermería no realiza ni sus técnicas ni sus cuidados nada de lo que hace a la hora de ejercer la profesión basándose en literatura pienso. Bueno ahora lo que hago yo: hago como las demás, yo no soy una excepción es verdad que cuando hay algo que no sé digo ¡ay! en llegar a casa lo voy a buscar y sí alguna vez lo hago, pero muy pocas veces (...)” (P₅/E₆)
- “La formación te motiva a trabajar mejor estás más satisfecho por qué no actúas como un robot” (P_{3.1}/E₁₀)
- “Yo hace cuatro años que no hago continuada en el EVES por qué he hecho muchos, pero no me han aportado prácticamente nada. He pensado que si tengo que aportar a mi formación un dinero lo apporto y hago la formación que a mí me gusta. No me interesa ni la materia que dan ni lo que aportan. Además la gran mayoría la dan los médicos, pues no.” (P₇/E₁)
- “(...) La teoría no tiene nada que ver con la práctica. En mis años de máster lo he pensado esto está en la universidad, no en el hospital. En mi trabajo no tiene correlación el grado profesional con conocimiento que tengas. Me ha venido muy bien para mí, he aprendido a investigar, el máster me aporta saber y plantearme trabajos que añado para mi institución que va a poder decir que tiene una enfermera que publica”. (P₈/E₁)
- “Sí se les invita [referido a participación enfermeras en protocolos clínicos] pero siempre somos las mismas personas las que colaboramos. Hace poco en verano el supervisor nos planteo realizar un protocolo, vía clínica para pacientes de colon y recto y sólo participamos dos personas. Fue la dirección de enfermería quien solicitó el protocolo. Si te invita la institución pero la gente se aco-

moda. He participado en proyectos del hospital de heridas, pero no sé me dan un simple "titulito" que no sirve de nada. Pierdo mi tiempo, preparar la sesión, colabora un médico con lo cual una tiene más presión y responsabilidad. ¿A mi quién me lo paga? nadie me lo paga. Los demás enfermeros cobran lo mismo y tienen más tiempo que yo. Tiempo que quitas de tu vida, por qué nadie me da dos horas para preparar... hago mi turno y aparte lo demás en mi tiempo libre y personalmente llega un momento que nos cansamos." (P₉/E₁)

- "En mi opinión enfermería participa escasamente en la elaboración de protocolos o vías clínicas, imagino que será por dejadez por ser una actividad no retribuida económicamente. Creo que la vocación tiene que ver con esto. La gente que la tenga tendrá más ganas de hacer cosas para que el trabajo se pueda realizar mejor. La gente sin ella se limitará a trabajar su jornada y ya está, sin complicarse la vida aunque luego por el trabajo de otros compañeros más implicados en la profesión ellos también se beneficiarán." (P₅/E₂)
- "No, la promoción profesional está ligada a ideas políticas desde mi punto de vista(...)" (P₆/E₃)
- "No sabría decir [referido a formación –promoción profesional] no veo que haya promoción directa, no se da en el sistema actual. Al día de hoy es algo personal es una promoción personal. Cuando uno está mejor formado piensa en promocionar dentro de su carrera profesional, es mejor enfermero por así decirlo. ¿Debería promocionarse laboralmente? pienso que sí, debería incentivarse esa formación continuada que uno mismo decide voluntariamente aceptar, pero en la actualidad es una promoción personal más que laboral." (P_{7,2}/E₄)
- "Para nada, es un puro trámite burocrático que se hace por parte de la empresa en este caso de la Generalidad [referida a la Generalidad Valenciana] porque se contempla así y no es más que un puro trámite. Tanto es así y aquí hago una crítica hay siempre personas que tienen digamos la capacidad de ver o entender el



futuro, que si te preparas y te formas para hacer determinadas cosas y digamos tienes el beneplácito de quien te dirige o de la Generalidad puedes encontrar un futuro o dando clases o de organizar este mundo. Parece que no hay un interés de la empresa en que tú sepas esto o lo otro, está en manos libres de que alguien decida voy hacer esto, pero previo pago de esto, de beneficio particular [referido a quienes deciden organizar o impartir cursos de formación amparados por la Generalidad]" (P₄/E₅)

- "No me obligan [referido a realizar cursos post-graduado] pero es una manera de conseguir puntos sinceramente, para después para lo que pueda venir... eso. De todas formas esos cursos no están enfocados a renovar, ni enseñar a enfermería como realizar técnicas, ni cuidados, ni a renovar se en la enseñanza." (P_{5,1}/E₆)
- "Yo sí lo utilizo, en el mi caso si lo utilizo [referido a la literatura científica] mucho. No sé si puedo generalizar por que en el equipo de enfermería de aquí yo veo que no que hace mucho por formar se, además no les preocupa les da lo mismo como que no tiene inquietudes. Y si lo veo en compañeros me da pena, siendo enfermeros o lo que quieras que no tengas inquietudes y no te formes, a mí sí me preocupa creo que es fundamental que estés bien formado, para mí es imprescindible" (P_{3,5}/E₈)

Relativas a la experiencia profesional.

- "Desde mi punto de vista cuando en el equipo de profesionales hay gente con bastante experiencia es más llevadero el trabajo. Puedes preguntar cualquier duda y da mucha más seguridad saber que la gente de alrededor tiene un gran control del servicio y del tipo de paciente. Mientras que trabajar con alguien de menor experiencia, por lo menos en mi caso, me produce más inseguridad debido a mi poca experiencia laboral. No hay ninguna tutorización a las nuevas, al contrario que con los médicos residentes que siempre van con un médico adjunto. En enfermería un buen día te colocan en una nueva unidad y tú eres el único responsable

de tus pacientes y de que se haga bien el trabajo. Siempre intentas apoyarte en aquellos compañeros que más ganas tienen de enseñarte y poco a poco ya irás aprendiendo y te irás haciendo con la unidad y el ritmo de trabajo.” (P₁/E₂)

- “Es un interés mutuo, a mí me interesa trabajar con una persona con la que yo pueda estar tranquilo trabajando en una planta porque no se puede estar más a disgusto en un trabajo que trabajando con una persona que tiene que estar controlando tu trabajo más controlar el trabajo de la otra persona. Tú puedes decir esa parte del pasillo no la llevo yo, no es mi problema, pero en cierto punto si es tu problema porque tú eres enfermero del servicio y esto no es ...esto mío, esto no es mío, o sea esto es un equipo multidisciplinar y todos lo llevamos todo.” (P_{1.2}/E₃)
- “En el grado de experiencia que tengan ellos sobre todo el tiempo trabajando que tengan ellos, o la experiencia que tengan trabajando. Se supone que por tener más tiempo trabajando en esa planta sabrá más. O en gente joven que haya venido pero que haya estado trabajando en contacto con ese tipo de heridas y te puede decir, pues mira nosotros en ese sitio que ahora es pionero en úlceras por ejemplo, hablando de úlceras por presión, utilizamos esto, o esto, o yo pertenezco a la comisión de úlceras por presión y para esto está identificado esto. O lo más lógico lo más básico es que nosotros nos formáramos o dijéramos por mi propio interés quiero saber un poco más de úlceras por presión quiero saber que utilizaría aquí. Problema que estos cuidados no están estandarizados, a no ser que el propio cirujano nos diga cura lo así, así y así (...)” (P_{2.3}/E₃)
- “(...) Los compañeros juegan un gran papel porque los compañeros los más experimentados son tus tutores, cuando tienes una duda y no sabes que hacer recurre a los protocolos, pero generalmente tú vas a preguntarles al que más sabe ¿cómo se hace esto o lo otro?. Porque él conoce el protocolo y de manera resumida y en la práctica te enseña cómo se hace esto.



Entonces, aunque el tutor no existe, los tutores informales, por así decirlo son los compañeros más experimentados y eso es algo que me gustaría destacar (...) (P₁/E₄)

- “Muchas veces aprendes una cosa del enfermero más veterano que lleva 20 años en el servicio y desde hace 20 años hace esa técnica. Si tú le preguntas porque lo hace te dirá que se hace así porque queda bien, así funciona, pero no sabe fundamentarte mucho más aquello. Sin embargo, también encuentras compañeros que además de veteranos tienen esa actividad procedimiento muy fundamentado en una base teórica, es decir, hago esto porque esto repercute en esto, o en lo otro y en consecuencia tenemos lo otro. Sí es verdad que como preferencia te vas a decidir por esta persona que tiene más fundamentada la práctica que sabe porque hace las cosas y porque funcionan. No obstante, en situaciones críticas o cuando no hay tiempo que perder, no te paras a pensar si está o no fundamentado lo que quieres es saber el procedimiento y si funciona o no.” (P₂/E₄)
- “Debería representar muchísimo para empezar. Tengo que decir no sé si como atenuante, como justificante o como quieras decirlo, que no siempre estás mentalmente en el mejor momento. Te atrapa muchas veces las situaciones de trabajo que no son de enfermería que convives con ellas, que te causan estrés o no estás de acuerdo con ellas, entonces la sobrecarga de trabajo asistencial en este caso puede incomodarte en momentos determinados. Puede ser un buen aliciente si mantienes una situación de atractivo para la persona nueva que venga que puede absorber conocimientos tuyos o que puede ser un poco repelente y no entregas lo que puedes. Pero en principio como cosa fundamental debería ser muy importante para la gente que está formándose. De hecho la enfermería se aprende con todas estas cosas, con la observación, ese es el dato fundamental y luego las capacidades que cada uno tiene para absorber esa información.” (P₁/E₃)
- “Me refiero que enfermería aprende de los demás. Quiero decir si tu compañero hace una cosa así tú la haces igual. Pregunto sobre

todo, sobre la duda que pueda tener. Sobre todo más dirigido a técnicas". (P₆/E₆)

- "Hay maneras de trabajar lo importante es en esta profesión aparte de técnicas, lavados de manos, es cuando vas a una habitación ¿has resuelto el problema?. Sea cual sea, por qué a veces una diuresis, la botella de orina, la cuña, es un problema para la persona enorme. Nos acostumbramos y claro decimos eso no es ningún problema, la cuña "te esperes" como decimos aquí en valenciano. Ese enfermero resuelve cuando va a la habitación sabe con qué celeridad hay que llamar al médico, esa es otra cuestión." (P_{3.5}/E₇)
- "(...) Puede que tu lo hagas bien, pero a mí me gusta más de otra manera que también está bien hecha. Aprendo que así también se puede hacer, lo pruebo, me parece qué sí o me parece que no y decido si sigo con lo mío o lo tuyo me aporta algo. Pero me encuentro muchos más casos de ver cosas que dices ¡ Dios mío! y luego también encuentro incompetencia, a mí me gusta mucho hablar y a veces me tengo que contener para no decirle al compañero esto no lo estás haciendo bien, esto pregunta le a la supervisora o ves a los protocolos, esto se tiene que hacer así (...) P_{2.1}/E₈)
- "La experiencia es importante por qué también es formación, no reglada, pero es conocimiento. Sabes lo que tienes que hacer ayuda a la formación práctica no solo a nivel mecánico sino también con el trato con el paciente" (P_{2.3}/E₉)

Relativas a la evidencia científica en la práctica asistencial.

- "Sí, pienso que si [referido práctica y teoría] la forma en que realizamos los cuidados es así porque hay evidencias científicas de que es la forma correcta" (P₂/E₂)
- "Se utiliza menos y sobre todo se basa más en la práctica, bien por desgana o bien por el hecho de dejarme llevar, o de decir no. Llego a un servicio aquí se trabaja así y se cura así. No somos capaces de decir no, pero ¿por qué se trabaja así?, o no esto se



hace en esto. Ten en cuenta que la investigación en enfermería no es una cosa que esté muy al orden del día, me refiero que tanto las “viejas glorias” como ahora los recién acabados.... pues sí tienen una idea preconcebida de la investigación pero cuando yo estudiaba enfermería en el 2000, que no hace tanto tiempo, el hecho de investigara una enfermera tu decías pero ¿qué me estás contando?, ¿pero qué investiga una enfermera? (...)" (P_{2,5}/E₃)

- “ (...) Estamos de acuerdo que la teoría es teoría y la práctica es práctica. A ti te enseñan en la universidad y cuando llegas al hospital toda esa teoría es completamente diferente a lo que es la vida real. Estamos de acuerdo que tienes unos conocimientos básicos, tienes que tener un marco básico de lo que es, pero luego a partir de ahí tú no puedes venir con unos esquemas hechos. No es que en la universidad nos han enseñado esta teoría y tiene que ser esto así, perfecto. No, nunca en medicina dos y dos son cuatro, por tanto, todo no es blanco o negro. Hay una amplia gama de colores por así decirlo. Por tanto la teoría es necesaria porque tú necesitas unos pilares básicos sobre los que apoyarte y guiar tu conocimiento pero la práctica se basa en cierta manera en esa teoría pero se complementa en parte por experiencias que vas viviendo cada día. Son independientes se pueden separar... eh... no se debería separar tú debes tener como mínimo unos conocimientos teóricos, pero aparte no te puedes basar solamente... aporta la teoría, te los aporta la práctica y la experiencia.” (P₅ / E₃)
- “Creo que hay un poco de todo. En la práctica enfermera influyen varios factores, la tradición del enfermero, que es algo bello que un veterano al final de una trayectoria profesional transmita sus conocimientos ya sean orales es enriquecedor. Alguien me dijo que los trabajadores más experimentados dan estabilidad al servicio de enfermería, es cierto. Por otra parte, no podemos negarnos a realizar nuestra labor sin la base científica, sin comprender porque hacemos las cosas científicamente. Es un cúmulo de factores, ya sea tradición, factores técnicos y quizás la propia intuición.” (P₃/E₄)

- “Supongo que será en todas las profesiones. Sí, existe un mundo académico de hecho los estudiantes te dicen que la gente que no es clínica, sólo académica, les enseña otra cosa diferente, otro mundo diferente. Sí existe diferencia entre el académico y el clínico.” (P₇/E₅)

Relativas a los modelos y teorías de enfermería.

- “Para mí el modelo de Henderson es lo que a una persona mejor describe por sus 14 necesidades. En cuanto a la disciplina claro que tiene una teoría. Aunque yo en la práctica clínica no la veo, no veo que los compañeros la sigan, es del ámbito académico. Porqué las enfermeras hasta un tiempo tardío no entraron en la universidad. Pienso yo acabé en el noventa y nueve y no me enseñaron investigación, por eso he hecho un máter en ciencias de la enfermería. Me ha aportado investigación y epistemología sobre mi profesión. Antes no me lo habían dado, es cierto cuando llegas al ámbito laboral hay tanta disparidad.... por eso creo, pienso que los profesores de la universidad deberían estar más tiempo en la práctica clínica. Desde jovencitos entran en la universidad y no saben lo que hay en el trabajo a pie de cama, es mucha la diferencia. La mayoría de nosotros, enfermeros, no se basan en la epistemología de enfermería ni en modelos, no se basan.” (P₆/E₁)
- “ (...) Parece que todo lo estudiado se pierde, todo en el camino, hasta los PAES, diagnósticos de enfermería, NANDA, NIC, NOC. Es que no me sirven de nada, no los veo por ningún sitio. Me los he estudiado y no los veo.(...)” (P₈/E₁)
- “yo te puedo decir que no funciono como... voy a ver Henderson, Orem, Peplau, no, no sigo ningún modelo de enfermería en concreto, ni a la hora de hacer diagnósticos, ni cuando hacemos los planes de cuidados, eh, patología alteración de este patrón manifestado con o relacionado con, no, no sigo yo eso. Yo tuve que adquirir unos conocimientos propios en la universidad, distintos modelos de enfermería, y yo una vez, eh.. teniendo esa base de conocimientos aplico mi sistema, mi propio sistema a la hora de



hacer una valoración de un paciente la tengo que hacer en relación a un planteamiento que yo haya establecido. Unas hojas de evolución de ese paciente, ¿qué al hospital le gusta Henderson? a mí me da completamente igual, relleno el formulario, porque es rellenar un formulario, pero sigo mi propio instinto por así decirlo." (P₂/E₃)

- "Sucede que cuando uno llega a un trabajo termina copiando lo que ya está, en cualquier empleo sucede. Llegas a coger naranjas y terminas haciendo lo igual. Podríamos investigar más, hacer tantas cosas... pero realmente cuando tu llegas a trabajar y no te da tiempo ni para merendar, no te vas a centrar en hacer los patrones funcionales. Si es verdad que haces valoración inicial no es más que cuatro cruces no está bien documentada. Cuando tú ves que un facultativo sí que llega a documentar todo, pierdes tiempo. No sabría explicarte lo, no sé si es falta de tiempo o mal aprovechado" (P₃/E₇)
- "(...) No sigo ningún modelo de aquellos que nos enseñaron. Más hacía el autocuidado o hacía Virginia Henderson ¿vale?. Un poco te adaptas al hospital donde trabajas, a los protocolos que hay, al ritmo de la gente, cada hospital tiene su manera de trabajar. Este en concreto no considero que sea uno de los mejores, pero dentro de la manera de trabajar del equipo, de sus protocolos, quiero entender que los protocolos que hay son los que marca la Consejería, se hace así por qué se tiene que hacer así, vamos (...). (P₂/E₈)

5.4. PERCEPCIÓN DE LA DISCIPLINA-PROFESIÓN ENFERMERA.

Los diferentes acontecimientos y sucesos que conforman la historiografía de los cuidados han moldeado la profesión/disciplina de enfermería con distintas denominaciones y directrices profesionales. De forma reglada, teórica, Enfermería es una disciplina y una profesión autónoma e independiente y así lo tienen interiorizado las enfermeras al menos en el plano teórico porque en la práctica su percepción no es tan contundente.

En su hábitat de trabajo en la práctica asistencial reina la incertidumbre, la confusión, la controversia y la contradicción con respecto a esta afirmación. De tal modo relatan y atestiguan como “una independencia y autonomía ficticia”, sí a nivel académico pero sin correspondencia o correlación fidedigna en la práctica clínica de enfermería.

¿Qué sucede y cómo comprender la fisura que disecciona la disciplina de enfermería en dos: académica y asistencial?

Una de las argumentaciones que sustenta tal dicotomía es la propia indefinición de los cuidados de enfermería. Las enfermeras afirman y así lo manifiestan que la autonomía de enfermería reside en los cuidados de enfermería, sin embargo esta apreciación está vacía de contenido a menos que se delimite el campo de actuación de los cuidados enfermeros ¿qué son y qué no son cuidados de enfermería?

En los relatos establecidos por las enfermeras sobre las ambigüedades, contradicciones por la “ficticia autonomía” hacen referencias a técnicas y procedimientos de la práctica clínica pero no a los cuidados. Como ejemplo las siguientes citas, referida a las enfermeras:

“Controla su práctica hasta cierto punto, somos autónomos en algunas cosas como en el cuidado de las heridas y no siempre. Somos nosotros quien decidimos poner un colchón anti-escaras valorando al paciente, por poner un ejemplo, aunque pienso que estamos muy limitados, dependemos mucho de los médicos.” (P₂/E₂)

“(…) nosotros esa herida con esos esfacelos le ponemos estos productos [referida a otras enfermeras] y cuando tengo esos esfacelos desbrido y cuando termines haz esto... a no ser que el cirujano indique quiero que lo hagas así y así. (...)” (P_{2.3}/E₃)

Estos dos relatos ilustran como incluso entre las enfermeras que consideran que sí disponen de cierta o relativa autonomía no es total ni plena. Los cuidados están centrados en actividades que ejecuta enfermería bien de forma independiente o interdependiente. Actividades como la cura de heridas, el hecho en sí de manera mecánica y robótica, presuntamente, no es un cuidado de enfermería sino una técnica dentro de un procedimiento. Si lo fuere como cuidado de enfermería no precisaría del beneplácito de otro estamento profesional.



