



**PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE BARCELONA
SOBRE LA APLICACIÓN DEL ROL AUTÓNOMO EN SU
CONTEXTO LABORAL.**

Olga Rodrigo Pedrosa

**Universidad Internacional de Cataluña
Proyecto Fin de Máster**

Máster en Ciencias de la Enfermería

**Tutor: Jordi Caïs
Co-Tutora: Lola Bardallo
Mayo 2011**

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta,
fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat
Internacional de Catalunya”**

ÍNDICE

Resumen	pág. I
Problema a estudiar	pág. 1
Introducción	pág. 1-3
Revisión de la literatura	pág. 3-29
Objetivo del estudio	pág. 29
Metodología	pág. 30-39
Aspectos relacionados con el rigor	pág. 39-41
Limitaciones del estudio	pág. 41
Aplicaciones prácticas	pág. 42.
Consideraciones éticas	pág. 42-44.
Cronograma	pág. 45-46
Presupuesto	pág. 47.
Bibliografía	pág. 47-50
Anexos	pág. 51-54
Agradecimientos	pág. 55.

RESUMEN:

Desde las aportaciones de Florence Nightingale en el siglo XIX, la Enfermería poco a poco ha ido consolidándose como disciplina científica en el panorama mundial, especialmente en países como Canadá, Estados Unidos y Reino Unido. La cuestión es saber, hasta que punto, en el caso concreto de España, está experimentando también ese nivel de desarrollo y evolución, fundamentalmente en lo relativo al ejercicio de su rol autónomo, es decir, aquel que le da entidad propia.

Precisamente el objetivo de este trabajo es averiguar, recién iniciados los estudios de Grado en las universidades españolas y en la actual situación de crisis económica, cual es la percepción de las enfermeras sobre el grado de aplicación de su rol autónomo en su contexto laboral. De esta manera podremos saber cual es la situación de la que partimos como profesión para poder focalizar nuestros esfuerzos en poder superar todas aquellas dificultades que todavía, hoy en día, nos mantienen bastante alejadas, tanto a nivel académico como a nivel de toma de decisiones, de otras profesiones pertenecientes a las Ciencias de la Salud: algo que, de forma directa, también repercute en la respuesta que el colectivo da a las necesidades de los usuarios.

La metodología utilizada para la realización del estudio será metodología cualitativa, concretamente como estrategia metodológica utilizaré la teoría fundamentada. La población estudiada serán enfermeros y enfermeras, tanto del ámbito de la atención primaria de salud como del ámbito hospitalario, de la provincia de Barcelona. Como métodos de recogida de datos utilizaré la observación participante, las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión. Para el análisis de los datos se utilizará la técnica de la comparación constante.

Quiero dedicar este trabajo especialmente a mi marido, Miguel Angel, por su apoyo incondicional y, a mis hijos, Isaac, Mario y Gemma, por todas esas horas que no he estado con ellos para poder llevar a cabo este proyecto que ha sido para mi un verdadero reto profesional.

PROBLEMA A ESTUDIAR

Percepción de las enfermeras de Barcelona sobre la aplicación del rol autónomo en su contexto laboral.

INTRODUCCIÓN

Que la Enfermería es una Ciencia es algo que iniciado el siglo XXI no se puede poner en duda; la cuestión es hasta que punto, en el caso concreto de España, esta ciencia aún incipiente, conseguirá acabar de desarrollarse y ponerse a la altura del resto de las Ciencias de la Salud.

La Enfermería y los complejos fenómenos que aborda, relacionados con la vida, la salud, la enfermedad y el sufrimiento humano, al igual que el mundo que le rodea, es algo vivo, en constante evolución. Las necesidades de las personas cambian, al igual que cambian las condiciones que dominan la vida en el mundo y con ella, la Enfermería, como disciplina que da respuesta a esas necesidades: y todo ello sin perder el sentido y la coherencia que le da una entidad propia.