Para Domínguez-Alcón (1983) la profesión médica ha delimitado el concepto y las tareas de enfermería. Es frecuente considerar a la enfermería como un mini-médico, donde las enfermeras debían tener pocos conocimientos y mucha práctica. Desde 1900 hasta 1975 no se notan grandes cambios en la relación médico-enfermera “el médico prescribe, dirige el plan; el A.T.S ejecuta lo mandado” (Domínguez-Alcón, 1983). Relata, Domínguez Alcón, todavía hay quien considera a las enfermeras como médicos de segunda fila, con un conocimiento del mismo tipo pero inferior y no como uno distinto, único y autónomo. En los textos españoles de formación en enfermería de finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX la función de enfermería se plasma en términos de subordinación y dependencia a la disciplina médica.

Esta carga histórica todavía lastra a la enfermería contemporánea, si bien las directrices actuales en cuanto a formación y estatus disciplinar son radicalmente opuestas;

Otra forma de comprender como perdura la aparente contradicción en cuanto a autonomía e independencia de enfermería académica-asistencial está cimentada en el plano jurídico. El Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en el Capítulo VII (Deberes, incompatibilidades y funciones, en la Sección 2ª. Funciones de las enfermeras y ayudantes Técnicos Sanitarios, en el artículo 58. Funciones correspondientes a las enfermeras y Ayudantes Técnicos sanitarios) establece como funciones:

1. Ejercer la función de auxiliar médico, cumplimentando sus instrucciones.
2. El control de archivos e historias clínicas para el buen funcionamiento de la consulta o servicio.
3. Conservación del material sanitario manteniéndolos limpios y ordenados.
4. Atender al paciente y realizar los cometidos asistenciales específicos y generales necesarios para el mejor desarrollo de la exploración del enfermo que el facultativo precise ejecutar.
5. Ponen en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía que observen en el desarrollo de la asistencia.

6. Cumplimentar aquellas funciones que se señalen en los Reglamentos de Instituciones Sanitarias que no se opongan a lo establecido en el presente estatuto.

El Estatuto referido fue aprobado por orden de 26 de abril de 1973 (B.O.E.nº 134 del 5 de julio de 1981) cuenta con total vigencia legislativa y es el que rige la práctica asistencial de enfermería. Cabe señalar que el citado Estatuto en su Sección 2ª se refiere a las funciones de las enfermeras y los ayudantes Técnicos sanitarios como si de dos estamentos diferentes o segregados se tratase, como ocurrió durante parte del siglo XX con una separación por roles ligados al sexo de los profesionales. Si bien, el título de A.T.S fue homologado con el de diplomado de enfermería en 1980 (Real Decreto 111/1980, de 11 de enero).

En la gestión y estructuración jerárquica de enfermería en los órganos directivos de los centros sanitarios persiste la dependencia al estamento médico. Es una percepción generalizada, así y a modo de ejemplo una de las enfermeras relató que el supervisor de enfermería en una unidad de hospitalización es propuesto por la Dirección de Enfermería del centro sanitario, sin embargo, la aprobación de éste viene dada por la Jefatura de Servicio, que ostenta al estamento médico.

La percepción que Enfermería tiene una función secundaria en la organización hospitalaria como en lo relativo a la gestión económica. Debe colaborar en la eficacia de la gestión de los recursos existentes pero sin apenas decisión sobre éstos.

Enfermería parece discurrir a dos velocidades y de forma independiente. Una enfermería académica y otra asistencial más lenta, cuya divergencia repercute en la práctica clínica que no plasma la realidad académica y profesional de la enfermería actual.

Repercusiones de la percepción disciplinar en la práctica asistencial.

Los cuidados de enfermería con plena autonomía e independencia disciplinar se escenifican con la atención integral y holista al ser humano.

La parte percibida como autónoma e independiente, inherente a los cuidados de enfermería, estuvo relacionada con aspectos de "atención



humana”, atender sus preocupaciones, sus necesidades emocionales y espirituales. En sus reflexiones las enfermeras cuestionaron si esta parte de atención al ser humano forma parte de la naturaleza de los cuidados o si es una respuesta de enfermería en busca de una independencia disciplinar. Así la búsqueda de la atención integral al paciente constituiría el único elemento que le proporciona identidad propia a enfermería, siendo por ello la dirección que está tomando la disciplina enfermera y la opción que se potencia desde el seno universitario.

Otras enfermeras como la E₇ también buscan el ADN de enfermería como sello de identidad propio con independencia profesional en aquellas acciones y directrices que no reclaman con exclusividad otras disciplinas, poniendo el acento en la educación para la salud. Derivado que enfermería pierde independencia en sus actuaciones profesionales a favor de otras disciplinas profesionales, médica, psicología, asistente social, técnicos de laboratorio y de rayos.

Llegado a este punto ¿qué representan las técnicas y procedimientos con respecto a los cuidados de enfermería?

Determinadas técnicas que realiza la enfermera están dirigidas a la contribución en el diagnóstico y/o el tratamiento de una enfermedad, técnicas no exclusivas o inherentes a enfermería. Es frecuente y habitual que el estamento profesional médico establezca la pauta de determinadas curas de heridas como las quirúrgicas, cuándo, con qué materiales, cómo y cuántas veces, incluso a ser realizada por el propio profesional médico. Como frecuente es que las enfermeras preparen nutriciones parenterales en ausencia de residentes de farmacia, que puedan retirar catéteres epidurales o no, según lo autorice o no el correspondiente facultativo. En consecuencia podemos afirmar que las actividades que realizan las enfermeras no son un criterio para determinar los cuidados de enfermería.

Enfermeras como la E₅ manifiestan que es una situación forzada donde los profesionales médicos permiten la realización de determinados procedimientos sin renunciar al control de éstos y enfermería se ve abocada a buscar su espacio, que le proporcione identidad propia, en la atención humana.

Por otra parte, los cambios de la práctica clínica varían también en el transcurso del tiempo, los avances en tecnología sanitaria proporcionan el desarrollo y la incorporación de nuevas actividades, técnicas y procedimientos. Lo reseñable en este caso es el origen de esos cambios, si son motivados desde enfermería por logro y méritos de ésta o si son relegadas por otras disciplinas. Que por ser menos relevantes o menos gratificantes quedan relegadas en su ejecución a enfermería. De igual modo sucede con enfermería que, también, relega ciertas actividades a otro personal, auxiliares de enfermería, como la ejecución de higiene o alimentación de los pacientes por los mismos motivos descritos.

Las delegaciones están referidas a tareas y actividades para su ejecución y no a quien corresponde como responsabilidad y función profesional. Fundamentar los principios y funciones asistenciales de enfermería en la ejecución de tareas y técnicas propicia la indefinición de los cuidados de enfermería y sus limitaciones.

De este modo enfermeras como la E8 entienden que los cuidados no son autonomía exclusiva de enfermería, existiendo cuidados médicos, cuidados del asistente social o del fisioterapeuta, por citar sus ejemplos, circunscritos a su campo de actuación y sus tareas profesionales. Argumenta la E8 "la palabra cuidado yo pienso que incita a confusión por qué parece que cuidado sólo es la parte humana de contacto con el paciente, de la empatía, ver que necesidades tiene y yo pienso que es mucho más que eso (...) el médico tiene poco contacto con el paciente, prescribe, es otro tipo de cuidados."

La enfermería es percibida, a día de hoy, por parte de al menos un sector de enfermeras como una "carrera accesoria de medicina". Dependiente y subordinada de ésta. Un gran número de actividades y técnicas asistenciales, aquellas dirigidas a la contribución de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que realiza enfermería no están originadas desde la naturaleza propia de enfermería, el cuidado, sino que surgen desde la medicina con el propósito de dar respuesta a sus necesidades profesionales. Como consecuencia, enfermería no posee la autonomía de esa práctica clínica.



No es propósito de este estudio manifestar, ni insinuar, la renuncia de la realización de tales actividades y técnicas, sin embargo, dejar constancia que el desarrollo disciplinar de enfermería como profesión independiente, con identidad propia, curse vinculada al desarrollo de los cuidados de enfermería. Cada técnica y procedimiento delegada o no por otros estamentos profesionales llevará el sello distintivo de enfermería cuando esté impregnado por los cuidados de enfermería.

No obstante, perciben un cambio en la visión y estatus profesional y social de enfermería, la relación con otros estamentos profesionales está cambiando. Para la E8 no es sólo como perciben los demás a enfermería, sino como se presenta enfermería a los demás. Desde el punto de vista personal, humano, con una relación de igualdad, salvando cierto complejo de inferioridad y no como un estamento social inferior donde la enfermera actúa en algunos casos como secretaria del médico, donde predomina una desigualdad de poder y superioridad ostentada por éste. Esta relación de subordinación y sumisión en algunos casos es alentada y promovida por la enfermera y no tanto una exigencia médica.

Para lograr una autonomía plena y satisfactoria considera imprescindible un cambio en la propia auto-percepción: "te hagas respetar, yo creo que nos ha faltado en enfermería hacernos respetar" (E₈). Este cambio de actitud está fomentado desde la institución universitaria que transmite a las enfermeras no sólo conocimientos para su función asistencial y clínica, sino unos valores en la profesión enfermera que permita un cambio en la conciencia colectiva de las enfermeras. Por tanto, requiere de un cambio endógeno más que exógeno;

Participación de las enfermeras en la construcción de la práctica clínica.

En la práctica asistencial y clínica de un centro sanitario como el hospitalario se desarrollan actividades como la implementación de vías clínicas y protocolos de actuación. Representan instrumentos o herramientas de trabajo que facilitan el buen funcionamiento de la unidad, disminuyen la variabilidad clínica, en definitiva, mejoran la eficacia y la calidad de los servicios sanitarios prestados a los pacientes no dejando margen a la improvisación y reforzando la celeridad de actuación ante

una determinada situación clínica. Están basados en fundamentos teóricos científicos y en la mejor evidencia científica disponible revisados periódicamente en función de los avances disponibles y en las necesidades del servicio. Los protocolos y vías clínicas son reconocidos como normas oficiales de actuación con implicaciones legales y de obligado cumplimiento.

Estos proyectos pueden surgir a iniciativa y demanda de las propias enfermeras, supervisores de la unidad, por otros estamentos profesionales implicados en tal procedimiento, por la Dirección de Enfermería del centro, o desde la Consejería de Sanidad.

Las enfermeras relatan que su participación en la elaboración de tales protocolos y vías clínicas es escasa. Reconocen que son "invitadas" a participar sin embargo esta invitación es declinada, participando un número reducido de enfermeras habitualmente las mismas guiadas por su motivación personal y profesional relacionada con la percepción que tienen de la disciplina enfermera.

Entre las enfermeras que no suelen participar alegan dejadez y comodidad. Además, en algunos casos, han de realizarse fuera de la jornada laboral debido a la carga asistencial de trabajo, con lo cual no está retribuido económicamente, por tanto, la participación es voluntaria. Requiere esfuerzo personal, dedicación de tiempo libre, sin incentivos o recompensa profesional de promoción profesional individual o una mayor estabilidad laboral. Su participación está unida a las motivaciones personales y profesionales de cada enfermera, con el perfil profesional. Sin embargo, esta ausencia de incentivos profesionales hace mella y provoca cierta desmotivación en las enfermeras que sí participan: "llega un momento en que te cansas" (E₁)

Enfermeras como la E₈ considera que la acomodación de las enfermeras viene motivada por el hecho de trabajar en una institución pública. Permisiva con la dejadez de funciones, la falta de rigor científico, el déficit en formación, donde no se premia el esfuerzo, donde no peligra el puesto de trabajo por estas carencias y déficits. La búsqueda de la excelencia profesional está supeditada y amparada a la motivación y la inquietud personal de cada enfermera. Tal situación produce frustración

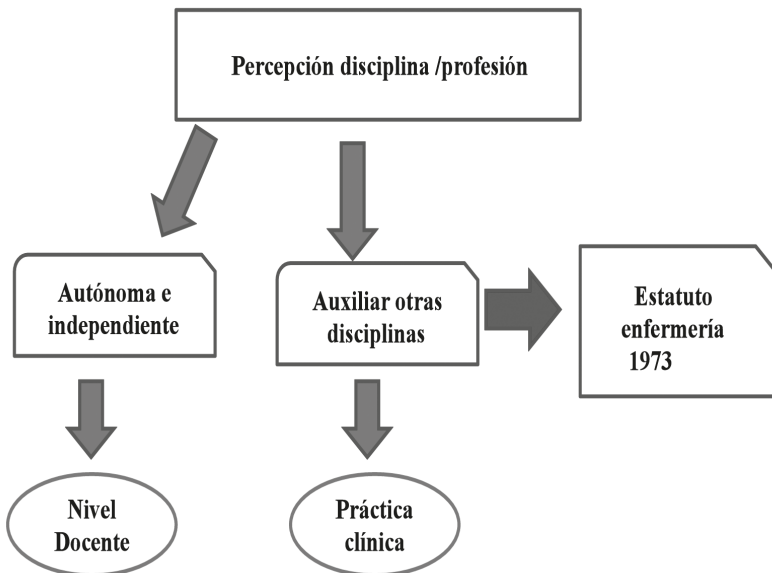


e impotencia que hace que la enfermera se suma a la corriente imperante como equilibrio para no “quemarse” al no cubrir sus necesidades profesionales.

La actuación de las enfermeras en la práctica clínica como meras ejecutoras de las distintas técnicas y procedimientos suscita reflexionar si enfermería se alinea más con un oficio o con una disciplina profesional. Por otra parte señalar que las enfermeras no muestran un especial interés, ni conceden una mayor transcendencia a tal asunto, en cuanto a etiquetaje se refiere. Convendría discernir y matizar su alcance y significado con el propósito de comprender la disciplina enfermera y los cuidados de enfermería.

Las técnicas y procedimientos constituyen una parte de los cuidados de enfermería basado en el adiestramiento o entrenamiento, básicamente un oficio. Frente a los cuidados de enfermería que requieren de un aprendizaje, cuya finalidad es aprender a pensar resolviendo dificultades, en base a un fundamento teórico científico.

Organigrama IV.



Organigrama de la categoría: Percepción de la disciplina / profesión enfermera.

CITAS DE LAS ENFERMERAS PARTICIPANTES RELATIVAS A LA CATEGORÍA: PERCEPCIÓN DE LA DISCIPLINA-PROFESIÓN ENFERMERA.

Relativas a la percepción profesional-disciplinar.

- “Creo que enfermería tiene un campo delimitado ¿no?. Enfermería y medicina están estrechamente unidas de la mano. A día de hoy el plan terapéutico lo establece el médico, siempre el médico. Toma la decisión que se va a tomar a cabo y hacia donde están orientadas las actividades sanitarias, tanto médicas como enfermeras. Enfermería es cierto que es autónoma en su campo (...)” (P₁/E₄)
- “Va a ser que no. Para nada independientes [referido a la autonomía de la práctica asistencial]. Parece que todo el mundo es democrático, pero resulta que a la democracia se la puede engañar. Las estadísticas hay que fiarse de ellas si son válidas pero se las puede engañar, falsear, provocar para que salgan esos números, pues esto es parecido. Aquí no decidimos absolutamente nada, para que haya un supervisora de planta ya la puede proponer quien quiera, como el jefe de servicio no dé el visto bueno no hay supervisor de planta, eso es así.
La enfermería, desgraciadamente es así. Se nos permite ser... digamos no van a mirar por este camino, pero tenéis que hacer esto, de aquí no os salgáis. Como hagáis esto que lo estáis haciendo todos los días...pero entrar dentro de la molestia que pueda causar digamos al personal médico se acaba la independencia.” (P₁/E₅)
- “Yo creo que la persona tiene un concepto global de cómo entienden la enfermería, eso existe. Otra cosa es que si tu quieres añadir a eso desilusión, desencanto del funcionamiento cotidiano, a través del tiempo, situaciones que cada uno tenemos, puede hacerte entender eso, como un mero trabajo burocrático de 2 a 3, o de 15 a 10 horas... El desencanto de esa persona da como resultado un mal concepto global de enfermería y que se hagan determinadas cosas que no se deben hacer, se queda viciado en el pasado, pues eso sí existe (...)” (P₂/E₅)



- “Mi percepción de la profesión enfermera como he dicho no nos damos cuenta que es una profesión como estancada en el tiempo, no evoluciona, digamos que se pierde. Porqué nos centramos en el trabajo que tengamos que hacer y ya está, cuanto antes lo hagamos mejor y se nos olvida esos cuidados que se supone que hace enfermería, que es aplicar cuidados.” (P₉/E₆)
- “Los cuidados de enfermería a veces están sometidas a órdenes médicas, está claro (...) lo que no me gustaría es que enfermería quedara volviendo al técnico sanitario, en el que una técnica depurada podría hacerlo cualquiera. La autonomía de enfermería es lo que no tendríamos que perder (...)” (P₂/E₇).
- “Muchas veces los médicos tendrían que saber que no somos obreros y resolvemos problemas con formación, experiencia, razonando con sentido común y con los conocimientos. Eres un profesional formado [referido a la enfermera]” (P₄/E₉)

Relativas a las repercusiones de la percepción disciplinar en la práctica asistencial.

- “Pienso yo que en este tema a la hora de las curas en cierta manera hay muchos tipos de cirujanos que dejan ese papel a enfermera. Porque muchas veces te dicen yo apenas he curado, yo sé operar, abrirte un cuerpo, pero no sé la herida con que material técnica se puede realizar esta cura, nos dejan a los enfermeros curar. Si el propio cirujano ve que la cura pues precisa de hacerlo cada ocho horas o cada setenta y dos, o una vez por día, nos lo indica, pues mira hazla cada día...” (P_{3.2}/E₃).
- “En muchas ocasiones delega a no ser que sea un cirujano muy específico y te diga no, este paciente lo he operado yo y quiero que las curas se le hagan así, así y así. ¿Por qué? porque a lo mejor tiene cierto bagaje experiencia de que curando lo de esa determinada manera con una determinada técnica sus pacientes evoluciona de una determinada manera. Entonces el problema es que cuando nosotros trabajamos con muchos cirujanos pues unos nos dan banda ancha y quieren que nosotros lo curemos de la

manera que nosotros los curamos y otros no, quieren que sigamos su pauta. ¿Estamos supeditados a una orden médica?, en muchas ocasiones sí.(...)” (P_{3.3}/E₃)

- “Hubo un momento en enfermería, lo hubo que no lo está en que tanto la docencia, la exclusividad de determinadas técnicas, prácticas invasivas al enfermo que sí se hubiese catalogado o la tendencia a que sí se podía catalogar puramente de enfermería. Sigo pensando que la enfermería es un accesorio de la carrera de medicina. De trabajos, incluso legalmente hoy en día no hacemos más que trabajos y actividades que ellos pueden desempeñar perfectamente sin que nadie les diga nada. A nosotros queda casi exclusivamente o va a quedar exclusivamente la atención humana, es decir, la cosa del espíritu, del buen rollo, de la cosa psicológica, que se encuentre bien, como solucionar el papeleo,...el resto de técnicas seguiremos haciendo pero no va a ser o no se va a conseguir como exclusivas”. (P₂/E₅)
- “Pero el futuro es que la enfermería acabe siendo exclusivamente la atención integral humana en esa dirección. Está un poco dividida, simplemente se va a quedar con esa atención integral humana, la mecánica de funcionamiento, porque no nos van a permitir otra cosa.” (P₃/E₅)
- “Enfermería delega actividades centradas en los cuidados básicos, higiene, alimentación, principalmente. Se supone que son actividades que enfermería debería realizar ¿por qué las delega?, es una cosa que está así como que tú la aceptas. Está establecida así y aceptas. Pero no sé por qué se delega a las auxiliares de enfermería. Creo que a enfermería en cuestión de técnicas te lo delegan todo. Así pensando en lo que realizas... todo por parte de medicina. Enfermería piensa que es independiente en ese sentido pero en ese sentido no lo es. Yo pienso que enfermería a la hora de hacer cuidados es independiente. Es una cosa que enfermería no se da cuenta y se centra solo en hacer técnicas, cuando las técnicas son actividades que siempre están delegadas por los demás. Un médico no te va a delegar que hagas un cuidado, ha



de salir de ti, de enfermería que es la que aplica los cuidados en base a ese paciente.” (P₈/E₆)

- “Los cuidadosa de enfermería a veces están sometidas a órdenes médicas. Está claro pero es verdad que tendríamos una independencia que a veces llega el psicólogo y te la quita, a la hora de entendimiento de cómo se siente esa persona, de ese proceso quirúrgico, de la enfermedad, o lo que sea. Luego tienes la asistente social, una carrera también, que nos ha quitado lo que era enfocar lo que era la persona para irse a su casa, podría ir a está ventanilla o la otra para... total parece que a enfermería nos han dado bocados a nuestra carrera,(...) y creo que podríamos hacer mucho en la educación para la salud.(...) El caso es que no deberíamos perder la educación para la salud, deberíamos aprovechar cuando un paciente está ingresado, por lo menos, explicar le, enseñar le, perder ese tiempo, explicar le cómo cuidar se. Las técnicas las podría hacer un técnico de laboratorio, hay un técnico de rayos que hace placas podría haber un técnico de coger vías”. (P_{2.1}/E₇)”
- “Yo creo que vamos desarrollándonos, creo que nos hemos desarrollado mucho desde que yo terminé la carrera ahora hemos evolucionado bastante. Creo que somos más conscientes o por lo menos hemos aprendido siendo carrera universitaria y lo que nos han intentado enseñar que tenemos una autonomía como profesión, no somos el secretario del médico, ni sólo tenemos tareas delegadas, somos un profesional distinto al médico con nuestra funciones propias, nuestra identidad propia y eso ya es mucho avanzar. Aquí seguimos haciendo de secretaria del médico y le llevamos la carpeta, pero ya no es “Don tal” ni está por encima de ti ni te dice ¡.noj. Está en igualdad de condiciones y cuando nos hablamos nos hablamos como compañeros, creo que en eso hemos avanzado mucho en poco tiempo”. (P₄/E₈)
- “Sobre todo por qué nos hemos concienciado, nos lo enseñan en la carrera que enfermería no es el secretario del médico. O sea, enfermería tiene una identidad propia y estas son tus funciones

específicas, estas son tus responsabilidades y estos son tus derechos. Nos enseñan ética y nos enseñan legislación y el código deontológico y nos enseñan cosas que en su día nos parecen muy aburridas de estudiar pero que luego dices ¡joder! todo eso te da fundamento para que tú te creas que cuando vienes a trabajar te hagan respetar. Yo creo que nos ha faltado en enfermería hacernos respetar y aún nos queda mucho, seguimos luchando ,luchando, pero todavía nos tienen que respetar mucho más de lo que hacen ahora" (P_{4.1}/E₈)

Relativas a la participación de las enfermeras en la construcción de la práctica clínica.

- "Sí se les invita [participar en protocolos, vías clínicas] pero siempre somos las mismas personas las que colaboramos. Hace poco en verano el supervisor nos planteo realizar un protocolo, vía clínica para pacientes de colon y recto y sólo participamos dos personas. Fue la dirección de enfermería quien solicitó el protocolo. Si te invita la institución, pero la gente se acomoda. He participado en proyectos del hospital de heridas, pero no sé, me dan un simple "titulito" que no sirve de nada. Pierdo mi tiempo, preparar la sesión, colabora un médico, con lo cual una tiene más presión y responsabilidad. ¿A mi quién me lo paga? nadie me lo paga. Los demás enfermeros cobran lo mismo y tienen más tiempo que yo. Tiempo que quitas de tu vida, por qué nadie me da dos horas para preparar, hago mi turno y aparte lo demás en mi tiempo libre y personalmente llega un momento que nos cansamos." (P₉/E₁)
- "En mi opinión enfermería participa escasamente en la elaboración de protocolos o vías clínicas. Imagino que será por dejadez, por ser una actividad no retribuida económicamente. Creo que la vocación tiene que ver con esto. La gente que la tenga tendrá más ganas de hacer cosas para que el trabajo se pueda realizar mejor. La gente sin ella se limitará a trabajar su jornada y ya está. Sin complicarse la vida, aunque luego por el trabajo de



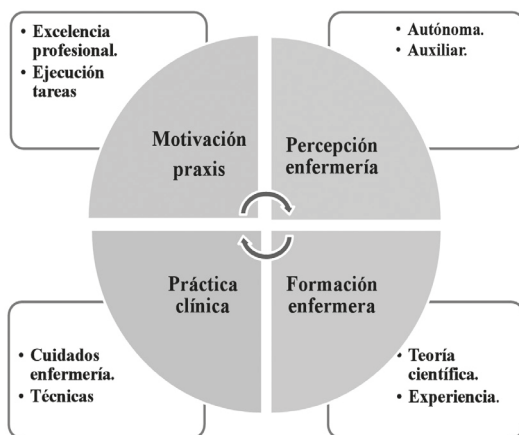
otros compañeros más implicados en la profesión ellos también se beneficiarán." (P₅/E₂)

- "(...) ¿por qué trabajamos mal aquí? porque sé que no me pueden tirar a la calle, porque no me esfuerzo en hacer las cosas bien, por qué si tres veces se queja un paciente no viene nadie a llamarme la atención. A lo mejor movería el culo un poco más o a lo mejor trabajaría un poco mejor si yo tuviese miedo como en otros sitios como en cualquier fábrica o cualquier sitio te va a decir el jefe mira a la próxima vas a la calle. A lo mejor me preocupaba más en formarme (...) aquella gente que decía es que está "quemá" por qué claro el sistema te quema, el sistema te va quemando porque no cubre tus necesidades. Todo lo que tú pretendes mejorar, todo lo que tu pretendes crees que se puede hacer mejor, intentas luchar porque eso sea así es estamparte una y otra vez contra barreras una pared. La supervisora... y llega un momento que te cansas de chocar contra pared, chocar contra pared, y no poder cambiar nada, la impotencia de no poder cambiar nada llega un momento que sabes es como un poco frustrante" (P_{4.1}/E₈)
- "Creo que la dirección que está siguiendo en los últimos años va de camino a consolidar se como profesión, incluso quizás algún día se reconozca como ciencia como tal. Pero para eso va a hacer falta sacar muchos más principios.
Es más profesión. El oficio de cirujano-barbero de la edad media está desapareciendo. Cuando se incorpora la investigación y los conocimientos científicos a la enfermería el oficio como tal desaparece. Cuando sabemos porque hacemos las cosas es lo que hace ese cambio de oficio a profesión. Sobre todo, la formación de alto grado superior universitario, ya es un buen punto de referencia para considerar la enfermería más como profesión que como oficio." (P₆/E₄)
- "Yo me podría poner a trabajar de albañil, que trabajé de peón. Por supuesto, me podría ir a un taller que también he trabajado, no sabría hacer muchas cosas pero podría aprender. Esto hay que aprender y cuesta aprenderlo... es una profesión o un oficio

muy grande. Determinadas cosas que solamente no son técnicas, pues creo que no es un oficio.” (P₅/E₅)

- “No importa. Quiero decir la enfermera puede asumir tareas delegadas de cualquier otro profesional, enfermería en el momento que se responsabiliza de esa tarea y las asume está aplicando un cuidado. O sea, yo tengo que asumir la retirada de un catéter epidural y eso es ya responsabilidad mía. Y yo...eso ya requiere el cuidado de ese paciente, desde que yo desarrollo la técnica, desde que llevo el carro, quitarle el catéter y ponerle un apósito oclusivo yo ya estoy desarrollando mi cuidado. Tengo que hacerlo de una manera, en mi mente ya está voy a retirarlo así, de manera aséptica, vigilarle la tensión cada cierto tiempo voy a vigilarle que no le duela la cabeza, todo eso que hacemos de manera sin escribir lo en ningún sitio de manera inconsciente, que trabaja en tu cabeza, ¡eso son cuidados!. Que tú has organizado, no aplicamos lo del plan de cuidados de forma escrita en protocolos, pero lo hacemos sin querer, es tu forma de trabajar, todo eso lo haces es un proceso mental y lo aplicas. Y lo que tú aplicas son las técnicas, pero el cuidado está en tú cabeza y está englobando lo todo eso.”(P_{3.1}/E₈)

Organigrama V.



Organigrama de la relación entre las categorías de estudio.



A modo de síntesis de los resultados del estudio.

La imagen social de enfermería proyecta un significado en los profesionales de enfermería que repercute en su propia percepción, como en la forma de abordar la práctica clínica.

Como profesionales asistenciales consideran que la autonomía e independencia disciplinar de enfermería reside en la vertiente académica, pero no en la práctica asistencial. Excepto la parte relacionada con las necesidades emocionales que puede ser entendido como una situación forzada donde enfermería busca su propio espacio de identidad. Espacio que le conceden otros estamentos profesionales, por otra parte abandonada al perfil profesional de cada enfermera.

Y es que a partir de la percepción que tienen de enfermería construyen un perfil profesional que guía la práctica asistencial. Si bien, con el transcurso de la actividad asistencial y el desgaste profesional ese perfil profesional trazado es modificado o matizado y entran en juego otros atributos como los personales, habilidades de comunicación o actitudes como la empatía que adquieren una mayor relevancia para la práctica clínica.

El perfil profesional no está sujeto al sexo. Las diferencias en los cuidados brindados como en las tomas de decisiones clínicas no obedecen a diferencias de género, masculino-femenino. No obstante, si advierten prejuicios sociales adheridos a diferencias educativas y culturales para ambos sexos, pero no un rol profesional separado por el género.

Continuando con el perfil y el rol profesional, una enfermera que percibe la enfermería como una profesión autónoma e independiente dirige sus estrategias a la resolución de los problemas clínicos desde un modelo basado en la excelencia profesional y desde unos cuidados holistas, que le llevan a estar formando se continuamente. El modo de entender el cuidado de forma holista lo relacionaron con la empatía que depende de la motivación de las enfermeras en la praxis, sustentada en el concepto de vocación por contribuir a satisfacer las necesidades de los pacientes como las propias necesidades profesionales que en su conjunto determinan el rol profesional.

Por el contrario, una enfermera que percibe la profesión como “auxiliar” dependiente de otras disciplinas, adopta un rol profesional pasivo, afronta los problemas clínicos sin valorar el fundamento de sus intervenciones. Ejecuta tareas, órdenes prescritas, sin toma de decisiones. Los cuidados son entendidos como ejecución de tareas.

Esta enfermera no busca formarse y cuando lo hace obedece a otros intereses, por tanto, esta formación no tiene traslación a la clínica.

Por el contrario, una formación incentivada por la excelencia profesional con cuidados holistas propicia un cambio del rol y de percepción profesional.

Con independencia del rol profesional adoptado en la clínica persevera un conocimiento pseudocientífico, basado en el sentido común y en la experiencia de colegas por transmisión oral que prioriza la ejecución de técnicas y procedimientos que resuelvan con inmediatez los problemas clínicos con independencia de su eficiencia. Motivo por el cual, el conocimiento científico, la evidencia, como los modelos y teorías de enfermería quedan relegados a un segundo plano en ocasiones a una presencia testimonial. Supeditado a la convicción individual de cada enfermera según su perfil profesional, autónomo o auxiliar

Convicción individual que repercute, también, en la dedicación a la función investigadora en enfermería. Ésta se encuentra menospreciada por una cultura y un modelo de gestión sanitaria que no incentiva la excelencia y promoción profesional, sino que, por el contrario, es permisiva con la dejadez de funciones y la carencia de rigor científico. Un modelo sanitario y legislativo que percibe todavía a la disciplina de enfermería como una profesión auxiliar y subordinada a otros estamentos profesionales.



Organigrama VI.



Organigrama de las subcategorías del estudio en relación a la elaboración de la categoría principal, los cuidados básicos de enfermería.

5.5. ATRIBUTOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Las enfermeras expresaron en base a qué fundamentos conforman la práctica asistencial y clínica de enfermería, cómo gestan el proceso multifactorial de los cuidados básicos de enfermería. A menudo con insustanciales clasificaciones de los cuidados producto de la ambigüedad y confusión conceptual de éstos, carentes de criterios homogéneos que definan y delimiten los cuidados de enfermería.

No obstante, el análisis de los datos vertidos en las entrevistas han permitido identificar un patrón o denominador común a los cuidados básicos de enfermería brindados por las enfermeras, unos atributos que aglutinan y homogenizan los cuidados de enfermería, qué son y qué no son.

La dificultad estriba en trasladar el concepto teórico, como tal abstracto, de los cuidados de enfermería, más si cabe, por su propia indefinición y delimitación postulada en la literatura enfermera y en las

propias enfermeras clínicas, a las actividades que la enfermera realiza en su función asistencial.

Llegado a este punto ¿qué actividades, tareas, expresadas mediante técnicas y procedimientos pueden considerarse cuidados de enfermería?. Reiterar que algunas técnicas fueron desarrolladas por distintos estamentos profesionales sanitarios como por personal no profesional. Por tanto, la técnica en sí misma no constituye un cuidado de enfermería. De lo contrario los cuidados de enfermería no serían la razón y el fundamento disciplinar de enfermería que la legítima como disciplina científica autónoma e independiente, sino de cualquier otro estamento profesional sanitario o no.

La esencia de los cuidados de enfermería está fundamentada en postulados teóricos que permiten una investigación aplicable a la práctica, superando la mera ejecución de tareas por sofisticadas que estas sean (Villalobos, 2007). En consecuencia, la naturaleza que da especificidad e identidad dotando a las distintas actividades, técnicas y otros procedimiento en cuidados de enfermería, competencia y objeto propio de la disciplina enfermera está representada por tres criterios o atributos que han de confluir. Dicho de otra forma para descender del nivel de abstracción al terreno tangible de las técnicas y qué constituyan los cuidados de enfermería es necesaria la confluencia de estos tres atributos:

1. Actitud empática, por parte de enfermería.
2. Conocimiento específico en enfermería.
3. Competencia de la disciplina de enfermería.

- **Actitud empática.**

Permite establecer e identificar las necesidades de los pacientes: dimensión biológica, psicológica, social y espiritual con el fin de satisfacer tales necesidades. Cuando sea competencia de enfermería o en su defecto actuando de interlocutor al resto del equipo multidisciplinar.

- **Conocimiento específico en enfermería.**

Sin éste no es posible abordar y satisfacer tales necesidades. Este conocimiento específico en enfermería (abarca conocimientos procedentes



de la ciencia biomédica y de humanidades) posibilita el pensamiento reflexivo así como el criterio y juicio clínico aportados por el conocimiento teórico, fundamentados en la investigación y las bases científicas, como en la experiencia clínica derivada de la práctica asistencial. Sin ello, los cuidados de enfermería sólo serían actividades, procedimientos o técnicas "vacías". Carentes de fundamento científico, propias de un oficio, alejadas de una profesión y de una disciplina.

• **Competencia de la disciplina de enfermería.**

Una práctica clínica fundamentada desde los cuidados de enfermería que traslade la naturaleza holista de los cuidados. Determinadas acciones que llevan a cabo las enfermeras en la práctica clínica siendo legítimas de enfermería no constituyen cuidados de enfermería.

En determinadas acciones la enfermera actúa por delegación como mera ejecutora de órdenes prescritas por el facultativo como la retirada de un drenaje, catéter epidural, preparación de nutriciones parenterales. Delegaciones que, según el centro hospitalario, pueden estar pueden estar integradas en las funciones enfermeras o no.

En otras ocasiones la enfermera facilita a los pacientes consentimientos para pruebas como intervenciones quirúrgicas, incluso puede llegar a explicar los consentimientos o dar el informe médico de alta. Acciones éstas que no son competencia profesional de enfermería, en consecuencia, no pueden ser considerados cuidados de enfermería.

También puede actuar la enfermera como colaboradora. En la realización de pruebas diagnósticas/terapéuticas actuando como instrumento ejecutor, auxiliando al médico. Actuaciones, por otra parte, legítimas de la disciplina enfermera.

Determinadas acciones requieren de un abordaje multidisciplinar, como sucede en la realización de curas de heridas específicas. Cuando la enfermera trata a la persona y no sólo el procedimiento, la herida, desde una perspectiva holista es un cuidado de enfermería. Si su actuación se reduce a seguir las prescripciones médicas, cómo realizar la cura, qué materiales utilizar, cuándo realizarla, su frecuencia, no es un cuidado de enfermería sino una instrumentalización de la enfermera.

Finalmente, acciones administrativas, burocráticas, como el montaje de historia clínica del paciente (incluye historia médica y enfermera) siendo legítimas como actividades en las funciones de enfermería no pueden considerarse cuidados de enfermería;

El concepto práctico de los cuidados básicos de enfermería corresponde a todas aquellas acciones o actividades que realizan los profesionales de enfermería en el ejercicio de su función asistencial derivada de su competencia profesional y disciplinar, acreditados por los estudios de enfermería. En tales acciones ha de tener presencia la empatía o actitud empática que posibilite la detección de necesidades no cubiertas por las personas y que requieran de apoyo profesional de enfermería para su satisfacción. Estas acciones deben estar fundamentadas en el conocimiento específico de enfermería, tanto biomédicos como en humanidades, y sean consecuentes al pensamiento y juicio crítico;

5.6. CRITERIOS DE VALIDACIÓN DEL ESTUDIO.

5.6.1. VALIDACIÓN METODOLÓGICA.

Algunas investigadoras defienden no “mezclar” los métodos cualitativos y cuantitativos por diferir en cuanto a su filosofía y perspectiva en la percepción de un fenómeno. A criterio de Leininger (2003) “Mezclar paradigmas y métodos de investigación [cualitativa/cuantitativa] viola los propósitos, los objetivos y la integridad de cada paradigma”. En esta vertiente se postula autoras como De la Cuesta (2004) para quien la validez, entendida como sinónimo de veracidad, de un estudio cualitativo obedece a razones epistémicas y no metodológicas.

Si bien, cabe destacar que no es un precepto compartido por todos los investigadores. Cabrero y Richart (2000) como otros autores Campbell y Fiske(1959), Morse (2003) entre otros abogan por el uso de la Triangulación. Empleo combinado de técnicas cualitativas y cuantitativas como forma de corregir los sesgos de cada método. Mientras Morse distingue la triangulación secuencial: no mezclar los enfoques en un estudio, pero sí utiliza dicha técnica con el fin de complementar los hallazgos mediante varios estudios, y la triangulación simultánea: combina técnicas de ambos tipos en un mismo estudio.



La TF es un método cualitativo que sin embargo se desarrolló usando perspectivas tanto cualitativas como cuantitativa y es que sus creadores pertenecían a orientaciones intelectuales distintas. Glaser, era matemático y Strauss era un científico social (Leininger, 2003). El presente trabajo de investigación es fiel a los fundamentos de la TF desarrollados por Strauss y Corbin (2002): Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. En el cual de forma explícita argumentan como criterios de la evaluación de la TF la pertinencia, congruencia y rigurosidad. Encontrándose la validación de los datos en cada paso del análisis y el muestreo.

Es por ello que la evaluación del estudio es continua en cada apartado, epígrafe. Los fragmentos de las citas de las enfermeras participantes presentadas al final de cada categoría constatan la credibilidad y veracidad de los datos emergentes que den cuenta de la congruencia metodológica y su rigurosidad.

Estas citas pueden integrarse en diferentes categorías y no en un solo compartimento estanco. Además de la credibilidad pretende presentar los resultados de forma clara y concisa, cuya narrativa no se encuentre interrumpida o distraída por numerosas citas en los relatos que la conviertan en un texto farragoso e interfieran en la exposición de los resultados.

Con relación a la validez de los estudios realizados con metodología cualitativa tuvo presente los criterios expuestos por Leininger (2003). Éstos se encuentran conceptualmente relacionados con otros investigadores cualitativos como Burns y Grove (2004) o Guba y Lincoln (1985), que difieren en la terminología.

Leininger (2003) considera seis criterios a evaluar en los estudios cualitativos:

1. Credibilidad: referida a la verdad o verosimilitud desde los individuos que son estudiados (emic), la perspectiva foránea (etic) se analiza en relación con lo emic.
2. La posibilidad de confirmación: obtener corroboraciones directas por parte de los informantes sobre los hallazgos del investigador o de sus interpretaciones. Parafrasear las ideas o ejemplos de los informantes.