Una Ciencia es “un cuerpo unificado de conocimientos apoyados en evidencias reconocidas, sobre determinados fenómenos” (Fernández, C. et al. 2000: 136). Enfermería es una ciencia puesto que tiene su propio cuerpo de conocimientos basado en torno a como aplicar cuidados a las personas sanas y enfermas para promocionar su salud previniendo así la enfermedad (Fernández, C. et al. 2000:136)

Según Bishop (1990)¹ cuando la Enfermería es considerada como una ciencia aplicada, lo es en uno de los aspectos siguientes. En el primer sentido, es considerada una tecnología de la ciencia médica, es decir, la enfermera aplica el saber biomédico a la solución de los problemas que aborda. En el segundo, se define como la aplicación de aquellas ciencias sociales (psicología y sociología) que tratan de imitar a las ciencias naturales (Medina,J.L. 1999:70).

La Enfermería debe ser considerada una Ciencia Humana Práctica que utiliza tanto las teorías de las Ciencias Naturales como de las de la Conducta para comprender y desarrollar las prácticas del cuidado. Las ciencias humanas pueden fundar la práctica de la Enfermería por que ésta, al igual que aquéllas, trata de acceder al significado de una región de la experiencia humana: la vivencia de salud y de enfermedad y de sus cuidados (Medina,J.L. 1999:70).

¹ Citado en Medina, J.L. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Pg. 70.

En nuestro contexto académico y legal, el propio del Estado Español, la Enfermería siempre se ha tenido que enfrentar a multitud de adversidades para poder ampliar y asentar su propio campo de conocimientos. Recordemos que, hasta hace relativamente poco tiempo, por un tema de titulación, como máximo podíamos acceder a estudios de Primer Ciclo: Enfermería tuvo el acceso vedado a la comunidad científica al no poder cursar los estudios de Doctorado necesarios para ello (**Acosta, G. 1997**). Las enfermeras, con inquietud por desarrollar su propia disciplina, lo tenían que hacer de forma indirecta, a través de otro tipo de titulaciones de Segundo Ciclo, que les dieran acceso a la titulación de Doctor: algo necesario para desarrollar, de una forma oficial, la labor investigadora.

Pero ese no ha sido el único problema con el que se ha tenido que enfrentar como profesión. En su día a día, especialmente en el contexto asistencial, a la Enfermería todavía se la sigue considerando una profesión al servicio de los otros profesionales de la salud, en especial del colectivo médico. Es bastante común a muchas enfermeras, que trabajan en los hospitales, vivir su profesión como un mero técnico que desarrolla únicamente aquellas tareas delegadas por el colectivo médico dejando en un segundo plano, el desarrollo de su propio rol profesional, otrora demostrado, desde la propia Florence Nightingale, de especial importancia para la curación del paciente. En relación a esto Medina, basado en palabras de Gaut (1983)² y Leininger (1978)³ escribe “aunque invisible y clausurada en la práctica asistencial (el trabajo en los hospitales y los centros de salud) la noción de cuidado ocupa un lugar central y fundamentante en el discurso de enfermería” (**Medina. 1999:35**). Para Dominguez-Alcón (1989)⁴, los actos enfermeros representan una ínfima parte de las variadas actividades de la función enfermera. En general coinciden con actividades delegadas (sobretudo de la profesión médica) más que propias (**Zapico. 2005:14**)

El curso académico 2009-2010, por primera vez en sus pocos más de 100 años de historia como profesión en España, a nivel de titulación (**Ministerio de Ciencia e innovación. 2008**), Enfermería se ha podido poner a la altura del resto de las profesiones: el inicio de los estudios de Grado ha supuesto un gran avance para todas las enfermeras españolas y un acceso directo a la Comunidad Científica a través de los estudios de Doctorado (**Ministerio de Educación. 2011**).

² Citado en Medina. La pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Pg. 35.

³ Citado en Medina. La pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Pg. 35.

⁴ Citado en Zapico. Avances en la práctica de la profesión enfermera: visiones de una misma realidad. Pg. 14.

Precisamente el objetivo fundamental de este trabajo es conocer, recién iniciados los estudios de Grado en España y en sobretodo, en plena crisis económica, cual es la percepción de las enfermeras de Barcelona sobre el grado de implementación de su rol autónomo en su contexto laboral.

Por lo tanto mi estudio parte de la pregunta inicial:

¿Qué percepción tienen las enfermeras asistenciales de Barcelona sobre la aplicación del rol autónomo en su contexto laboral?

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. La profesionalización de la Enfermería en España

El nacimiento de la Enfermería como profesión se atribuye a la enfermera inglesa Florence Nightingale (1820-1910) que en 1860 crea, en el hospital de Santo Tomás de Londres, la primera escuela de enfermería del mundo. En su conocido manual *Notes On Nursing: What It Is and What It Is Not* (publicado en 1859) define, por primera vez en la historia que es la Enfermería y cual debería ser su función “*algo más que administrar medicinas y cataplasmas, debe ser hacer uso adecuado del aire, luz, calor, higiene, reposo y de una adecuada relación y administración de la dieta, todo ello con la menor pérdida de energía por parte del enfermo. Es poner al enfermo en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe*” (Fernández Ferrín C. et. al. 2000:70). No obstante, a pesar de este enfoque que pretendía ser moderno en la época, limitó la actividad de enfermería al control explícito de la comunidad médica. La enfermera (siempre una mujer) ofrecía obediencia al médico y devoción al paciente (Domínguez-Alcón C., et al. 1983: 92).

Los comienzos oficiales de la profesión enfermera en España datan del año 1857, concretamente con la Ley de Instrucción Pública, donde se trata la formación del personal de enfermería con mención a los títulos de practicantes enfermeras y matronas (García. 2001: 147). En lo referente a la titulación de enfermera no se tiene referencia hasta 1915, aunque ese nombre se venía aplicando, desde años anteriores, a las personas dedicadas al cuidado, fundamentalmente religiosas (García. 2001: 147)

A lo largo de la primera mitad del siglo XX, la práctica asistencial de enfermería se constituye en torno a los cuidados que administran practicantes, matronas y personal religioso (Ortega, et. al. 1996: 290). Los dos primeros, practicantes y matronas,

realizaban su ejercicio en el ámbito extrahospitalario y rural, puesto que en los hospitales solamente realizaban actividades puntuales. El practicante, como ayudante del médico, administrando y realizando los tratamientos según sus órdenes. Respecto al ejercicio de las matronas hay que tener en cuenta que las mujeres tenían a sus hijos en sus propios domicilios, y no es hasta la década de los sesenta cuando se generalizan los partos en las maternidades (Ortega, et. al. 1996: 291).

El tercer grupo estaba constituido mayoritariamente por religiosas que realizaban el cuidado enfermero en los hospitales, desde mediados del siglo XIV, proporcionando cuidados básicos y ayudando a los enfermos en sus necesidades más elementales, como alimentación, higiene, confort y recogida de datos clínicos. Residían en el centro donde realizaban su trabajo, lo que suponía un buen aprovechamiento de los recursos para la institución, que establecía un convenio o contrato con las comunidades religiosas, ya que era constatable su necesidad debido a la tardía incorporación de la mujer española al mundo laboral. Por ello, la figura de la enfermera hasta mediados del siglo XX estaba representada por religiosas (Ortega, et. al. 1996: 291).

En España, la primera escuela de enfermeras se crea en 1896 en Madrid por el Dr. Federico Rubio y Galí, y las primeras disposiciones específicas de reconocimiento de la enfermería aparecen en 1912 (Ortega, et. al. 1996: 293). Originariamente fue creado como centro de enseñanza libre de la medicina, y en dicho centro se instaló la primera escuela de enfermeras de Santa Isabel de Hungría. Vivió en Inglaterra en la década de 1860-1870 en calidad de embajador de España, cuando Florence Nightingale organizaba su primera escuela de enfermeras (Ortega, et. al. 1996: 293).

A su vuelta a España, desarrolló el proyecto de conseguir enfermeras capaces de prestar cuidados a los enfermos, “aprendiendo cuanto corresponda al arte de atender y cuidar de modo artístico y científico, dándoles para ello la enseñanza de conocimientos necesarios, adquiridos en el periodo de internado suficiente, y las dotará de un certificado de aptitud al cabo de dos años de servicio que les permita ganarse la vida asistiendo enfermos “(Ortega, et. al. 1996: 295).

La posibilidad de crear nuevas profesiones con distintos nombres y títulos a través de la Ley de 1904 (Instrucción General de Salud Pública), permite que se regule legislativamente la profesión enfermera (Ortega, et. al. 1996: 291). Esta Ley supuso un importante adelanto para las profesiones sanitarias ya que, además de legitimizar las de practicante y matrona, se preveía que pudiesen crearse otras con títulos diferentes (Domínguez et. al. 2000:76).