3. El significado en contexto: datos comprensibles dentro de contextos holísticos y que tienen significados referentes para los informantes.
4. Los patrones recurrentes: referido aquellos patrones que se dan de forma repetida en contextos similares o diferentes. Se usan las experiencias, expresiones, acontecimientos que se repiten.
5. La saturación: el investigador no encuentra más explicaciones, interpretaciones o descripciones del fenómeno estudiado en los informantes.
6. La posibilidad de transferencia: se refiere a si un hallazgo particular se puede transferir a otro contexto o situación similar y preserva su significado.

Siguiendo los criterios expuestos por Leininger(2003)

1. Credibilidad: los resultados obtenidos del estudio proceden de los datos aportados por las enfermeras participantes. Tras la realización del análisis y de la entrevista y la realización del memorando, éste es remitido a la enfermera solicitando su conformidad o matización a las interpretaciones realizadas por el investigador de las entrevistas, no se produjo ninguna matización o disconformidad.
Por otra parte, los resultados del estudio son coherentes con los datos ofrecidos en la literatura. Si bien el propósito del estudio no es probatorio, aporta congruencia y verosimilitud respecto a la literatura.
2. Posibilidad de confirmación: la conformidad a los memorandos remitidos a las enfermeras participantes lo constatan. Junto a la credibilidad aportada por las extensas citas al final de cada categoría.
De este modo los objetivos del estudio, general y específicos, quedan amparados por el criterio de confirmabilidad.
3. El significado en contexto: los resultados son expresados dentro del contexto clínico de las enfermeras, tanto en la organización como en el funcionamiento de las unidades hospitalarias donde



llevan a cabo los cuidados básicos de enfermería. La utilización de códigos in vivo avalan los significados de los conceptos que hacen referencia los participantes. Los diferentes anexos que forman el estudio proporcionan una información adicional para la comprensión situacional de las enfermeras participantes y en consecuencia del contexto del estudio.

4. Patrones recurrentes: relativos a la repetición de experiencias, formas de actuación ante determinadas situaciones clínicas o afrontar la función asistencial de enfermería que evidencian las estrategias de las enfermeras. Estrategias que son abordadas en la evaluación de los objetivos del estudio.
5. Saturación: queda refrendada con la reiteración de los datos expuestos en las citas al final de cada categoría.

Criterios para la saturación de los datos Morse (2000):

- **Ámbito del estudio:** si es amplio el estudio requerirá un mayor muestreo y se tardará más tiempo en alcanzar la saturación.
- **Naturaleza del tema:** si el tema está claro y los sujetos hablan con claridad y facilidad se precisarán menos participantes para alcanzar la saturación.
- **Calidad de los datos:** la calidad de la información obtenida como la adecuación de los instrumentos para tal propósito determinan el tamaño de la muestra.
- **Diseño del estudio:** un mayor número de entrevistas a un informante proporciona datos de mayor calidad.

Dada la densidad y el carácter productivo de las entrevistas, como la conformidad de los memorandos no fue necesaria la realización de entrevistas complementarias a un mismo informante.

6. **Posibilidad de transferencia:** la Teoría Fundamentada tiene entre sus objetivos construir teoría, para Strauss y Corbin (2002) significa conectar conceptos que expliquen o puedan predecir un fenómeno. El término de razonamiento abductivo o inferencia abductiva (Pierce 1979), concepto que reposa en los principios

de la TF, se basa en los datos particulares de un fenómeno de un estudio determinado que posteriormente se vincula o relaciona con conceptos más amplios. En otras palabras “las inferencias abductivas buscan superar los datos mismos para ubicarlos en marcos teóricos interpretativos y explicativos” (Coffey y Atkinson, 2005). Para Strauss y Corbin (2002), a partir del análisis e interpretación de los datos brutos se descubren conceptos y relaciones en los datos para ser explicados y extrapolados a esquemas teóricos.

Los conceptos analizados que conforman las categorías que explican el cuidado básico de enfermería y el rol profesional superan el contexto clínico particular de los hospitales referidos como a las propias enfermeras del estudio. En tanto, el sistema hospitalario público español comparte unos objetivos dirigidos al bienestar del paciente y el mantenimiento o recuperación de su salud. Igualmente ocurre para los profesionales de enfermería cuyo sistema formativo universitario, público o privado, mantiene una formación troncal común.

En lo que se refiere a los criterios evaluativos propuestos por Burns y Grove (2004) mantienen una correspondencia con los expuestos por Leininger (2003). Igualmente sucede con los de Guba y Lincon(1985).

Para Burns y Groves(2004) estos criterios evaluativos de los estudios cualitativos son:

1. Intensidad descriptiva: de tal forma que el lector tenga la sensación de haber experimentado el evento.
2. Congruencia metodológica: identificar la filosofía y la metodología utilizada. Ello implica rigor en la documentación, esto es, presentación clara de sujetos del estudio, significación del estudio, propósito del estudio, pregunta de investigación, métodos de muestreo, estrategias de recogida y análisis de datos, desarrollo teórico, conclusiones, implicaciones éticas entre otras, rigor del procedimiento, esto es, aplicación de los procedimientos seleccionados en el estudio.



3. Precisión analítica: registrar todas las secuencias explicaciones del proceso de análisis de los datos hasta su transformación en niveles más abstractos.
4. Conexión teórica: la teoría generada en el estudio ha de ser expresada claramente de forma coherente y lógica, basada en los datos y ser compatible con los conocimientos de enfermería.
5. Relevancia heurística: reconocimiento del fenómeno estudiado y significación y aplicabilidad práctica como su influencia en investigaciones futuras.

En cuanto a los criterios de evaluación de estudios cualitativos por Guba y Lincon(1985):

1. Credibilidad.
2. Confirmabilidad.
3. Significado contextual.
4. Saturación.
5. Patrones recurrentes.
6. Reproductividad o transferibilidad.

5.6.2. LA OBJETIVIDAD COMO CRITERIO DE VERACIDAD.

Aludir al término objetividad en un estudio cualitativo que persigue la subjetividad del fenómeno estudiado podría inducir a una aparente contrariedad u oposición a los principios del paradigma cualitativo. Sin embargo, la objetividad es necesaria en el desarrollo analítico por parte del investigador para alcanzar una interpretación imparcial y precisa de los acontecimientos y del fenómeno estudiado (Strauss y Corbin, 2002).

Para Strauss y Corbin (2002) la objetividad ha de entenderse no como control de variables, significa "darle la voz" a los entrevistados y comprender que el conocimiento de los investigadores basados en creencias, cultura, educación y experiencias, no tiene por qué coincidir con sus entrevistados. Proponen algunas técnicas para mantener una posición objetiva, por parte del investigador, que mitigue la intrusión del sesgo en el análisis y le permita mantener la sensibilidad

necesaria para percibir los matices de significados en los datos y sus conexiones.

Estas técnicas son:

- Pensar de manera comparativa.
- Obtener múltiples puntos de vista.
- Uso de la triangulación, entendida como el variar técnicas de recolección de datos y de enfoques. Obtener datos sobre un mismo acontecimiento de forma plural de personas, épocas, lugares.
- Actitud de escepticismo.

Las categorías del estudio son el resultado de comparar los conceptos en los datos. Diferentes puntos de vista con distintos enfoques para un mismo concepto mediante el muestreo teórico. Así los cuidados son analizados desde las diferentes formaciones en enfermería y desde distintas concepciones de enfermería. La actitud de escepticismo se encuentra presente, no se dan por supuestos los hechos y acontecimientos narrados sino que son interrogados y cuestionados.

Para ilustrar el uso de las técnicas para mantener una posición objetiva en el estudio tomaré como ejemplo la elaboración de los cuidados de enfermería ¿qué son, en qué consisten?, para las enfermeras entrevistadas.

Algunas enfermeras afirmaron que toda la práctica clínica asistencial que realizaban eran cuidados de enfermería, otras sostenían que los cuidados de enfermería estaban diseccionados o separados dependiendo si eran técnicos, como la realización de una glucemia capilar, si atendían aspectos emocionales del paciente, si eran generales o específicos circunscritos a una patología. Que existían cuidados innatos frente a otros aprendidos, cuidados formales e informales, entre algunos de los criterios clasificatorios que esbozaron.

Interrogar los datos de las entrevistadas permite comparar los incidentes en busca de similitudes y diferencias en término de propiedades y dimensiones. Buscar respuestas a esas preguntas, en este caso para los cuidados de enfermería.

De forma explícita las enfermeras relataron la dificultad de definir los cuidados de enfermería, existiendo disparidad de criterios para clasificarlos o considerar una determinada acción un cuidado o no.



¿Quién realiza los cuidados?, explicaron que una misma actividad o técnica, como la glucemia capilar, puede ser realizada tanto una enfermera como personas legas. Entonces me pregunto por las semejanzas o diferencias en la realización de dicha técnica ¿sucede lo mismo en los cuidados no técnicos?, ¿cuál es el nexo de unión en los cuidados?, ¿realmente son distintos cuidados?, ¿qué atributos tienen los cuidados de enfermería?

Comparé las distintas propiedades y dimensiones de los cuidados, esto es, los distintos atributos y características que le dan especificidad para que una determinada acción, actividad que realiza una enfermera la considerasen cuidado de enfermería o no.

Consideraron como uno de los atributos que debía estar presente en los cuidados de enfermería el estar en contacto con la gente, con el paciente. Así la E4 expresó que “el componente natural es el trato humano con el paciente” o la E3 “la auténtica enfermera es aquella que realiza esta parte invisible de la enfermería, que supera la mera ejecución de actividades y técnicas propias de enfermería”.

En la interrelación enfermera-paciente, consecuencia del contacto entre ambos, se dan conversaciones triviales entre ambos. ¿Sería un cuidado de enfermería este tipo de conversación?, y ¿cuándo le trasladan un consentimiento al paciente para una prueba?. Aquí existe interrelación, contacto entre la enfermera y el paciente, sin embargo hay enfermeras que no consideraron dicha acción un cuidado de enfermería. ¿Cómo ha de ser el contacto?, acciones orientadas y dirigidas al paciente como la realización del relevo de enfermería, la preparación de la medicación para administrar al paciente, fueron consideradas para algunas enfermeras cuidados de enfermería y no existía contacto directo con el paciente. La administración del tratamiento farmacológico puede no ser administrada por la enfermera, pensemos en el tratamiento domiciliario que aporta. Siguiendo con las comparaciones la interrelación con el paciente no es exclusiva de enfermería también se da entre otros profesionales sanitarios y el paciente.

Los distintos atributos de los cuidados de enfermería son sometidos a un interrogatorio y a una constante comparación. ¿Son los mismos atri-

butos para las enfermeras en función de su experiencia clínica, procedencia formativa o sus motivaciones?, está pregunta condujo a realizar un muestreo teórico entre enfermeras con distinta experiencia, formación, o motivaciones. En cuanto al sexo de las enfermeras, ¿induce el sexo a una predisposición diferente en cuánto a la percepción de los cuidados y la manera de abordar la práctica clínica?.



CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN.

6.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La práctica clínica de enfermería desde sus inicios como profesión ha estado sometida a un continuo análisis y revisión de los conocimientos que la fundamentan como acredita la historiografía de enfermería.

La integración de enfermería como disciplina científica ha generado un cuerpo de conocimiento basado en la investigación que asegura el futuro de la profesión y la aleja de un oficio, sin embargo, la construcción de la ciencia de enfermería puede pasar a un segundo plano si se construye priorizando la resolución de la práctica clínica Karnick (2013). El objetivo de enfermería es una explicación de por qué las personas requieren de enfermería, comprender la naturaleza y el significado del objeto de estudio de enfermería (Orem 2011).

Minimizar la ruptura teórica-práctica hasta su inexistencia requiere homogenizar y delimitar el concepto práctico de los cuidados de enfermería, reconducir la profesión de enfermería hacia unos cuidados holísticos.

Entre las distintas líneas de estrategias de las investigadoras que defienden los cuidados de enfermería holísticos comparten incorporar la subjetividad del saber, de la experiencia de las propias enfermeras que brindan tales cuidados.

Entre las particularidades del enfoque destacan las aportaciones de Leathard y Cook (2009) reflexionan acerca de las estrategias que facilitan la aplicación de una enfermería holística, concluyendo que ésta se encuentra unida a la sabiduría práctica y la espiritualidad mediante el aprendizaje basado en la experiencia. Vanaki y Memarian (2009) proponen incorporar la ética profesional como modelo que pueda garantizar una competencia clínica que incluye la aplicación de conocimientos y habilidades de enfermería. Del mismo modo Benner, Suthen, Leonard-Hahn et.al. (2008) mostraron su inclinación por incorporar al aprendizaje y la formación de la práctica de enfermería el comportamiento ético. Si bien, cabía dar un paso más a los conceptos que aborda la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia,

con conceptos de buenas prácticas internas en el comportamiento ético cotidiano.

Otras estrategias se orientan a incorporar el concepto de reflexión como eje prioritario de ayudar a las enfermeras en la práctica clínica y en el cuidado holístico Lefevre (1996); De la cuesta, (2003); Bulman, Lathlean, Gobbi, 2012; Hatlevik (2012) quienes consideran el concepto de reflexión como instrumento para mitigar la brecha teórica-práctica en enfermería.

Los profesionales de enfermería han experimentado una profunda transformación en su formación académica y profesional. Las tendencias actuales de los sistemas sociales de salud ponen de manifiesto la necesidad de transformar la educación enfermera hacia el siglo XXI con marcos pedagógicos que incluyan el conductismo y el constructivismo (Handwerker, 2012).

Una de las principales exponentes en los estudios del conocimiento de la práctica clínica enfermera es el realizado por P. Benner, quien entendió el saber enfermero como un conocimiento práctico, donde el cuidado es específico, individual y contextual. Describe cinco niveles para la adquisición y desarrollo de habilidades para la práctica clínica de principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto (Benner, 1984), quien ya advirtió el predominio de las técnicas sobre las prácticas del cuidado. A juicio de Brykcynshi (2003) la mayor aportación de Benner es proporcionar un marco en el que identificar, definir y describir la práctica clínica en el contexto real de enfermería y no en una teoría descontextualizada.

La perspectiva fenomenológica del estudio mantiene sintonía con las estrategias propuestas desde la construcción de la percepción de las propias enfermeras. Sin embargo, no es propósito dado carácter exploratorio del estudio el de verificar, refutar o alinearse con una de las directrices expuestas.

Para Chaparro (2010) el conflicto se sostiene en el choque y la consideración entre la dimensión espiritual de los cuidados, intuitiva, intangible e inmensurable, con la parte científica, verificable y cuantificable.

Sánchez Herrera (2010) relaciona la espiritualidad con los aspectos no materiales de la vida. No es una prerrogativa de los creyentes sino



una dimensión de cada persona con necesidades de confort, compañía, conversación o el consuelo. La dimensión espiritual es interdependiente y se relaciona con las demás dimensiones, biológica, psicológica y social.

Tales afirmaciones reafirman la trascendencia de investigar las interpretaciones clínicas que realizan las enfermeras asistenciales, acorde al rol profesional derivado del significado que le atribuyen a los cuidados de enfermería.

De este modo, Gallagher (2007) afirma que las ideas preconcebidas juegan un importante función en el aprendizaje de las enfermeras y estos prejuicios deberían incorporarse a los planes de estudio como punto de partida. Los resultados del estudio manifiestan como las enfermeras clínicas en función de sus ideas preconcebidas acerca de los cuidados y de la percepción de la profesión de enfermería construyen su propio perfil profesional, con el que dirigen sus estrategias con las que conformar los cuidados de enfermería en la práctica clínica.

Hoeve, Jansen y Roolbol (2013) analizaron los estudios desde 1997 a 2010 de la imagen pública de enfermería y concluyen que es diversa e incongruente. Esta imagen que se proyecta es parte del propio concepto de las enfermeras vinculadas con su invisibilidad y falta de discurso público. Las enfermeras reciben como auto concepto y la identidad profesional de su imagen pública, del medio ambiente de trabajo, de los valores del trabajo como los valores sociales y culturales tradicionales.

Estudios referentes a la motivación en la elección de la profesión de enfermería en España señalan como principal argumento la vocación. Sin embargo, estos estudios no recogen criterios homogéneos sobre el término vocación. Conceptualizados de diferente forma, no parten de un mismo referente para los participantes del estudio (Zabala y Ruano, 1989). En otros que sí parten de un concepto explícito de vocación (Ojeda Pérez, Robaina, et., 1990) sólo la mitad de los encuestados elige la vocación. Son estudios que se basan en cuestionarios cerrados que no tienen una visión completa y holista del fenómeno.

El Consejo General de Enfermería (marzo 1998) en el "Libro Blanco", señala que el 78,3% que eligió enfermería fue por ser la profesión que más gustaba, concluyendo que era una respuesta vocacional.

Martínez Nieto (2004) investigó la vocación en enfermería y concluyó que el término vocación no conlleva un significado "divino", religioso. Destaca que ha de entenderse el término vocación con el significado atribuido por los actores involucrados, que en su caso fueron alumnos de enfermería (Martínez Nieto, 2004).

Es en este sentido como es entendido el concepto de vocación en el estudio. Delimitado por unos parámetros que establecen las propias enfermeras. Concepto con un importante peso específico para la práctica clínica, como precursor que potencia la actitud empática que determina el perfil profesional, el rol relacionado con la motivación en la praxis clínica y con la percepción de la profesión de enfermería.

La empatía es un concepto clave en la relación enfermera-paciente y en el cuidado (Richardson, Mcleod, Kent ,2012). La empatía fue definida por Carper (1978) como la capacidad de participar en la experiencia de otros, estar en la capacidad de dar todo de sí para dar el cuidado (citad.Chaparro 2010).

Por otra parte, el estudio pone de manifiesto que no toda las acciones que realizan las enfermeras clínicas constituyen cuidados de enfermería. El estudio propone unos criterios que identifican los cuidados de enfermería en la práctica clínica.

El perfil de los trabajos de investigación llevados a cabo por enfermeras clínicas hallados en revisión bibliográfica referentes a la concepción de los cuidados de enfermería cómo concepto práctico que articula la práctica clínica enfermera son aislados, sin líneas de continuidad. Habitualmente centrados preferentemente en técnicas y procedimientos de enfermería que desarrollan en sus unidades asistenciales (Gálvez Toro, 2001).

En consecuencia los cuidados de enfermería son tomados como sinónimo de "atención a" (Corbin, 2008; Flatley y Bridges,2008; Rolfe, 2009), cuidados de enfermería en el paciente con ventilación mecánica, cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico de "X" , etc, que hacen referencia a las técnicas y vigilancia de parámetros cuantificables, más que a la naturaleza del cuidado de enfermería.

Algunos estudios centran su interés en los efectos del cuidado, como por ejemplo: efecto de los cuidados en la dimensión del dolor en onco-



logía terminal (Estrada .et. 2013) o García Hernández et. (2011) que aborda el cuidado profesional de enfermería conceptualizado como las personas que solicitan sus servicios y el hacer de enfermería como un acto profesional alejado del buen samaritano. Para Abador (2013) los cuidados enfermeros son entendidos como satisfacción, que genera sentimientos de felicidad y afecto entre las enfermeras. Todos los ejemplos expuestos no parten de un concepto de cuidados común y homogéneo.

El estudio sensible con la naturaleza de enfermería en la construcción profesional como disciplina científica entiende una práctica clínica enfermera fundamentada desde la propia concepción de los cuidados de enfermería. En consecuencia aborda aquellos criterios constitutivos de los cuidados de enfermería en la práctica clínica. Concepto práctico que aglutina y homogeniza los cuidados básicos de enfermería en la praxis enfermera.

6.2. IMPLICACIÓN Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Con relación a las implicaciones del estudio.

Sólo desde una exhaustiva reflexión epistemológica es posible abordar el reto pendiente de enfermería: la consolidación profesional y científica. Profundizando en el objeto de la disciplina de enfermería: los cuidados y en su fuente de conocimiento (Siles 1999). Desde la óptica del estudio, esta demandada reflexión tendrá un resultado improductivo si no participa uno de sus principales protagonistas, los profesionales de enfermería con función asistencial.

El estudio identifica, describe y relaciona aquellos conceptos agrupados en categorías que inciden en la forma de abordar y elaborar estrategias con las que acometer la práctica clínica, por parte de las enfermeras en sus contextos clínicos hospitalarios. Con este proceso irremediamente afrontan el significado práctico de qué son los cuidados de enfermería.

Sólo a partir del significado que tiene para las enfermeras es posible comprender la práctica clínica de enfermería y la brecha teórica-práctica. Y sólo desde tal percepción diseñar estrategias formativas eficaces tanto para las enfermeras como para los futuros profesionales.

La reflexión epistémica siendo necesaria no es suficiente, a tenor de las manifestaciones vertidas por las enfermeras del estudio relativas a la ambigüedad legislativa. Donde cabe revisar el campo legislativo, con una actualización del Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. El cual no siga considerando al profesional de enfermería como "auxiliar" médico.

Desde la vertiente docente cabe tener en consideración aspectos referidos a la formación práctica. Tanto en la titulación oficial universitaria de enfermería como en la formación posterior. En lo que se refiere a la titulación de enfermería, no encuentran una correspondencia entre lo que estudiaron y la práctica clínica. Las enfermeras atribuyen tal circunstancia a su periodo formativo como enfermeras. Por una parte, apostillan una insuficiente vinculación de sus docentes universitarios con la clínica asistencial. En otros, sus docentes no siempre pertenecen a la disciplina de enfermería, especialmente, en la formación continuada.

Por otra parte en cuanto a los "docentes clínicos", esto es, las enfermeras clínicas que guiaron sus prácticas como estudiantes de enfermería, una vez terminado los estudios de enfermería, desvinculan gran parte de su formación teórica de la práctica asistencial.

Las enfermeras clínicas del estudio manifiestan que el enfoque de la formación, referida a la continuada y relativa a temas específicos de enfermería, no es el adecuado con escasa o nula aplicabilidad práctica. Centrada en la ejecución de técnicas de enfermería, que en el caso de enfermeras con cierta experiencia ya conocen por lo que les resulta no útil. Tales cursos no aluden al espíritu crítico y reflexivo de la investigación científica en las diferentes formas de abordar una cuestión clínica basada en la mejor opción para el paciente desde la evidencia científica disponible.

De tal modo elaboran modelos profesionales propios en función de sus expectativas acerca de qué son los cuidados de enfermería o que representa la disciplina enfermera. Son sobre estas ideas preconcebidas sobre las que cabe actuar. Con una formación de enfermería que incida en la naturaleza de los cuidados de enfermería y su aplicabilidad práctica desde las convicciones de la propia persona, estudiante de enfermería.



En cuanto a las implicaciones en la clínica asistencial los resultados del estudio no hacen más que constatar la brecha existente entre teoría y práctica como colectivo profesional. Quedando relegada la intención de mitigar tal ruptura teórica –práctica a las aspiraciones individuales de cada enfermera conforme a sus expectativas profesionales. Máxime cuando manifiestan una acentuada ambigüedad, cuando no desconocimiento, compartidos por el colectivo profesional de enfermería con los atributos que identifican los cuidados de enfermería en la práctica clínica.

El concepto práctico de los cuidados de enfermería posibilita articular la práctica clínica de enfermería en torno a éstos. Permite un crecimiento y consolidación profesional sin injerencias externas de otros estamentos profesionales. Permite diferenciar los cuidados de otras prácticas que se realizan en la clínica que siendo legítimas de enfermería no constituyen cuidados de enfermería.

Supeditar la profesión de enfermería a la mera ejecución de técnicas supone una amenaza para los propios fundamentos y principios de la disciplina enfermera. A día de hoy técnicas realizadas recientemente por enfermeras son realizadas de forma legítima por otros estamentos profesionales. Para que una técnica sea autónoma de enfermería y no pueda ser reclamada por otro estamento profesional ha de estar integrada en la naturaleza de los cuidados de enfermería.

Convendría recordar la diferencia entre oficio y profesión para Carr y Kemins(1988) (cit. Cabrero y Richart,2000). “Una profesión lo es y se diferencia de un oficio si sus métodos y procedimientos derivan de conocimientos teóricos y de un fondo de investigación que permitan desarrollar juicios autónomos. Distingue tres perspectivas: una técnica, que concierne con las destrezas y la acumulación de la experiencia personal, básicamente un oficio; una práctica, en donde cabe la experiencia y el aprendizaje, y se pueden reconocer los fundamentos teóricos; y una teórica y estratégica, que supone un examen sistemático de los problemas que plantea la disciplina”;

En referencia a las implicaciones en la función investigadora está alineado con el plano docente y asistencial.

Para que las enfermeras clínicas centren su interés en la investigación científica como productoras y/o consumidoras y no focalicen sus esfuerzos sólo en la inmediatez de resolución de problemas en la clínica han de interiorizar que la función de investigación es una herramienta que mejora la práctica clínica y se encuentra integrada entre sus funciones. No reservada de forma exclusiva para un cuerpo de enfermería de élite o el plano docente universitario, como ponen de manifiesto sus percepciones.

Para que se dé esta transformación es necesario implantar cambios en las estrategias formativas y de gestión. Con valores de buena praxis como los propugnados desde la ética del Código Deontológico de la Enfermería Española y, finalmente, la excelencia profesional sea valorada positivamente con incentivos promocionales como solicitan las enfermeras del estudio.

Con relación a las limitaciones del estudio.

En un acto no de modestia sino de honestidad, la primera limitación del estudio de la cual pueden derivarse otras es la propia limitación investigadora del autor del estudio.

La complejidad del tema a estudio requiere de un abordaje integral desde las diversas vertientes. El estudio, sin embargo, sólo analiza los cuidados básicos de enfermería en la práctica clínica hospitalaria bajo la condicionante lente del investigador, enfermero asistencial de ámbito hospitalario.

El investigador diseña e interpreta condicionado por su proceso de socialización, donde la reflexividad hace del investigador un actor más de su estudio (De la Cuesta, 2003), con una biografía que condiciona tanto lo que pregunta como el modo en que lo hace y su posterior interpretación (Rosaldo, 1991, cit. De la Cuesta, 2003);

En referencia a los resultados el estudio presenta las siguientes limitaciones:

Dada la naturaleza metodológica cualitativa del estudio no es posible generalizar o extrapolar los resultados y sus conclusiones per se. Sin embargo, éstos podrán ser válidos en el sentido de transferir los resulta-



dos a contextos que mantengan similitudes y así se pueda preservar el significado del estudio.

El estudio comprende los cuidados básicos de enfermería en la práctica clínica que llevan a cabo enfermeras que desarrollan su labor asistencial en unidades de hospitalización médico-quirúrgicas, en el contexto de dos hospitales públicos de la provincia de Alicante dependientes de la Agencia Valenciana de Salud (ubicados en las ciudades de Elche y Elda). No tiene en cuenta la concepción de la praxis enfermera en otras unidades específicas como Unidad de Cuidados Intensivos ó Quirófanos, por poner dos ejemplos. Tampoco en otros hospitales dependientes de la Generalidad Valenciana, tanto de la provincia alicantina como de las provincias de Valencia y Castellón que conforman la Comunidad Valenciana. Si bien, los condicionantes "macro" pueden ser muy similares al pertenecer a la misma institución pública con un contexto cultural, político y social, también similar. El estudio desconoce los condicionantes "micro" que le otorgue una singularidad que pudiese diferir en los resultados. El presente estudio tampoco contempla como escenario de la enfermería asistencial los hospitales concertados o privados, ni la Atención Primaria, es decir, la enfermería de los centros de salud.

Se requiere, por tanto, proseguir con estudios adicionales con muestras más diversas que contemplen otros escenarios no previstos en el presente estudio con los que se puedan replicar los resultados obtenidos y de este modo ofrecer una mayor consistencia a los hallazgos presentados. En su defecto contemplar nuevas vías de estudio y de indagación. En ambos casos un estímulo para continuar investigando la indefinición de los cuidados de enfermería, como a la brecha teórica-práctica que adolece enfermería.

6.3. FUTUROS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

Entre la literatura enfermera persiste unanimidad en entender que la praxis enfermera ha de estar basada en la evidencia científica, implementar evidencia en la práctica clínica. PACES (Practical Application of Clinical Evidence System) (Harvey, Kitson, Munz, 2012) considera un hecho incompatible con la brecha teórica-práctica enfermera, lo cual ha

de conducirnos irremediamente a redoblar los esfuerzos por mitigar y eliminar tal absurdo.

Con tal propósito presentan las diferentes propuestas las estudiosas de enfermería, modificar la educación y formación de las enfermeras, incorporar un comportamiento ético, aunar líneas de investigación y difundir sus hallazgos. Línea de trabajo que comparten las enfermeras participantes a tenor de las manifestaciones vertidas.

Sin embargo, cabe diseñar los futuros estudios desde el objeto de estudio de enfermería, los cuidados. Entender los modelos conceptuales, el campo práctico y de investigación de enfermería es trascendente para no perder la identidad de enfermería como afirma Fawcett, (2012).

Autores como Finggeld y Connett (2008) proponen profundizar en el estudio de la relación enfermera-paciente ligada a los cuidados y al arte de la enfermería, comprende las habilidades manuales o técnicas para la práctica de enfermería, como un proceso de descubrimiento creativo en el conocimiento cuya capacidad es la de ver al ser humano como un todo y no la suma de partes (Chaparro, 2010) . Van Leeuwen y Cusveller (2004) proponen estructurar el cuidado a la investigación y la educación desde el cuidado espiritual, teniendo presente la intuición como una forma legítima de conocimiento y no sólo como un rasgo externo (Billay, Myrick, Luhanga, Yonge, 2007; Smith, 2009)

Cualesquiera que sea la cuestión requiere de un fuerte liderazgo, educación, apoyo a la gestión y la comunicación efectiva. Resulta importante que las enfermeras gestoras y los responsables políticos aseguren el apoyo a las enfermeras para facilitar la investigación práctica (Olsen, Bradbury-Jones, 2013).



CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.

7.1. EN RELACIÓN A LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.

Con relación al objetivo general:

1. Describir desde la perspectiva de la teoría fundamentada las estrategias con las que las enfermeras con función asistencial elaboran los cuidados básicos de enfermería en la práctica clínica, en el contexto hospitalario público de Elche y Elda.

Las enfermeras identificaron unos conceptos, agrupados en cuatro categorías, que intervienen en la elaboración de los cuidados básicos de enfermería que llevan a cabo en la práctica clínica. Estas categorías están presentes en la construcción de los cuidados, pero su significado puede diferir o estar matizado por unos condicionantes personales y profesionales que propician la adopción de diferentes estrategias en la conformación de los cuidados en la práctica clínica.

Estas cuatro categorías que explican la confección de los cuidados básicos de enfermería son:

1. Motivación de las enfermeras en la praxis clínica.
2. Resolución problemas en la praxis clínica.
3. Formación de las enfermeras.
4. Percepción de la disciplina/profesión enfermera.

Con relación a los objetivos específicos:

1. Describir las categorías que conforman el proceso de elaboración de los cuidados básicos de enfermería.

Motivación de las enfermeras en la praxis clínica.

Las motivaciones que llevan a estudiar enfermería son variadas, pero comparten una idea preconcebida acerca de la profesión de enfermería, de los cuidados y lo que representan. Percepciones dispares, superficiales o distorsionadas en mayor o menor medida en cada enfermera. A partir de estas percepciones trazan un perfil personal y profesional que guiará la manera de acometer la práctica clínica.

Es este perfil el que identifica a los profesionales de enfermería en enfermeras vocacionales y no vocacionales.

Las denominadas enfermeras no vocacionales, por las autodenominadas vocacionales, serían aquellas enfermeras que su primera elección no fue la de estudiar enfermería por distintos motivos. O bien tienen una percepción distorsionada de enfermería, a criterio de las "vocacionales".

Sin embargo, estas enfermeras "no vocacionales" comparten la importancia y el significado de vocación con las "vocacionales". Entendido, para ambas, como la sensibilidad y afinidad a enfermería de ayuda a los demás siendo una elección libre y desprovista de presiones externas de índole familiar o social.

Con el tiempo y el transcurso de la actividad profesional las expectativas personales y profesionales varían como consecuencia del desgaste profesional, por cierto desconocimiento de que es o representa en la práctica enfermería como disciplina modificando su perfil profesional trazado. Por ello adquiere una mayor relevancia frente al significado de vocación atributos personales como la actitud empática o aptitudes relacionadas con habilidades sociales de comunicación. Actitudes y aptitudes que representan estrategias con las que mitigar la insatisfacción profesional consecuentes al desgaste profesional y a las situaciones de estrés producidas por situaciones clínicas desagradables y tensas fruto de la enfermedad y de las interrelaciones personales.

Estas estrategias personales se encuentran desvinculadas del sexo y representan un rol profesional de acuerdo a dispensar unos determinados cuidados de enfermería. Las enfermeras no advierten, por tanto, diferencias de rol ligadas al sexo con sus compañeros varones. Si bien matizaron diferencias atribuidas al género en cuanto a la preferencia de determinadas unidades como pediatría o ginecología por las mujeres, respecto a una preferencia entre los varones por unidades de alta tecnología.

Resolución problemas en la praxis clínica.

Esta categoría integra conceptos tales como delimitar la práctica clínica con respecto a que son los cuidados básicos de enfermería. Para ello aborda aquellas propiedades y dimensiones de los cuidados, como



el cuidar como acto invisible, el cuidar como acto formal e informal, la parte innata y aprendida de los cuidados, o el significado y trascendencia que aporta la tecnología a los cuidados.

De tal modo en los resultados aflora que los cuidados de enfermería constituyen el eje que vertebra la práctica clínica asistencial entre las enfermeras, pero existen diferencias para delimitar qué son y qué no son cuidados de enfermería. Consecuente a la carencia de criterios homogéneos en torno a éstos. Una percepción extendida es considerar que los procedimientos y las técnicas llevadas a cabo en la praxis clínica constituyen los cuidados de enfermería.

Otras actividades asistenciales menos visibles o tangibles que las propias técnicas instrumentales como podría ser la identificación de las necesidades no cubiertas por los pacientes vinculadas con aspectos psicosociales son menospreciadas por sus propios colegas respecto a las técnicas tangibles. No obstante sí son reconocidas como cuidados de enfermería.

Estas prácticas menos visibles están asociadas con los cuidados no profesionales o legos y con el criterio de formación de cada enfermera. Criterio, por otra parte, no discriminatorio en tanto profesionales y personal lego son instruidos y adiestrados para la ejecución de determinadas técnicas con independencia de la visibilidad de la acción.

Las enfermeras consideran que en el acto de cuidar está presente una parte innata e inherente al ser humano como en el resto de animales y una parte aprendida, profesional, que está relacionada con la presencia de la tecnología. A pesar de ello no consideran la tecnología un criterio suficiente y concluyente como elemento constitutivo de los cuidados profesionales de enfermería.

Formación de las enfermeras.

La formación post-graduada referida como aquella formación continuada con fines de reciclaje y actualización de conocimientos en enfermería es valorada como un bien necesario. Pero, sin embargo, su uso es desigual y con diferentes connotaciones sobre su utilidad o practicidad en la clínica, en función de los años de experiencia profesional. Considerada de mayor utilidad entre las enfermeras más nóveles.

El peso del aprendizaje en la clínica como fuente de conocimiento se fundamenta en la experiencia profesional de colegas y compañeros. Si bien, con el paso del tiempo es sustituida por la propia experiencia profesional, ante la dificultad de resolución de problemas clínicos de índole instrumental como de procedimiento recurren a la experiencia profesional ajena. Las necesidades del paciente relacionados con aspectos emocionales, culturales, aspectos no técnico-instrumentales o de procedimiento, no son percibidos como un problema clínico y en consecuencia su resolución no es vista como una necesidad clínica. Por tanto va a depender de la importancia que le conceda cada enfermera a tales cuestiones.

El aprendizaje entendido como la transmisión de conocimiento basada en la experiencia profesional ajena resulta beneficioso también para la enfermera emisora. Es derivada de las relaciones y vínculos personales que se establecen en el trabajo como por la carga asistencial, puesto que conlleva más tiempo supervisar el trabajo de la enfermera novel. Si bien reseñar que no es responsable de los actos de las enfermeras más noveles, pero sí lo es de los incidentes que pudiesen derivarse en la unidad durante el turno de trabajo. Por otra parte, puede darse la circunstancia que una enfermera sea trasladada a otra unidad y convertirse en cierto modo en enfermera novel.

De forma habitual las enfermeras asocian experiencia con conocimiento, con independencia del fundamento teórico-científico que sustente tales acciones. Donde impera la resolución de los problemas clínicos, la inmediatez y la comodidad.

Las enfermeras confeccionan su propio modelo o guía de trabajo asistencial al margen del conocimiento científico disponible. Quedando éste relegado a la actitud particular de cada enfermera frente a su estrategia para afrontar la práctica clínica.

El conocimiento científico puede complementar al conocimiento basado en la experiencia, pero no es la fuente prioritaria para la ejecución de sus actividades asistenciales ni de los cuidados básicos de enfermería. Tampoco los modelos y teorías de enfermería rigen la clínica enfermera. Si bien determinados modelos de enfermería de importantes



teóricas como Henderson, Orem o Leininger, entre las más citadas, tienen una presencia testimonial con leves alusiones en la práctica clínica.

Percepción de la disciplina/profesión enfermera.

La autonomía e independencia disciplinar de enfermería se encuentra cuestionada o al menos matizada. Consideran, las enfermeras, que la autonomía disciplinar reside en la vertiente académica pero no en la práctica clínica.

La parte más autónoma, en cuanto a clínica se refiere, está relacionada con atender las necesidades espirituales y sociales. Lo cual consideran una situación forzada donde enfermería busca su propio espacio de identidad, el que le conceden y permiten otros estamentos profesionales. Lo que lleva a que algunas enfermeras consideren a enfermería como una "carrera accesoria de medicina". No obstante, no es una resignación generalizada, las enfermeras más nóveles advierten un cambio en el estatus profesional y social de enfermería motivado desde los estamentos académicos y sociales afines a enfermería. Proponen impulsar el cambio de forma eficaz desde la propia auto-percepción de las enfermeras, un cambio endógeno más que exógeno.

La autonomía e independencia disciplinar en la praxis clínica se encuentra supeditada a integrar las actividades, técnicas y procedimientos de enfermería en la naturaleza de los cuidados de enfermería.

Para ello establecieron tres atributos como sello de identidad de los cuidados de enfermería. Criterios necesarios que deben estar presentes en cualquier acción, técnica o procedimiento que realice enfermería, para ser considerado un cuidado de enfermería:

- Actitud empática, por parte de enfermería.
- Conocimiento específico en enfermería.
- Competencia de la disciplina enfermera.

El concepto práctico de los cuidados de enfermería en la praxis clínica corresponde a todas aquellas acciones o actividades que realizan los profesionales de enfermería en el ejercicio de su función asistencial derivada de su competencia profesional y disciplinar acreditados por los estudios

de enfermería. En tales acciones ha de tener presencia la empatía o actitud empática que posibilite la detección de las necesidades de las personas en sus diferentes dimensiones, cuando no puedan ser no satisfechas por los propios individuos o cuando requieran de apoyo profesional de enfermería para su satisfacción. Estas acciones deben estar fundamentadas en conocimientos específicos de enfermería, tanto biomédicos como en humanidades, y sean consecuentes al pensamiento y juicio crítico.

2. Explicar cómo se interrelacionan las categorías que conforman los cuidados básicos de enfermería.

Las cuatro categorías descritas las conforman conceptos que son interpretados de forma desigual, matizados con significados diferentes, pero que son precursores del concepto de los cuidados básicos de enfermería. Las enfermeras confeccionan los cuidados en la práctica clínica de acuerdo con el significado que tienen de la profesión enfermera y sobre que entienden por cuidados de enfermería en la clínica. En función de la utilidad práctica, fruto de la confluencia e interpretaciones resultantes de sus interacciones sociales.