En ella se establecía, pues, la obligación de poseer un título oficial para poder trabajar en una profesión sanitaria. Se posibilitaba también que las mujeres pudiesen

obtener el título de practicante, siempre que cumplieren con los requisitos marcados por la Ley (Dominguez et. al.. 2000:76).

La atención de los legisladores, en lo que a las profesiones sanitarias se refiere, se centra fundamentalmente en practicantes y matronas el trabajo de los cuales, tal y como se ha comentado antes, se desarrollaba principalmente en la asistencia domiciliaria, ya que en los hospitales y beneficencias su trabajo consistía en realizar acciones puntuales; los primeros de contenido técnico como ayudantes del médico y la matronas de asistencia a las parturientas (Domínguez et. al. 2000:76). Solamente la iniciativa privada se había ocupado hasta entonces del trabajo de las enfermeras (Domínguez et. al. 2000:76).

El 7 de mayo de 1915 se creó una ocupación sanitaria (la enfermería) distinta a la creada en 1857 (el practicante), en respuesta a la petición de la orden religiosa dedicada a los cuidados de los enfermos: la Congregación de las Siervas de María (Hernández, J. 1999: 150). A instancias de esta congregación se autoriza a que se formen y trabajen las enfermeras seculares en condiciones similares a lo que estaba legislado para matronas y practicantes (Fernández et. al. 2000: 77)

A partir de aquí se institucionaliza la profesión enfermera bajo tres denominaciones diferentes (practicante, matrona y enfermera) se planifica la formación y se establece una cierta normativa para la práctica cotidiana. Hasta este momento, en España, la dispensación de cuidados enfermeros había tenido como objetivo fundamental los cuidados básicos del enfermo (con una orientación biopsicosocial y espiritual, sobretodo cuando hacemos referencia a los cuidados de enfermería prestados por órdenes religiosas (Domínguez-Alcón C. 1986: 92).

El año 1915 fue decisivo para la enfermería española, ya que se autoriza a ejercer la profesión de enfermera a todas aquellas personas (religiosas o no) que acreditaran tener los conocimientos necesarios, con arreglo al programa publicado en la Gaceta de Madrid el día 21 de mayo. Las enfermeras podían adquirir sus conocimientos en consultorios, asilos y hospitales, realizando con posterioridad un examen de contenido teórico-práctico (Herrera, et. al. 1996:266). Se especifica que la prueba de suficiencia consistirá en un examen teórico-práctico ante un tribunal análogo al que funciona para la reválida de practicantes de la Facultad de Medicina de Madrid, designado por el Decano. Es éste el que autoriza para ejercer la profesión de enfermera a través de una certificación (Ortega, et. al. 1996: 291). (Herrera, et. al. 1996:291).

La promulgación de esta normativa de 1915, que viene a dar cobertura legal a la profesión enfermera, no es bien acogida por los practicantes. Estos reaccionaron inicialmente solicitando que se suprimieran estos estudios o haciendo denuncias concretas de intrusismo profesional. Se producen roces profesionales, generados

fundamentalmente por considerar los practicantes que las enfermeras incurrieran en intrusismo o por sentirse perjudicados al crearse plazas para enfermeras en detrimento de las posibilidades laborales de los practicantes (Herrera, et. al. 1996:266).

Se puede concluir que no se deben desvincular las características de los profesionales de la enfermería del contexto socio-sanitario en que éstas surgen y se desarrollan. Desde el principio parece consolidada la división en tres vertientes históricas de la enfermería, fundamentadas en la división sexual del trabajo (practicantes varones, matronas y enfermeras) (Herrera, et. al. 1996: 256).

Una labor destacada en la formación de enfermeras a partir de 1915 será llevada a cabo por la Cruz Roja Española, y en muchas capitales de provincia, en las que esta institución funda hospitales, destinará unos fondos para la formación de "Damas Enfermeras de la Cruz Roja". Se crea así el Cuerpo de Auxiliares Femenino de la Cruz Roja Española (Fernández. 2000: 78)

Las siguientes escuelas de enfermería del país se crean en Barcelona, a expensas de iniciativas privadas o sociales, como la de Santa Madrona en 1917 y la de la Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina de la Mancomunidad de Cataluña en 1919 (Ortega, et. al. 1996: 293; Fernández. 2000: 77).

En 1929 se funda la Escuela de Enfermería de la Casa de Salud de Valdecilla la cual ocupó un papel destacado en el desarrollo de la formación de las enfermeras (Ortega, et. al. 1996: 295). El primer director médico de la escuela fue un médico del hospital, el Dr. Usandizaga, que escribió un libro dirigido a la formación de enfermeras (Manual de Enfermería, editado en 1934) que ha estado vigente como libro de texto obligatorio para las enfermeras en la mayor parte de las Facultades de Medicina del país hasta la década de los sesenta (Fernández. 2000: 80). Esta obra recogía las cuestiones médicas que en el momento se creían necesarias para la formación de enfermeras. Su orientación, totalmente medicalizada, marcará una pauta a seguir durante la formación de las promociones de la década de los cuarenta, cincuenta e incluso sesenta (Fernández. 2000: 80)

Hay que destacar que en esta escuela el cargo de subdirectora estuvo ocupado desde el principio por una mujer, María Teresa Junquera. Ésta había trabajado en la Escuela de Santo Tomás de Londres, lo que hacía que su visión de la enfermería entroncase directamente con los planteamientos de Florence Nightingale (Fernández. 2000: 80).

A pesar de que mediante la Real Orden de 7 de mayo de 1915 se legitimizó el título de enfermera publicándose el programa oficial de estudios (Gaceta del 21 de mayo de 1915), todavía en 1923, ocho años después de la normalización del título de

enfermera, se subrayan las diferencias con los otros dos colectivos (Herrera, et. al. 1996: 277).

Según palabras de Ventosa ⁵ "...el practicante es una persona perita, con título profesional (...) el enfermero es cualquier persona que hace lo que el médico le ordena con arreglo a la práctica.

Cuando se institucionaliza la profesión, la orientación parece tener una mayor tendencia al servicio (a la "colaboración") a otra profesión (la medicina) (Domínguez-Alcón C. 1986: 96). El sentido de los cuidados como ayuda a la persona, que se mantuvo a lo largo de toda la historia de la enfermería en España hasta su institucionalización, modifica en parte su orientación, permanece el servicio al enfermo, pero aparece como fin primordial explicitado el ayudar al médico a cumplir puntualmente lo que éste ordena y aplicar unos tratamientos, según las diferentes patologías (Domínguez-Alcón C. 1986: 103).

En contra de lo que muchas personas puedan pensar las enseñanzas planificadas para practicantes y enfermeras y el reconocimiento legal de ambas ocupaciones surgen en España en época similar al resto de los países: Inglaterra (1860), Estados Unidos (en 1872) y Canadá (en 1890) (Domínguez-Alcón C. 1986: 106).

No obstante, en nuestro país no parecen tener influencia los planteamientos ni la orientación que le dio a la enfermería Florence Nightingale, reconocida como la reformadora con mayor influencia de esta profesión. Varios factores contribuyeron al éxito y popularidad de la enfermería en Inglaterra: proporcionaba unos conocimientos apropiados a la mujer, con lo que se convertía en un inicio de emancipación, y ofrecía un cierto poder (Domínguez-Alcón C. 1986: 106).

Parte de estos elementos no se corresponden con la situación de la enfermería en España de la época. Sin embargo, la diferencia fundamental en esa primera etapa de la formación de enfermeras, creación de la primera Escuela y reconocimiento legal de la profesión, es que en Inglaterra la líder del movimiento fue una mujer que creía, poseía y ejercitaba un concepto de la enfermería, explicitado en *Notes On Nursing: What It Is and What It Is Not*. La tradición de los enfermeros y enfermeras en España es antigua, como hemos podido constatar. Sin embargo, cuando se reconoce socialmente y se institucionaliza legalmente no hay una líder femenina detrás del movimiento, sino sobre todo una necesidad de la medicina que precisa de una colaboración competente. En España fue el movimiento religioso y la presión médica quienes en los inicios de la enfermería como profesión tuvieron, hemos visto, mayor influencia. Incluso en el primer tercio del siglo XX, cuando se crearon otras escuelas