La motivación de las enfermeras en la praxis clínica está relacionada con la percepción disciplinar y profesional que tienen de enfermería.

Así una enfermera que perciba la enfermería como una disciplina autónoma e independiente dirige sus estrategias clínicas a la resolución de los problemas clínicos desde un modelo basado en la excelencia profesional y desde unos cuidados holistas. Lo cual le lleva a estar formándose y actualizando sus conocimientos. Por tanto, el modo de entender los cuidados de forma holista lo relacionaron con la empatía que depende de la motivación de las enfermeras en la praxis clínica sustentada en el concepto de vocación por ayudar a satisfacer las necesidades del paciente como las propias necesidades profesionales, que en su conjunto determinan el perfil profesional. En este caso representaría un perfil autónomo de enfermería.

Por otra parte, una enfermera cuya percepción profesional está más cerca de una enfermería "auxiliar" y dependiente de otras disciplinas adopta un rol profesional pasivo. Afronta lo problemas clínicos sin va-



lorar el fundamento de sus intervenciones, ejecuta tareas, órdenes prescritas, sin toma de decisiones. Los cuidados son entendidos como ejecución de tareas con un perfil dependiente.

En consecuencia no busca formarse y actualizarse en conocimientos de enfermería. No obstante, puede realizar cursos formativos motivados por otros intereses, pero que no tienen traslación a su función asistencial en la clínica hospitalaria. En este caso la formación queda relegada a un puro trámite burocrático y la práctica clínica a una tarea mecánica deshumanizada.

La formación incentivada por la búsqueda de la excelencia profesional con unos cuidados holistas, no percibida como trámite burocrático, es la que propicia un cambio del rol profesional hacia una profesión y disciplina autónoma. Con una práctica clínica independiente cimentada en cuidados de enfermería holísticos.

La experiencia como fuente de conocimiento se encuentra relacionada con la resolución de problemas clínicos, preferentemente en la ejecución de técnicas y procedimientos instrumentales, y no en la parte holista, naturaleza de los cuidados de enfermería. Donde la atención humana en cuanto a la dimensión espiritual del individuo se encuentra en algunos casos abandonada, vinculada con la percepción que tengan de la disciplina enfermera como "auxiliar" de otras disciplinas o como disciplina autónoma e independiente.

La priorización por la inmediatez en la resolución de problemas instrumentales y procedimentales automatiza la praxis clínica y con ello relega a un plano secundario la reflexión crítica de la evidencia científica, los modelos y teorías de enfermería como fuente de conocimiento. Superadas a la convicción individual de cada enfermera según su modelo profesional de enfermería, autónomo o auxiliar.

Por otra parte, no se puede obviar que un gran número de actividades y técnicas asistenciales que realizan las enfermeras están dirigidas al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, motivadas por las necesidades de otros estamentos profesionales y no por la propia naturaleza de los cuidados de enfermería. Este hecho contribuye a la distorsión de la percepción de la disciplina enfermera.

La cimentación de los cuidados básicos de enfermería holistas vinculados con la satisfacción de las necesidades menos visibles y tangibles, la atención humana a las necesidades emocionales, espirituales o culturales dirige sus expectativas a un nuevo rol de las enfermeras y de una enfermería más autónoma e independiente. Donde la interrelación enfermera-paciente se fortalece con una actitud empática por parte de los profesionales. Su carencia deshumaniza los cuidados de enfermería y robotiza a sus profesionales produciéndoles insatisfacción profesional y personal. Especialmente en aquellas enfermeras cuyo perfil profesional dirigen hacia una enfermería autónoma e independiente.

3. Examinar el tipo de conocimiento que sustenta la práctica clínica de las enfermeras con función asistencial.

Los resultados del estudio nos muestran la coexistencia de diferentes tipos de conocimiento en la práctica clínica.

Por un lado y de manera prioritaria un conocimiento pseudocientífico, basado en el sentido común y en el adiestramiento para la ejecución de técnicas, acrítico, derivado de la observación y la experiencia ajena(entendida como copiar lo que hace otra enfermera) no reflexivo, relacionado con la parte innata de los cuidados de enfermería. El conocimiento fundamentado con el aprendizaje, aprender a reflexionar fundamentado en el conocimiento científico, ocupa un lugar secundario, más proclive en el perfil profesional autónomo.

La parte de los cuidados de enfermería que se ocupa de otras dimensiones como la atención a las necesidades espirituales o en la educación para la salud sí tienen cabida modelos y teorías de enfermería, aunque de manera testimonial. Con alusiones y referencias fundamentalmente a sus autoras, las necesidades de Virginia Henderson o el modelo de déficit de autocuidados de Dorothea Orem, principalmente;

4. Identificar las estrategias que adoptan las enfermeras en el afrontamiento de la práctica clínica dentro del contexto clínico hospitalario.

De manera general las estrategias que adoptan las enfermeras en la clínica están relacionadas con la disyuntiva perfil profesional, dirigidas



hacia una profesión autónoma e independiente, o con un perfil "auxiliar" de otras disciplinas.

Asociados a ambos perfiles elaboran estrategias específicas para acometer la práctica clínica.

A modo de ejemplo tomemos la elaboración de estrategias dirigidas a afrontar el estrés, derivado de la propia situación clínica de salud-enfermedad del paciente como de la interrelación que se establece con éste. Desde el perfil autónomo analizan la situación clínica del paciente y planifican en orden a unas prioridades focalizando sus respuestas en el paciente. Potencian actitudes como la empatía o habilidades de comunicación, para ello no tienen inconveniente en formarse. Cuando el perfil profesional no está comprometido con un cuidado holista prevalece una actitud profesional robotizada con la ejecución de tareas mecánicas prescritas por tratamiento facultativo. El estrés laboral derivado de la carga asistencial se mitiga con una clasificación, enumeración de tareas pendientes de realizar. La enfermera las ejecuta según el orden de prescripción o en su defecto priorizando aquellas que pueden comprometer la vida del paciente.

Para la resolución de situaciones clínicas que puedan comprometer la salud o la vida del paciente, las enfermeras recurren a la experiencia profesional de colegas con mayor veteranía hasta que se sienten con la suficiente experiencia y conocimientos prácticos para tomar sus propias decisiones clínicas. En cuanto a las enfermeras con mayor experiencia sus decisiones clínicas se fundamentan, también, en la observación de otros compañeros, que con el paso del tiempo y la repetición de las actuaciones toman como decisiones propias. En otros casos se basan en el ensayo-error y determinan así su utilidad (curas de heridas) referida a la consecución del objetivo de resolver el problema clínico. Cuando un modo de actuación "funciona", entendida en términos de utilidad, son poco proclives a valorar otras alternativas o modos de actuación, como a la revisión y actualización del conocimiento que sustenta tales prácticas.

Las estrategias formativas están vinculadas con las aspiraciones personales y profesionales de cada enfermera. Habitualmente, su forma-

ción post-titulación en enfermería se centra en cursos reglados, en tanto, con ellos consiguen méritos para optar a una mayor estabilidad laboral con la consecución de una plaza en propiedad. Cuando no es esta la razón formativa sino la excelencia profesional pueden acudir a formarse en cursos no reglados o buscar la formación que necesitan libremente por su cuenta.

5. Examinar los procesos cognitivos y socioculturales que intervienen en la praxis clínica y cómo repercuten en la percepción que tienen las enfermeras sobre los cuidados de enfermería y en la toma de decisiones clínicas, en el contexto clínico hospitalario.

La imagen social de enfermería proyecta un significado en los profesionales de enfermería que repercute en su propia percepción, como en la forma de abordar la praxis clínica. De tal modo, una profesión de enfermería proyectada o percibida como "auxiliar" de otros profesionales, no tiene cabida la investigación.

La escasa motivación por la investigación científica de las enfermeras se encuentra auspiciada por una cultura y un modelo de gestión sanitaria que en el caso de enfermería no sólo no premia la excelencia profesional sino que es permisiva con la dejadez de funciones, no incentiva la función investigadora, y en la carencia de rigor en las actuaciones clínicas.

En esta imagen social de enfermería coexiste la convicción que enfermería fue una profesión nacida para la atención de enfermos atendidos por mujeres y así lo han estudiado gran parte de sus actuales profesionales. Esta concepción es ya obsoleta, aún así persisten vestigios que le siguen atribuyendo al sexo femenino unas aptitudes predominantes respecto a los hombres como una mayor sensibilidad o mayor instinto de protección. Distinción por sexos que a percepción de las enfermeras es alentada por los pacientes y no por los propios profesionales de enfermería. Con especial hincapié en sus preferencias a ser atendidos por profesionales de su mismo sexo en relación a aquellas tareas vinculadas con la anatomía consideradas íntimas, en alusión a sus genitales.



Los profesionales de enfermería no hallan diferencias en su rol asistencial vinculadas al sexo en respuesta a las decisiones clínicas y los cuidados brindados. Sí advierten la existencia de prejuicios sociales adheridos a diferencias educativas y culturales para ambos sexos, pero no por su capacitación como profesionales de enfermería.

Igualmente y por las motivaciones descritas sienten, aunque de manera no generalizada, un trato diferencial por parte del paciente al profesional de enfermería en función del sexo y así otorgan una mayor credibilidad o un trato más respetuoso al profesional de enfermería cuando es varón.

6. Realizar el estudio, como las actuaciones derivadas de éste, en base a criterios de ética investigadora.

Los criterios de ética investigadora se encuentran inmersos en cada epígrafe del proceso del estudio (véase 4.8);

7.2. CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO.

Conclusión 1.

Los cuidados básicos de enfermería que brindan las enfermeras en la práctica clínica son el resultado de un proceso multifactorial que interrelaciona diferentes conceptos, agrupados en cuatro categorías:

- Motivación de las enfermeras en la praxis clínica.
- Resolución problemas en la praxis clínica.
- Formación de las enfermeras.
- Percepción de la disciplina/profesión enfermera.

En función de cómo son interpretadas estas categorías y el significado que tienen para las enfermeras, adoptan una estrategia en la clínica que determina el rol profesional. Motivo por el cual en la práctica clínica coexisten diferentes conceptos prácticos de entender los cuidados de enfermería.

Conclusión 2.

La autonomía disciplinar de enfermería reside en los cuidados de enfermería. En consecuencia delimitar el concepto práctico en torno a

qué son y qué no son cuidados de enfermería es una necesidad de supervivencia profesional y disciplinar. Como es manifiesto el hecho que determinadas técnicas que fueron ejecutadas por enfermeras a día de hoy están legitimadas para otros estamentos profesionales. Sólo es posible legitimar la profesión enfermera desde su naturaleza, los cuidados de enfermería. Con tal propósito cabe integrar la naturaleza holista de los cuidados de enfermería a todas aquellas acciones que identifican la disciplina enfermera y de este modo no puedan ser reclamadas por otros estamentos profesionales;

Conclusión 3.

Implementar el fundamento y naturaleza de la disciplina de enfermería a la práctica clínica, converger teoría y práctica, comporta injertar el concepto de cuidados de enfermería a la función asistencial. Requiere trasladar el concepto y naturaleza de los cuidados, como tal abstracto, desde el ámbito académico y docente al asistencial. Impregnar de la naturaleza holista de los cuidados de enfermería a aquellas actividades, técnicas y procedimientos de la práctica clínica, más allá del mero acto de la ejecución de una técnica.

La conversión de este proceso requiere:

1. Actitud empática, por parte de enfermería.
2. Conocimiento específico en enfermería.
3. Competencia de la disciplina de enfermería.

Actitud empática.

Permite establecer e identificar las necesidades de los pacientes, dimensión biológica, psicológica, social y espiritual con el fin de satisfacer tales necesidades cuando sea competencia de enfermería o en su defecto actuando de interlocutor al resto del equipo multidisciplinar.

Conocimiento específico en enfermería.

Sin éste no es posible identificar y satisfacer tales necesidades. Este conocimiento específico en enfermería (abarca conocimientos procedentes de la ciencia biomédica y de humanidades) posibilita el pensamiento



reflexivo así como el criterio y juicio clínico aportados por el conocimiento teórico (fundamentados en la investigación y las bases científicas), como en la experiencia clínica derivada de la práctica asistencial. Sin ello, los cuidados de enfermería sólo serían actividades, procedimientos o técnicas “vacías”. Carentes de fundamento científico, propias de un oficio, alejadas de una profesión y de una disciplina.

Competencia de la disciplina de enfermería.

Una práctica clínica fundamentada desde los cuidados de enfermería que traslade su naturaleza holista. Determinadas acciones que llevan a cabo las enfermeras en la práctica clínica siendo legítimas de enfermería no constituyen cuidados de enfermería.

En determinadas acciones la enfermera actúa por delegación como mera ejecutora de órdenes prescritas por el facultativo como la retirada de un drenaje, catéter epidural, o preparación de nutriciones parenterales. Delegaciones que según el centro hospitalario pueden estar integradas como funciones asumidas por las enfermeras o no.

En otras circunstancias la enfermera facilita a los pacientes consentimientos para pruebas diagnósticas o terapéuticas como intervenciones quirúrgicas. Pudiendo explicar dichos consentimientos o trasladar el informe médico de alta, acciones que no son competencia profesional de enfermería y en consecuencia no pueden ser considerados cuidados de enfermería.

Otras acciones requieren de colaboración de la enfermera en la ejecución de pruebas diagnósticas/ terapéuticas actuando como instrumentos ejecutores, auxiliando a otros estamentos profesionales como el médico. Actuaciones tareas, por otra parte, legítimas de la disciplina enfermera.

Determinadas acciones y actividades clínicas requieren de un abordaje multidisciplinar como la cura de heridas específicas. Cuando la enfermera trata a la persona y no sólo el procedimiento, esto es, la herida desde una perspectiva holista es un cuidado de enfermería. Si su actuación se reduce a seguir las prescripciones médicas, cómo realizar la cura, qué materiales utilizar, cuándo realizarla, su frecuencia..., no es un cuidado de enfermería sino una instrumentalización de la enfermera.

Finalmente, actividades administrativas, burocráticas, como el montaje de historia clínica (incluye historia médica y enfermera) siendo legítimas de enfermería no pueden considerarse cuidados de enfermería.

Conclusión 4.

El concepto práctico de los cuidados básicos de enfermería corresponde a todas aquellas acciones o actividades que realizan los profesionales de enfermería en el ejercicio de su función asistencial derivada de su competencia profesional y disciplinar acreditados por los estudios de enfermería. En tales acciones ha de tener presencia la empatía o actitud empática que posibilite la detección de las necesidades de las personas en sus diferentes dimensiones, cuando no puedan ser no satisfechas por los propios individuos o cuando requieran de apoyo profesional de enfermería para su satisfacción. Estas acciones deben estar fundamentadas en conocimientos específicos de enfermería, tanto biomédicos como en humanidades, y sean consecuentes al pensamiento y juicio crítico.



BIBLIOGRAFÍA.

- ABADOR PORCEL, M. (2013). Percepciones de las enfermeras en centros geriátricos de Barcelona: un análisis desde la teoría fundamentada. *Enfermería Clínica*. vol.23. 4-13. Disponible en: <http://www.dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.05>
- ALANEN, S., VALIMAKI, M., KAILA, M., ELCE STUDY GROUP. (2009). Nurse's experiences of guideline implementation on a focus group study. *Journal Clinical Nursing*. Sep;18(18): 2613-21.
- ALFARO-LEFREVE, R., (1996). *Aplicación del Proceso de Enfermería*. (3ª ed.) Mosby /Doyma Libros, Madrid.
- ALFARO-LEFREVE, R., (2009). *Pensamiento Crítico y Juicio Clínico en Enfermería. Un Enfoque Práctico para un Pensamiento Centrado en los Resultados*. (4ª ed.) Elsevier Masson, Barcelona.
- AMEZCUA, M. (2010). ¿Para qué sirve el Índice de Impacto de una revista?. *Index de Enfermería*. segundo-tercer trimestre. Vol. 19. N°2-3. 83-87.
- AMEZCUA, M., GALVEZ TORO, A. (2002). Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud: Perspectiva crítica y Reflexiones en Voz Alta. *Salud Pública*;76:423-436. n° 5 septiembre-octubre.
- ARREDONDO GONZÁLEZ, C.P., SILES GONZÁLEZ, J. (2009) Tecnología y humanización de los cuidados. Una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2009;18(1). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n1/6624.php>
- BAEZ-HERNÁNDEZ, J. NAVA-NAVARRO, V. RAMOS-CEDEÑO, L. MEDINA-LÓPEZ, O. M (2008). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*. Año9-Vol.9. N°2 agosto. 127-134. Chía. Colombia.
- BENNER, P. (1984). *From novice to expert: power and excellence in nursing practice*. Palo alto (CA): Addison-Wesley.
- BENNER, P., STUTPHEN, M., LEONARD-KAHN, V., DAY, L. (2008). Formation and everyday ethical comportment. *Sep*;17(5):473-6.
- BERNABEU, J., GASCÓN, E. (1999). *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Publicaciones de la Universidad de Alicante. Alicante.
- BILLAY, D., MYRICK, F., LUHANGA, F. YONGE, O. (2007). A pragmatic view of intuitive knowledge in nursing practice. *Nursing Form*. Jul-sep;42(3):147-55.
- BONILL DE LAS NIEVES, C., CELDRÁN MAÑAS, M. (2012) El cuidado y la cultura: génesis, lazos y referentes teóricos de enfermería. *Index de enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2012;21(3). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n3/7896.php>

- BLUMER, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. New York: Prentice-Hall.
- BRYKCZYNSKI, K. (2003). De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica clínica enfermera. En: Marriner-Tomey, A., Alligood, M.R. (2003), *Modelos y Teorías en Enfermería*. (5ª ed) Mosby, Madrid. pp165-211.
- BUENO ROBLES, L.S., STELLA, L. (2011). Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. [on line] *Ciencia y Enfermería*. XVII(1):37-43. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100005&lng=es&nrm=iso>
- BULMAN, C. LATHLEAN, J., GOBBI, M. (2012). The concept of reflection in nursing qualitative findings on student and the teacher perspectives. *Nurse Education Today*. Jul;32(5):28-13.
- BURNS, N., GROVE, S.K., (2004), *Investigación en Enfermería*. (3ª ed.) Elsevier Masson, Madrid.
- CABRERO, J. (1999). *Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación*. Index de Enfermería. [Index Enferm](edición digital)1999;27. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/27_articulo_12-18.php>
- CABRERO, J., RICHART, M. (2000). Investigar en Enfermería. Concepto y Estado Actual de la Investigación en Enfermería. Universidad de Alicante. Alicante.
- CÁRDENAS, M. (1999). Algunas consideraciones sobre la epistemología. *Revista Mexicana de enfermería Cardiológica*. Vol.7, nº 1-4. enero-diciembre, pp81-82.
- CARVALHO, V. (2003). Acerca de las bases teóricas, filosóficas, epistemológicas de la investigación científica -el caso de la enfermería. *Rev. Latino-am Enfermagem*. Noviembre-diciembre; 11(6): 807-15.
- CARO, S. (2009). *Enfermería: integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana*. Salud Uninorte. 25(1): 172-178.
- CASABONA MARTÍNEZ, I. (2008) *Gestión transcultural de los cuidados de enfermería del proyecto sociosanitario intereuropeo holandés*. Alicante. 2008. Tesis doctoral dirigida por José Siles. Tesis doctorales de la Universidad de Alicante. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9665/1/Tesis_doctoral_casabona.pdf
- CHALMERS, A.F. (2003). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia?. edic. Decimoquinta. Siglo veintiuno de España. Madrid.
- CHAPARRO, L. (2010). Conceptualización en el cuidado. En: Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Nacional de Colombia (2010). *Avances en el cuidado de enfermería*. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 13-15.
- CLARKE, P., ALLISON, S.E., BERBIGLIA, V. TAYLOR, S.G. (2009). The impact of Dorothea E. Orem's life and work: an interview with Orem scholars. *Jan;22(1):41-46*. En <http://nsq.sagepub.com/content/22/1/41>.