⁵ Citado en Historia de la Enfermería en España.

pioneras, fueron fundamentalmente promovidas por médicos (**Domínguez-Alcón C. 1986: 107**)

A finales del siglo XIX las enfermeras formadas en la Escuela Nigthingale ocuparon puestos en los hospitales ingleses, asumieron su propia responsabilidad bajo las órdenes no de médicos, si no de enfermeras formadas (las actuales gestoras clínicas). Al parecer se ocupaban de la organización interna, la disciplina, y tenían poder respecto a las cuestiones de enfermería. Existió no obstante, cierto rechazo de los médicos a aceptar a aquellas mujeres bien entrenadas y con conocimientos (**Domínguez-Alcón C. 1986: 107**).

Esta orientación tiene notables diferencias a como se planteó en España. Una de las preocupaciones básicas de la Escuela Nigthingale fue, sobre todo, la valoración de la mujer (**Fernandez et. col. 2000: 107**) cosa que evidentemente consiguió, demostrando la eficacia y competencia del personal que formaba. Sin embargo en sus orígenes, la primera escuela de Enfermeras española estuvo fuertemente marcada por un sentido religioso (de hecho recordemos que su legalización se debió a la petición de una orden religiosa, las Siervas de Maria) y el proceso se inició promovido por el propio colectivo de los médicos y no por el colectivo de los propios enfermeros (como en el caso de Inglaterra) (**Domínguez-Alcón C. 1986: 107**)

En los textos españoles dedicados a la formación de los enfermeros y las enfermeras de finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX quedan ya definidas las características de la profesión. La función de enfermería se plantea en términos de subordinación y dependencia del médico. En casi cincuenta años no se observan cambios sustanciales en la función de enfermería, salvo los de la estricta evolución tecnológica que aumenta más si cabe, la función de auxiliar del médico (**Domínguez-Alcón et col. 1983: 92**)

La Escuela Nacional de Sanidad se creó en el primer año de la dictadura de Primo de Rivera (1924). Dicha institución formaba parte, como organismo autónomo, de las instituciones dependientes de la Dirección General de Sanidad, y tenía, entre otras, la misión de formar un cuerpo de enfermeras sanitarias, y la preparación eventual de un personal subalterno auxiliar que, sin tener título académico ni profesional alguno, ni constituir cuerpo, pudiera ser requerido para que prestara sus servicios en instituciones sanitarias o en centros de investigación y estudios (**Herrera, et. al. 1996: 242-243**).

En 1933, la Escuela de Enfermeras de la Generalitat de Catalunya, dirigida por Ripol Noble (formada en Estados Unidos), proporcionó una orientación enfermera renovadora (**Hernández, J. 1999: 150**).

Durante la Guerra Civil Española (1936-1939), dado el elevado número de bajas, la desnutrición, el hambre, las enfermedades y los heridos, la Enfermería tuvo una actividad importante, aunque ello no implicó avances notables en la evolución de la profesión como tal (**Domínguez-Alcón et col. 1983: 92**). De hecho durante los 3 años de la Guerra Civil Española (1936-1939), la enseñanza oficial de enfermeras, matronas y practicantes en las Facultades de Medicina se interrumpió, al menos en la mayor parte de ellas, por lo que los exámenes no volvieron a realizarse hasta acabada la contienda; pero la difícil situación sanitaria por la que atravesaba el país hizo que se demandase un elevado número de enfermeras y, mediante unos cursos acelerados, proliferaron las enfermeras y damas voluntarias (**Fernández. 2000: 82**). A partir de este momento se crean las enfermeras de guerra, las enfermeras de campaña y las enfermeras militares (**Fernández. 2000: 82**)

Hasta 1940, los estudios previos requeridos para cursar Enfermería en una escuela eran los de la escolaridad primaria, tanto para los practicantes como para las enfermeras. El temario teórico-práctico era virtualmente el mismo: setenta temas para enfermeras y setenta y ocho para los practicantes (**García. 2001: 148**)

En el año 1941 se establece por Orden Ministerial las competencias de las enfermeras, dejando claro que el ámbito en que podían desarrollar sus funciones era en el seno de instituciones de tipo religioso y patriótico. En cuanto a las responsabilidades, se señalan las de asistir a los enfermos, el aseo, la alimentación, la recogida de datos clínicos y la administración de medicamentos (**García. 2001: 148**)

La Ley de Bases de la Sanidad Nacional, aprobada en el año 1944, estableció que, en cada provincia, debía existir un Colegio de Auxiliares Sanitarios que acogiera a practicantes, matronas y enfermeras tituladas. La orden dejaba muy clara la dependencia y subordinación al médico, sobre todo en lo que a las enfermeras se refiere, por lo que tuvo dos vertientes: una masculina y otra femenina, de modo que, por una cuestión de género, existía una diversidad en la formación (**Hernández, J. 1999: 151**).

Según Blasco Santamaria ⁶ “Todo esto trajo como consecuencia, que con un mismo título, se obtuvieran profesionales con distinta preparación y conceptualización de la profesión enfermera”.

Con la Ley de Bases de Sanidad en 1944 se instituyeron los colegios oficiales de auxiliares sanitarios y su Consejo General. Los estatutos de los mismos fueron aprobados en noviembre de 1945 (**Herrera, et. al. 1996: 278**). En 1945, al aprobar el Reglamento y los Estatutos provisionales del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de los Colegios provinciales, al tratar de la enfermera afirma que “es la auxiliar

⁶ Citado en Hernandez, J. Historia de la Enfermería.

subalterna del médico, estando siempre a las órdenes de éste”. “La enfermera por sí sola no tiene facultades para desempeñar su cometido” (Domínguez-Alcón et al. 1983: 92)

En el año 1945 una nueva Orden Ministerial determinó que “las Enfermeras en posesión del título oficial están capacitadas y facultadas para (García. 2001: 149).

La asistencia de carácter familiar, aseo, alimentación, recogida de datos clínicos y administración de medicamentos a los enfermos. Estos servicios podrán realizarse tanto en el seno de instituciones de tipo asistencial como en el domicilio del enfermo.

Para la asistencia de operaciones quirúrgicas, intervenciones y curas, ayudando a los médicos.

Con anterioridad a la aparición de la figura del Ayudante Técnico Sanitario había dos clases de enfermeras que desarrollaban funciones sanitarias auxiliares. Las enfermeras tituladas, que cursaban estudios oficiales de dos años, superaban una prueba de reválida y sus títulos eran expedidos por las diferentes Facultades de Medicina. Al lado de ellas, y con su misma condición, estaban las que realizaban estudios y obtenían su graduación en instituciones religiosas y patrióticas y que hubiesen regulado sus títulos (hasta entonces privados) mediante la aprobación de una reválida similar a la que debían superar las enfermeras tituladas (García. 2001: 149).

El paso siguiente fue la unificación de estudios. Mediante el Decreto del 27 de junio de 1952 se refundieron los planes de estudios para practicantes, enfermeras y matronas en uno sólo: habían nacido los ATS (Herrera, et. al. 1996: 278).

Este hecho significó para la Enfermería española: la unificación en una sola titulación de las tres carreras existentes hasta entonces (practicantes, matronas y enfermeras), la elevación del nivel profesional, la vinculación de los estudios a las Facultades de Medicina y la ampliación de la formación con las especialidades (García. 2001: 150).

A partir de 1952, la exigencia previa de estudios cursados se fijó en cuatro años de bachillerato (Bachillerato Elemental) y la duración de los estudios de ATS en tres. Se estableció un plan de estudios de obligado cumplimiento, con enseñanzas teóricas y prácticas, que debía ser seguido por todas las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (García. 2001: 152)

No obstante, cuando en diciembre de 1953 se unifican los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) lo hacen con una orientación de servicio a la medicina, que ponía especial énfasis la relación de las tareas derivadas de las funciones médicas centrándose en la enfermedad y la técnica (Hernández, J. 1999: 151)

El nuevo título posibilita a los ATS para el ejercicio auxiliar de la medicina con carácter general y para realizar, previa indicación o bajo dirección médica: las

funciones de aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos; auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades y practicar las curas de los operados **(García. 2001: 151)**