- COFFEY, A., ATKINSON, P., (2005), Encontrar el Sentido a los Datos Cualitativos. Estrategias Complementarias de Investigación. Universidad de Alicante, Alicante.
- COLLIERE, M. F., (1993). Promover la Vida. De la práctica de las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
- CORBIN, J. (2008). Is caring a lost art in nursing?. *International Journal of Nursing Studies*. 45(2), 163-165.
- DANBJORG, DB., BIRKELUND, R. (2011). The practical skills of newly qualified nurses. *Nurse Education today*. Feb; 31(2): 168-72.
- DE LA CUESTA, C. (2000). Investigación cualitativa y enfermería. *Index de enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2000*; 7-8. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php>
- DE LA CUESTA, C., (2003). El Investigador como Instrumento Flexible de la Indagación. *Internacional Journal of Qualitative Methods*, 2(4). Article 3.
- DE LA CUESTA, C. (2004). Cuidado Artesanal: la Invención ante la Adversidad. Universidad de Antioquia. Medellín.
- DE LA CUESTA, C. (2005). La contribución de la evidencia cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. *Index de enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2005*; 50. Disponible en: <<http://index-f.com/index-enfermeria/50revista/5366.php>>
- DE LA CUESTA, C. (2006). Estrategias Cualitativas Más usadas en el Campo de la Salud. *Nure Investigación*, n° 25, noviembre-diciembre.
- DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S. (1994). Entering the field of qualitative research. (EDS) *Handbook of Qualitative Research*. (3ª ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. California.
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C., RODRÍGUEZ, J. A., DE MIGUEL, J. M (1983). *Sociología y enfermería*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- DOMINGO POZO, M., GÓMEZ ROBLES J. (2003). El concepto de necesidad humana básica como aproximación a la definición del cuidado. *Index de enfermería* 2003; 43: 23-27. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/43revista/43_articulo_23-27.php
- DONAHUE, P. (1988). *Historia de la Enfermería*. Doyma .Barcelona.
- DREHER, M. (2003). Los métodos de investigación cualitativa desde el punto del revisor. En: Morse, J. (2003) (editor). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Antioquia. Universidad de Antioquia. 327-345.
- ECO, U. (2006). *Cómo se hace una Tesis*. (8ª ed.) Gedisa. Barcelona.
- ESTRADA, B., ISABEL, C., GONZALEZ, R., MARÍA, V. (2013). Cuidados paliativos proporcionados por el profesional de enfermería al enfermo oncológico en fase terminal en los cuidados clínicos de medicina I, II, III del hospital de Caracas. Repositorio Institucional de la Universidad de Caracas. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/2579>

- FAWCETT, J. (1995). Analysis and evolution of conceptual models of nursing (3^o ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- FAWCETT, J. (2012). The future of nursing: how important is discipline specific knowledge? Nursing. Science Quarterly. Ap;25(2):151-54.
- FERNANDES, MD., DA NÓBREGA, MM., GARCIA, TR., MAÊDO-COSTA, KN. (2011). Conceptual analysis: methodological considerations. Rev. Bras. Enfer. nov-dic;64(6):1150-6.
- FERNÁNDEZ MOLINA, M.A. (2006). Antropología de los cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la enfermería transcultural. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Tesis Doctoral. Alicante.
- FINFGELD-CONNETT, D. (2008). Qualitative convergence of three nursing concepts: art of nursing, presence and caring. Lournal Advances Nursing. sep;63(5):527-34.
- FINFGELD-CONNETT, D. (2010). Generalizability and transferability of meta-synthesis research findings. Journal Advanced Nursing. Feb;66(2):246-54
- FLATLEY, M., BRIDGES, J. (2008). Promoting the art of caring for older people. International Journal of Nursing Studies. 45(3), 333-4
- FRANCISCO DEL REY, C. (2008). De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional. Alcalá de Henares. 2008. Tesis doctoral dirigida por Ángel Lázaro. Tesis doctorales Universidad de Alcalá. Disponible en: http://www.uah.es/dspace.uah.es/.../Tesis_De%20la%20práctica%20a%20la%20teoria.
- GALLAGHER, P. (2007). Preconceptions and learning to be a nurse. Enf. Educ. Hoy. Nov. 27(8):878-84.
- GÁLVEZ TORO, A. (2000) La otra evidencia. Index de enfermería (edición digital);28-29. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista_28-29articulo_66.php
- GÁLVEZ TORO, A. (2001) Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Cuadernos metodológicos Index (1^o ed.). Fundación Index. Granada.
- GARCÍA-BAÑÓN, A.M., SAINZ-OTERO, A., BOTELLA RODRÍGUEZ, M. (2004). La enfermería vista desde el género. Index de enfermería [IndexEnferm](edición digital)2004;46. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_45-48.php
- GARCÍA ARAIZA, AL., MARTÍNEZ GARCÍA, M., ET AL. (2000) .Imagen social de la enfermería. Desarrollo Científico Enfermería. 8(9): 249-251.
- GARCIA HERNÁNDEZ, M.L., CÁRDENAS BECERRI, L., ARANA GÓMEZ, B., MONROY ROJAS, A., HERNÁNDEZ ORTEGA, Y., SALVADOR MARTÍNEZ, C. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto Contexto enferm. (20) (Esp). Disponible en: <http://www.index-f.com/textocontexto/2011/20s-074.php>

- GERMAN, C. (2003). La Enfermería en el Espacio Europeo de Convergencia Superior. *Index de Enfermería*, 12, 43, 67, 69.
- GLASSER, B.G., STRAUSS, A.L. (1967). *The Discovery of Ground Theory*. Aldine Publications. Chicago.
- GORDON, M. (1996). *Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación* (3ª ed) Mosby/Doyoma Libros, Madrid.
- GOMÉZ LUCAS, R. (1946). *Patología y terapéutica clínica abreviada. Para uso del auxiliar médico*. Biblioteca del auxiliar médico. Imprenta Saez Cotanda. Valencia.
- GREEN, C. (2012). Nursing intuition: a valid form of knowledge. *Nursing Philosophy*. Apr; 13(2): 98-111.
- GUBA, E., LINCOLN, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage publication.
- HANDWERKER, S.M. (2012). Transforming nursing education: a review of current curricular practices in relation to Benner's later work. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. Sep; 12:9 doi : 10.1515/1548-923X.2510.
- HARVEY, G., KITSON, A., MUN, Z. (2012). Promoting continence in nursing homes in four European countries: the use of PACES as a mechanism for improving the uptake of evidence-based recommendations. *International Journal of Evidence-Based Health care*. Dec; 10(4): 388-96.
- HATLEVIK, I.K., (2012). The theory-practice relationship: reflexive skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. *Journal Advanced Nursing*. Apr; 68(4): 868-77.
- HERNÁNDEZ CONESA, J.M. (2001), *Historia de la Enfermería* (3ª ed).. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
- HERNÁNDEZ CONESA, J.M., MORAL DE CALATRABA, P., ESTEBAN-ALBERT, M. (2003). *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método* (2ª d.) Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
- HOEVE, Y.T., JANSEN, G., ROOLBOL, P. (2013). The nursing profession: public image, self concept and professional identity. A discussion paper. *Journal Advantage Nursing*. May 26. doi 10.1111/jan.12177.
- HOUGHTON, C., HUNTER, A., MESKELL, P. (2012). Linking aims, paradigm and method in nursing research. *Nurse Researcher*. 20(2): 34-9.
- HUNT, E., LAVOIE, A.M. (2011). Quantitative and qualitative research methods can they coexist yet?. *Recherche en soing infirmiers*. Jun; (105): 25-30.
- IBARRA MENDOZA, T.X., SILES GONZÁLEZ, J. (2006). Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index de enfermería*. [Index Enferm] (edición digital). 2006; 55. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/55/6274.php>

- IBARRA,T.X. (2008), El interaccionismo Simbólico y los Cuidados de Enfermos Crónicos en el Ámbito Comunitario. Cultura de los Cuidados.,2º semestre. Año XII, N° 24:94-105
- IYER, P.W., TAPTICH,B.J., BERNOCCHI-LOSEY,D. (1997). Proceso y Diagnóstico de Enfermería.(3º ed.). McGraw-Hill, México, D.F.
- JEFFS, L., BESWICK, S., LO, J., CAMPBELL,H.,FERRIS, E.,SIDAIN,S. (2013). Defining what evidence is, linking it to patient outcomes, and making it relevant to practice: insight from clinical nurses. Applied Nursing Research: ANR. Aug26(3):105-9.
- JONES, M. (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. Journal Advanced Nursing. Jan;49(2):191-209.
- KARNICK,PM. (2013). Is nursing its own wast enemy?. Nursing Science Quarterly. JUL;26(3):236-7.
- KEROUCAS,S. (1996). El Pensamiento Enfermero. Barcelona. Masson.
- KHUN,T.S. (1970). The structure of scientific revolutions. University of Chicago Press. Chicago.
- LEATHARD, HL., COOK,MJ. (2009). Learning for holistic care: addressing practical wisdom phronesis and the spiritual sphere. Journal Advanced Nursing. Jun;65(6): 1318-27.
- LEDESMA-DELGADO, E., RINO MENDES, M.M. (2009). El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en las perspectivas de las enfermeras asistenciales. Rev.Latino-amEnfermagen maio-junho:17(3). www.eerp.usp.br/rlae
- LEININGER, M. (1985). Qualitative Research Methods in Nursing. Saunders Company. Philadelphia.
- LEININGER, M. (2003). Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En: Morse, J. (2003)(editor).Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Antioquia. Universidad de Antioquia..115-136.
- LILLO CRESPO, M. (2002). Antropología, género y enfermería. Revista Rol de Enfermería. 25(12):856-862.
- LIPSON,J (2000).Cultura y Cuidados de Enfermería. Index de Enfermería. Granada. Año 9, N°28-29.
- LOFLAND,J. LOFLAND, H,L. (1984) Analyzing Social Settings. Belmont Ca: Wadswort.
- LÓPEZ-PARRA, M., SANTOS RÚIZ, S.,VAREZ-PELAEZ, S.ABRIL-SABATEE, D., ROCABERT-LUQUE, M.RÚIZ-MUÑOZ, M.,ET (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Enfermería Clínica 16(4):218-21.
- LUIS RODRIGO,M.T., (2008). Los Diagnósticos Enfermeros.(8º ed.). Elsevier Masson, Barcelona.

- LUIS RODRIGO, M.T., FERNÁNDEZ FERRÍN,C., NAVARRO GÓMEZ, M. (2005).De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Elsevier Masson 3º ed. Barcelona.
- MANTZOUKAS, S. (2008). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: leveling the hierarchy. *Journal Clinical Nursing*. Jan;17(2)214-23.
- MARRINER-TOMEY,A., ALLIGOOD,M.R.(2003), Modelos y Teorías en Enfermería . (5ª ed) Mosby, Madrid.
- MARTÍNEZ CADAYA,N., FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, M.L. (2012) El rol enfermero. Cambios más significativos entre ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en enfermería. *Cultura de los Cuidados*.(Edición digital)16-33. Disponible en < <http://dx.doi.org/10.784/cuid.2012.33.02>>
- MARTÍNEZ NIETO,J.M. (2004).Vocación en enfermería. Entre la etnografía y la cuantificación. Una visión a través de estudiantes de enfermería. Servicios de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz.
- MARTÍNEZ RIERA, J.R. (2004). Enfermería basada en la evidencia. Cuidando la evidencia vs evidenciando el cuidado. *Enferm común* 2005:1(1). Disponible en: < http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_52-56.php>
- MASON, WH. (2009). Constructing a `plausible narrative of progress ` for nursing: a neopragmatist suggestion. *Nursing Philosophy*. Jan;10(1):4-13.
- MAYAN, M.J. (2001)Una introducción a los métodos cualitativos: modulo de entrenamiento para estudiantes y profesores. Alberta, Canadá: Qual Institute Press.
- MEDINA, J. (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería.Madrid.Learter.29-87.
- MEDINA MOYA, J.L., CASTILLO PARRA, S. (2006). La enseñanza de la enfermería como práctica reflexiva. *Texto Contexto Enfermería*. Florianópolis. 15(2):303-311.
- MERCADO MARTÍNEZ F.J. (2000) El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En Mercado Martínez F.J., Torres López (compilados). *Análisis cualitativo en salud. Técnica, método y práctica*. Mexico: universidad de Guadalajara; 47-72.
- MOLINA MULA, J. (2011) El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. *Index de Enfermería*. Vol. 20, Nº4.238-242. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.phf>
- MORSE, JM. (1992). *Qualitative Health Research*. Newbury Park.C.A.. Sage.
- MORSE,J.M. (2005). *Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa*. Universidad de Alicante. Alicante.
- MORSE,JM., NIEHAUS,L. (2009). *Mixed Method Design. Principles and Procedures*. Left Coast Press. California.

- NIGHTINGALE, F. (2002). *Notas Sobre Enfermería: Qué es y Qué no es*. Masson. Barcelona.
- OELKE, ND., WHITE, D., BESNER, J., DORAN, D., MCGILLIS HALL, L., GIOVAVVETTI, P. (2008). Nursing workforce utilizations: an examination of facilitations and barriers on scope of practice. *Nursing Leadership (for out)*. 21(1):58-71.
- OLSEN, PR., BRADBURY-JONES, C., (2013). Using a knowledge utilization framework to explore how findings from one study can be applied to other nursing contexts. *International Nursing Review*. Sep;60(2):381-8.
- OREM, D.E. (1993). *Conceptos de Enfermería en la Práctica*. (4ª ed) Masson- Salvat. Barcelona.
- OREM, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6th ed.) St. Louis: Mosby.
- OREM, D., TAYLOR, S.G. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure and the foundation of nursing sciences. *Nursing Science Quarterly*. Jan;24(1):35-41. En <http://nsq.sagepub.com/content/24/1/35>
- POIKKENS, T., NUMMINEN, O., SUHONEN, R., LEINO-KILP, H. (2013). A mixed-method systematic review: support for ethical competence of nurses. *Journal Advanced Nursing*. Jul 19. Doi: 10.1111/jan.12213.
- POLIT, D., HUNGLER, B. (2003). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (6ª ed.), Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
- PURNELL, L.D. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados*. Año III, 2º semestre, n°6:91-97.
- QUINTERO, M.T., GÓMEZ, M. (2010). El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichan*. Año 10. Vol. 10 N° 1. 8-18. Chía. Colombia.
- RICHARDSON, K., MACLEOD, R., TRENT, B. (2012). A steinian approach to an empathic understanding of hope among patients and clinicians in the culture of palliative care. *Journal Advanced Nursing*. Mar. 68(3):686-94.
- RICHART, M. (2000). Estado de la producción científica de la enfermería española (Yii). *Index de enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2000;28-29. Disponible: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_15-18.php
- ROLFE, G. (2009). Some further questions on the nature of caring. *International Journal of Nursing Studies*. 46. 143-46.
- RUIZ OLABUÉNAGA, J.L. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Universidad de Deusto. Bilbao.
- SALAMANCA CASTRO, A.B. (2013). *El AEIOU de la investigación en enfermería*. Ed. Fuden. Madrid.
- SÁNCHEZ ESTRADA, T., JIMÉNEZ CASTRO, A. B., SALINAS DURAN, M.T. (2004). Barreras epistemológicas en enfermería. *Enfermería Cardiológica*. Vol. 12. N°1: 29-33

- SÁNCHEZ HERRERA, B. (2010) ¿Qué significa dar cuidado espiritual? Un aporte desde el cuidado a las personas con enfermedad crónica. En: Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia(2010). Avances en el cuidado de enfermería. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.171-195.
- SÁNCHEZ TAMES, R. (2004). Como publicar. Universidad de Oviedo. Oviedo.
- SANJUÁN QUILES, A. (2007). Enfermería en la sociedad: relación teoría/práctica. Cultura de los Cuidados. Año XI. 1er semestre 2007,Nº21:33-39.
- SANTOS SR, NÓBREGA MML. A. (2004) Busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem-enfoque na teoria fundamentada nos dados. Rev Latinoam Enfermagem 2004 maio-junho;12(3)460-8. www.eerp.usp.br/rlae
- SARGENT, A. (2012). Reframing caring as discursive practice: a critical review of conceptual analyses of caring nursing. Nursing Inquiry. Jun; 19(2):134-43.
- SEGUEL-PALMA,F.A.,VALENZUELA-SUAZO,S.,SANHUEZA-ALVARADO,O. (2012). Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. Aquichan 12;(2):160-168. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1716/pdf>
- SILES, J. (1997) Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería Clínica.7/4:38-44.
- SILES,J. (1999). Historia de la Enfermería, Aguaclara, Alicante.
- SILES,J. (2000).Antropología Narrativa de los Cuidados, Consejo de Enfermería de la comunidad Valenciana. Alicante.
- SILES,J. (2008). Historia de la Enfermería: Una Aportación Epistemológica desde la Perspectiva Cultural de los Cuidados. Cultura de los Cuidados. Año XII, 2º semestre, nº 24:5-6.
- SILES, J. (2010). Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. Avances en enfermería. Vol. XXVIII. Nº especial, 90 años:120-128.octubre.
- SILES,J. (2011) Enfermería, historia y antropología versus cultura de los cuidados. En: Siles González, J.(editor).(2011)Cultura de los cuidados: historia de la enfermería iberoamericana. Alicante. Editorial club Universitario.17-47
- SMITH, A. (2009). Exploring the legitimacy of intuition as form of nursing knowledge. Nursing Standard. Jun10-16; 23(40):35-40.
- SPECTOR, RACHEL E. (2001) Valoración de la herencia cultural. Cultura de los cuidados. 9:74-81. Disponible en: http://www.index-f.com/cultura/9/9-_articulo_74-81.php
- SPECTOR, RACHEL E., MUÑOZ,M.J. (2003) Las culturas de la salud. Pearson Educación. Madrid.
- STERN, P. (2003). Erosionar la teoría fundamentada. En: Morse, J. (2003)(editor).Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Antioquia. Universidad de Antioquia..246-262.

- STRAUSS, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientifics*. NewYork: Cambridge University Press.
- STRAUSS,A.,CORBIN,J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para Desarrollar la Teoría Fundamentada*. Universidad de Antioquia, Medellín.
- TAKA, O. (2012) *La incidencia del Consejo Internacional de Enfermeras en la historia y socialización de la enfermería. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16,32*. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.04>
- TAYLOR, S.J.,BOGDAN,R. (1987).*Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Paidós. Barcelona.
- TAYLOR, SG., GEDEN,E., ISARAUDAI, S., WONQUATUNYU, S. (2000). *Orem's self care deficit nursing theory: its philosophic foundation and the state of the science*. *Nursing science Quarterly*. Apr;13(2) 104-10.
- TAYLOR, S.G. (2003). *La teoría enfermera del déficit de autocuidado*. En Marriner-Tomey, A., Alligood, M.R. (2003), *Modelos y Teorías en Enfermería* . (5° ed) Mosby, Madrid.
- VANAKI, Z., MEMARIAN, R., (2009). *Professional ethics: beyond the clinical competency*. *Journal of Professional Nursing*. Sep-oct;25(5): 285-91.
- VAN LEEUWEN, R., CUSVELLER, B. (2004). *Nursing competencies for spiritual care*. *Journal Advanced Nursing*. Nov;48(3):234-46.
- VILLALOBOS, M.M. (2002). *Marco epistemológico de la enfermería*. Aquichan. Año/vol. 2. N° 2.7-18. Chía. Colombia.
- VILLALOBOS, M.M. (2007). *Teoría de enfermería. ¿Un camino de herradura?*. Aquichan. Año VII. Vol.7N° 2.161-173. Chía. Colombia.
- VILLALOBOS, M.M. (2010). *Apuntes sobre la presentación de artículos cualitativos*. Aquichan[online].2010. Vol. 10, N° 1. 4-7. Disponible en< <http://www.scielo.org.co/scielo.php>
- WEAVER, K., MORSE,L., MITCHAN,C. (2008). *Ethical sensitivity in professional practice:concept analysis*. *Journal Advantage Nursing*. JUN;62(5):607-18.
- WELFORD,C., MURPHY,K.,CASEY,D. (2012). *Demystifying nursing research terminology: part 2*. *Nurse Researcher*.19,2.29-35.
- WHITE, L. (2013). *Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis*. *Journal Advanced Nursing*. Jun 16.doi.10.1111/jan.12182.
- ZARATE GRAJALES R. A. (2004). *La Gestión del Cuidado de Enfermería*. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2004; 44-45*. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_articulo_42-46.php
- ZOUCHA,R. (1999). *La Utilización de Métodos Cualitativos en Enfermería*. *Cultura de los Cuidados*. Año III. 2° semestre, n° 6: 80-90



OTRAS FUENTES CONSULTADAS.

- Bases conceptuales de enfermería. gsd.l.bvs. La Habana, 2008. en <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e>
- Criterios Generales de la Carrera Profesional. Capítulo VIII. Artículo 40. Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del profesional estatutario de los servicios de salud. BOE N° 301 17 de diciembre 2003. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/días/2003/12/17/pdfs/A44742-44763.pdf>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2010) Definición de enfermería. En <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing>
- Código de ética y deontología de la enfermería de la comunidad valenciana. Resolución 1/2010 del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Edita CECOVA.
- Código de ética y deontología de la enfermería española. Resolución 32/1989 del Consejo General de Enfermería. Edita CECOVA.
- Colegio Oficial de Enfermería Alicante (2012). Ratios enfermeras comunidad valenciana. Circular informativa. Boletín 8. En www.enferalicante.org/output/files/Circular-08-2012.pdf
- Decreto Ley 1/2012. De 5 de enero, del Consell, de medidas urgentes para la reducción del déficit en la Comunitat Valenciana. Disponible en: www.docv.gva.es/datos2012/01/10pdf/2012_210pdf
- Resolución de 3 diciembre de 2013. Restablecimiento de carrera profesional para el 2014-2015. Docv. Núm. 7169 de 10 de octubre de 2013.
- Definición de enfermería: en <http://www.enfermundi.com> en <http://icn.ch/es/about-icn/contact-us/>.
- Diccionario Mosby pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud (2004). 4ª ed. Elsevier. Madrid.
- Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, del 26 de Abril de 1973. consultado en: http://www.fernocas.com/normativa_estatutaria/capituloVII.php
- Informe de profesionales de cuidados de enfermería, oferta de necesidad 2010-2025. (2012). Ministerio de Sanidad. Disponible en : http://www.csitsanidad.es/PDF/Estatuto_necesidades_enfermeria.pdf
- Informe sobre Recursos Sanitarios en España y la Unión Europea (2007). Consejo General de Enfermería. Disponible en: http://www.gencat.cat/saln/.../informe_recursos-humanospanyue2007.pdf
- Mundo sanitario (2010). ¿Qué es Bolonia?, n°297, febrero 2010.
- Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999 de 13 diciembre. En: http://www.noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo15-1999.html
- SILES, J. (2010). Incidencia del doctorado en la evolución de la enfermería española. En: Historia de la enfermería. DAE, Madrid (en prensa)



ANEXOS



ANEXO I. ESPECIALIDADES EN ENFERMERÍA.

Real Decreto 992/1987, de 3 Julio, (1 de Agosto de 1987, página 23642). En su artículo 2, se crean las siguientes especialidades para enfermería.

- I. Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona).
- II. Enfermería pediátrica.
- III. Enfermería de salud mental.
- IV. Enfermería de salud comunitaria.
- V. Enfermería de cuidados especiales.
- VI. Enfermería geriátrica.
- VII. Gerencia y Administración de Enfermería.

El Real Decreto 450/2005, de 22 de Abril, sobre especialidades en enfermería (B.O.E. n° 108, de 6 de mayo 2005, página 15480), posteriormente, el Real Decreto 183/2008, de 8 Febrero (B.O.E. n° 45, de 21 Febrero 2008, página 10035), determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud, en referencia a enfermería establecen las siguientes especialidades:

- I. Enfermería de salud mental.
- II. Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos.
- III. Enfermería del trabajo.
- IV. Enfermería familiar y comunitaria.
- V. Enfermería geriátrica.
- VI. Enfermería obstétrico-ginecológica(matrona)
- VII. Enfermería pediátrica.

El discurrir de las diferentes especialidades en enfermería ha sido desigual particularmente en referencia a su puesta práctica.

Enfermería obstétrico-ginecológica y salud mental

La Regulación actual de especialidades de los Asistentes Técnicos Sanitarios (A.T.S.) tiene su origen en el Decreto de 4 Diciembre de 1953, cuyos artículos 6 y 7 facultan al Ministerio de Educación y Ciencia para la autorizar la creación de las especialidades que se considerasen con-

venientes. Desde el año 1957 y de conformidad con el citado decreto (992/1987) en lo que refiere a enfermería se creó la especialidad de matrona. Como ocurrió con la especialidad de salud mental cuyo inicio en España data de 1970 (Decreto 3193/70). Integrados los estudios de A.T.S. en la universidad, como Escuelas Universitarias de Enfermería (R.D. 2128/1977, del 23 de Julio de 1977) no se procedió a desarrollar las especialidades adecuadas a la nueva titulación, si no que al contrario se autorizó, por Orden de 9 de Octubre de 1980, a los Diplomados en Enfermería a que cursasen las especialidades de A.T.S. lo que configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica transitoria.

En el caso particular de salud mental, en 1987, se aprueba el decreto que regula dicha situación. Se derogan las especialidades y es en 1998 (B.O.E 155 del 30 de Julio 1998, B.O.E nº 185 del 4 agosto de 1998 y B.O.E del 24 Noviembre de 1998) cuando empieza a desarrollarse la especialidad de salud mental por el sistema de residencia. La primera promoción es del año 1999.

Enfermería de trabajo.

Orden SAS/1348/2009, de 6 de Mayo 2009 (B.O.E nº 129, 28 mayo 2009, página 44685) por la que se aprueba y pública el programa formativo de la especialidad de enfermería de trabajo.

Enfermería geriátrica.

Orden SAS/32225/2009, de 13 Noviembre 2009 (B.O.E. nº 283, B.O.E nº 288, de 30 Noviembre página 101976) por la que se aprueba y pública el programa formativo de la especialidad de enfermería geriátrica.

Enfermería familiar y comunitaria.

Orden SAS/1729/2010, de 17 Junio 2010, (B.O.E. nº 157, 29 Junio 2010, página 57217) por el que se aprueba y pública el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.



Enfermería pediátrica.

Orden SAS/1730/2010, de 17 Junio 2010, (B.O.E. n° 157, 29 de Junio 2010, página 57251) por el que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería pediátrica.

Enfermería de cuidados de médico-quirúrgicos.

Especialidad paralizada. La Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE) en la reunión general de Presidentes de las asociaciones celebrada los días 21 y 22 de Enero 2011, en el Centro Internacional de Enfermería: Pilas Bonas, en Manzanares, Ciudad Real, en su Anexo I, manifiesta que la especialidad referida en médico-quirúrgica (CNEECMQ) no ha resultado adecuada para el desarrollo de la especialidad por estar referida a una extensa dimensión de la práctica clínica, más apropiada de la enfermería generalista en el ámbito de la atención especializada. El epígrafe médico-quirúrgico no responde a representar el concepto de especialidad. Solicitan la sustitución del término citado por un nuevo catálogo de especialidades mediante el proceso legal y normativo recogidos en la ley 16/2003, de 28 Mayo 2010, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.



ANEXO II. DESCRIPCIÓN DE ENFERMERAS PARTICIPANTES.

Enfermera	Grado profesional	Experiencia asistencial	Servicio Asistencial	Edad y Sexo	Turno	Titulación en enfermería
E ₁	0	12	CIRUGIA	33. MUJER	RODADO	DUE/MASTER
E ₂	0	3	MEDICINA INTERNA/CIRUGÍA	22.MUJER	RODADO	D.UE.
E ₃	0	8	MEDICINA INTERNA/CIRUGÍA	33.HOMBRE	RODADO	D.UE.
E ₄	0	4	MEDICINA INTERNA/UCI	26.HOMBRE	RODADO	D.UE.
E ₅	IV	>30	CIRUGÍA	53.HOMBRE	RODADO	A.T.S.
E ₆	0	7	MEDICINA INTERNA/CIRUGIA	27.MUJER	RODADO	D.U.E./MASTER
E ₇	0	3	MEDICINA INTERNA/CIRUGÍA	36.HOMBRE	RODADO	F.P./ D.U.E.
E ₈	0	13	MEDICINA INTERNA/CIRUGÍA	37.MUJER	RODADO	D.U.E.
E ₉	0	15	REANIMACIÓN/UCI /CIRUGÍA	37.HOMBRE	RODADO	D.U.E./MASTER
E ₁₀	0	13	CIRUGÍA/LABORATORIO	36.MUJER	RODADO	D.U.E./MASTER

- **SERVICIO ASISTENCIAL:** referencia su experiencia profesional en servicios hospitalarios médicos (medicina interna) y quirúrgicos (planta de cirugía, no incluye quirófano).
- **UCI:** unidad de cuidados intensivos.
- **LABORATORIO:** laboratorio clínico de sangre.
- **E₆:** experiencia como enfermera asistencial en Hospital General de Elche y Elda.



ANEXO III. GUÍA DE ENTREVISTA.

Guía de entrevista 1. Entrevistas de la primera a la quinta.

- Hábleme de las motivaciones que le llevaron a estudiar y dedicarse profesionalmente a enfermería.
- Desde su percepción, ¿cómo es la práctica clínica en tu labor asistencial como enfermera?
- ¿Cómo son los cuidados de enfermería?

Guía de entrevista 2. Entrevistas de la sexta a la decima. Establecidas las categorías principales, las interrogantes están dirigidas a conformar los atributos y propiedades de éstas como sus relaciones. Del tipo:

- ¿Cómo inciden sus motivaciones en la práctica clínica?
- Me ha comentado que toda la práctica clínica no son cuidados, ¿hábleme de ello?
- ¿La formación es importante para usted?, ¿cómo se forma?, ¿son estos conocimientos los que dirigen su práctica clínica?
- ¿Cuál es su percepción de enfermería?, ¿cómo la relaciona con el tipo de cuidados que brinda a los pacientes?



ANEXO IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

D./Doña: _____

De forma voluntaria accedo a participar en el trabajo de investigación sobre los cuidados de enfermería y práctica clínica, para la tesis doctoral de Fernando Talens Belén.

Autorizo la grabación auditiva a las preguntas planteadas, en forma de entrevista no estructurada, como su uso para el propósito de tal investigación.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio ni con posteridad. Toda la información del estudio será recopilada por Fernando Talens Belén, quien mantendrá en lugar seguro y no compartirá con nadie más sin su permiso. Manteniendo de este modo su anonimato y confidencialidad en el estudio.

La participación y responsabilidad en dicho estudio queda relegada exclusivamente como informante, sin otro perjuicio ni responsabilidad.

Fernando Talens Belén, colegiado (—) por el Ilustrísimo Colegio de Enfermería de Alicante, como investigador responsable del presente estudio de tesis doctoral, suscribe las condiciones citadas en el presente consentimiento informado por el participante.

Para cualquier duda sobre el estudio o su participación en éste, puede dirigirse personal y/o telefónicamente, al teléfono (—) de Fernando Talens Belén.

El presente documento se expresa en dos copias, recibiendo una el participante en el estudio, y otra para el investigador.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

Firma.

Participante en el estudio:

Investigador:



ANEXO V. PROMOCIÓN PROFESIONAL EN ENFERMERÍA.

La promoción profesional en enfermería con la carrera y desarrollo profesional fue paralizada de forma temporal, suspendida por Decreto Ley 1/2012 de 5 de enero. Con motivo de las medidas urgentes para reducir el déficit económico tanto en la comunidad valenciana como en el resto del estado español. Posteriormente, en Resolución, 3 de diciembre de 2013, el consejero de Hacienda y Administración Pública sobre las condiciones de trabajo y retribuciones del personal del sector de la Administración de la Generalitat, docente, sanitarios y de justicia restablece para el periodo 2014-2015 la recuperación del 25% respecto al acceso y progresión de "carrera profesional" a partir del 1 de enero de 2014, con efectos a partir del 1 de julio de 2014 (Circular de Consellería remitida el 14 de enero de 2014).

El artículo 40 de la ley 55/2003, de 16 de diciembre (RCL 2003, 2934), del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud prevé el establecimiento de mecanismos de carrera profesional para el personal de sus Servicios de Salud, que supone el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimientos de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.

En los artículos 6 y 7 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (RCL2003,2724) de Ordenación de las Profesiones Sanitarias recoge las diferentes profesiones sanitarias entre las cuales se encuentra Enfermería a las que son de aplicación el presente Decreto, en desarrollo de los principios generales establecidos en el título III de la citada Ley.

Igualmente, en el artículo 35 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero (LCV 2003,37) de la Generalitat Valenciana de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana se reconoce el derecho a la carrera profesional de los profesionales sanitarios.

La Consejería de Sanidad, a propuesta del conceller de Sanidad, en la reunión del día 12 de mayo de 2006 (Decreto66/2006. Docv.5259) decreta en su artículo 4, cuatro grados de la carrera:

- Grado G-0. Sin denominación específica.
- 1. Grado G-1. Adjunto.
- 2. Grado G-2. Experto.
- 3. Grado G-3. Referente.
- 4. Grado G-4. Consultor.

El acceso a la carrera profesional (artículo 5) establece que se producirá en el momento de la primera incorporación definitiva a un puesto de plantilla de personal sanitario adscrito a la Consejería de Sanidad.

Las áreas de evaluación (artículo 7).

- Actividad asistencial: valorará experiencia, esfuerzo personal y la calidad asistencial. Tendrá en cuenta el tiempo de permanencia en el grado correspondiente y el cumplimiento de objetivos previamente fijados.
- Adquisición de conocimientos: valorará la asistencia a actividades de formación continua y continuada relacionados con el ejercicio profesional, siempre que estén acreditados.
- Actividad docente e investigadora: considerará la participación en programas de formación continuada acreditada, participación como colaboradores en trabajos de investigación y publicaciones científicas.
- Compromiso con la organización: valorará la participación voluntaria en programas de mejora de la calidad asistencial, participación en comisiones clínicas, grupos de expertos, equipos de investigación, grupos de calidad y acreditación y, en general, el desarrollo de actividades que contribuyan de forma efectiva a la mejora de la asistencia sanitaria.

Artículo 11. Grado G-0 o inicial.

Se puede acceder desde el mismo momento en que se ocupe de forma definitiva una plaza de plantilla de personal sanitario adscrito a la Consejería de Sanidad.



Artículo 12. Grado G1.

Requisitos:

a) Haber prestado servicio al sistema de Salud durante al menos 5 años en el grado de base 0.

b) Haber obtenido un mínimo de 50 créditos en la suma de áreas de evaluación.

- Actividad asistencial: hasta 70 créditos, obtenidos:
 - Permanencia en el grado 0: hasta un máximo de 50 créditos, asignándole 10 créditos por cada año en el que se cumplan los objetivos y 5 por cada año en el que no se cumplan.
 - Logro de objetivos: hasta 20 de créditos obtenidos al multiplicar por 20 el valor promedio de los tres mejores resultados de cumplimiento de objetivos.
- Adquisición de conocimientos: hasta 10 créditos, con arreglo al baremo correspondiente.
- Actividad docente e investigadora: hasta 10 créditos, con arreglo al baremo correspondiente.
- Compromiso con la organización: hasta 10 créditos, con arreglo al baremo correspondiente.

Artículo 13. Grado 2.

Requisitos:

a) Haber prestado servicio al Sistema de Salud durante al menos 5 años en el grado 1.

b) Haber obtenido un mínimo de 55 créditos en la suma de valoración de las áreas de valoración.

- Actividad asistencial: hasta 65 créditos, obtenidos:
 - Permanencia en el grado 1: hasta un máximo de 45 créditos, asignando 9 créditos por cada año que se cumplan los objetivos y 5 por cada año que no se cumplan.
 - Logro de objetivos: hasta 20 créditos obtenidos al multiplicar por 20 el valor promedio de los tres mejores resultados de cumplimiento de objetivos, durante la permanencia en el grado 1.
- Adquisición de conocimientos: hasta 10 créditos.

- Actividad docente e investigadora: hasta 10 créditos.
- Compromiso con la organización: hasta 15 créditos.

Artículo 14. Grado 3.

Requisitos:

a) Haber prestado servicio al Sistema de Salud durante al menos 6 años en el grado 2.

b) Haber obtenido un mínimo de 60 créditos en la suma de valoración de las áreas de valoración.

- Actividad asistencial: hasta 60 créditos, obtenidos:
 - Permanencia en el grado 2: hasta un máximo de 48 créditos, asignando 8 créditos por cada año que se cumplan los objetivos y 4 por cada año que no se cumplan.
 - Logro de objetivos: hasta 12 créditos obtenidos al multiplicar por 12 el valor promedio de los tres mejores resultados de cumplimiento de objetivos, durante la permanencia en el grado 2.
- Adquisición de conocimientos: hasta 5 créditos.
- Actividad docente e investigadora: hasta 15 créditos.
- Compromiso con la organización: hasta 20 créditos.

Artículo 14. Grado 4.

Requisitos:

c) Haber prestado servicio al Sistema de Salud durante al menos 5 años en el grado 3.

d) Haber obtenido un mínimo de 55 créditos en la suma de valoración de las áreas de valoración.

- Actividad asistencial: hasta 65 créditos, obtenidos:
 - Permanencia en el grado 1: hasta un máximo de 45 créditos, asignando 9 créditos por cada año que se cumplan los objetivos y 5 por cada año que no se cumplan.
 - Logro de objetivos: hasta 20 créditos obtenidos al multiplicar por 20 el valor promedio de los tres mejores resultados de cumplimiento de objetivos, durante la permanencia en el grado 1.
- Adquisición de conocimientos: hasta 10 créditos.



- Actividad docente e investigadora: hasta 10 créditos.
- Compromiso con la organización: hasta 15 créditos.

Artículo 14. Grado 3.

Requisitos:

a) Haber prestado servicio al Sistema de Salud durante al menos 6 años en el grado 3.

b) Haber obtenido un mínimo de 65 créditos en la suma de valoración de las áreas de valoración.

- Actividad asistencial: hasta 55 créditos, obtenidos:
 - Permanencia en el grado 3: hasta un máximo de 42 créditos, asignando 7 créditos por cada año que se cumplan los objetivos y 4 por cada año que no se cumplan.
 - Logro de objetivos: hasta 13 créditos obtenidos al multiplicar por 13 el valor promedio de los tres mejores resultados de cumplimiento de objetivos, durante la permanencia en el grado 3.
- Adquisición de conocimientos: hasta 5 créditos.
- Actividad docente e investigadora: hasta 20 créditos.

El artículo 17, establece la retribución de los grados de carrera, un aumento en la cuantía económica, según el grado que se obtenga. El artículo 18, asocia otros beneficios ligados a la carrera profesional. Siendo un mérito a valorar en los procesos de traslados, concursos, acceso a plazas de responsabilidad en gestión clínica, jefaturas de servicio o de sección, coordinadores de atención primaria, direcciones de Instituciones y responsables de Unidades de Gestión Asistencial.

Si bien, la realidad para Enfermería no obedece a los criterios establecidos en el artículo 18 en lo concerniente a plazas de responsabilidad en gestión clínica o en coordinaciones de Atención Primaria como en direcciones de Instituciones o Unidades de Gestión Asistencial, siendo cargos de confianza en consecuencia no se opta a ellos por méritos o formación profesional.

La citada Resolución, de 3 de diciembre de 2013, establece que para el acceso y progresión de la carrera profesional se evaluará los servicios prestados hasta el 30 de junio de 2014.