A partir de la unificación de titulaciones, y coincidiendo con la espectacular creación de hospitales, la incorporación de ATS masculinos a estas instituciones fue considerable. No obstante, las áreas de actuación en razón del sexo estaban bien delimitadas, fruto del sistema de valores imperante en la clase dominante. De esta forma, las mujeres eran destinadas a servicios de hospitalización para prestar atención directa a los enfermos; en cambio, los hombres, ocupaban puestos de trabajo correspondientes a servicios como laboratorios de análisis clínicos, radiología, etc. **(García. 2001: 152)**

No parece haber otras menciones a la función de enfermería, hasta la aparición, en 1973, del documento Estatutos del personal sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social, que el Consejo Nacional de ATS difundió entre todos los colegiados. En él se detallan las funciones de enfermeras y ATS: deben “ejercer las funciones de auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones que se reciben del mismo en relación con el servicio” **(Domínguez-Alcón C. et al. 1983: 93)**.

La función es algo menos restrictiva para los ATS de zona. Igualmente, en lo que corresponde a instituciones cerradas, se indica en primer lugar que “deben ejercer las funciones de auxiliar de médico cumplimentando las instrucciones que por escrito o verbalmente reciban de él”. Sigue, pues, definiéndose la enfermería en función de la medicina, y no hallamos indicaciones explícitas a la función propiamente de enfermería (su rol autónomo) **(Domínguez-Alcón C. et al. 1983: 93)**.

La especialización de enfermería se inicia con el Decreto de 4 de diciembre de 1953. La primera en reconocerse fue la de matronas en enero de 1957, seguida de la de fisioterapia en julio del mismo año, radiología y electrología (1961), podología (1962), pediatría y puericultura (1964), neurología (1970), psiquiatría (1970), análisis clínicos (1971) y urología y nefrología (1975). En 1980, las especialidades de enfermería y podología pasaron a ser estudios finalistas con la creación de las diplomaturas de Fisioterapia y Podología **(Ministerio de Sanidad y consumo. 2007:64)**

Una vez integrados los estudios de ATS a la universidad como escuelas universitarias de Ayudantes Técnicos Sanitarios a la universidad como escuelas universitarias de Enfermería (Real Decreto 2128/1977), no se procedió a desarrollar las especialidades adecuadas a la nueva titulación, sino que, al contrario se autorizó (Orden del 9 de octubre de 1980) a los DUE a que cursasen las especialices existentes para los ATS, lo que configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica **(Ministerio de Sanidad y consumo. 2007:64)**.

En el comienzo de los años setenta del siglo XX se produce, entre varios grupos de enfermeras españolas, una corriente de opinión basada en el interés por promover la enfermería a rango de disciplina, influenciada por el movimiento enfermero iniciado en otros países, principalmente en los Estados Unidos y Canadá **(García. 2001: 185)**

Paralelamente se promulga la Ley General de Educación, contemplando dos posibilidades para los estudios de Ayudante Técnico Sanitario: la integración en las escuelas de enfermería en la Formación Profesional de Segundo Grado o en la Universidad, con rango de Escuelas Universitarias **(García. 2001: 185)**

Prácticamente, todos los grupos profesionales se inclinaron por la segunda opción y, tras un largo tiempo de trabajos, proyectos y negociaciones la Comisión Interministerial propuso la creación de Escuelas Universitarias en Enfermería **(García. 2001: 185)** y, en julio de 1977 se aprobó, mediante el Real Decreto 2128/77, la integración en la Universidad de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario como Escuelas Universitarias de Enfermería. La orientación a partir de ese momento de los estudios de enfermería cambió drásticamente de los que había habido hasta la fecha de Ayudante Técnico Sanitario **(Fernandez et al. 2000: 103)**.

La Comisión de Estudios encargada de elaborar las directrices del nuevo plan de Estudios, en sintonía con las nuevas corrientes de pensamiento, propone para la Enfermería un plan de estudios basado en distintos elementos de la actuación profesional. El primer elemento a considerar era la prestación de cuidados de enfermería al individuo enfermo o sano, así como a la familia y a la comunidad y no sólo en el medio hospitalario, sino también en el ámbito extrahospitalario, teniendo en cuenta los aspectos de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación. El segundo elemento era la participación en el equipo de salud, para poder desempeñar plenamente las funciones de enfermería. El tercer elemento a considerar fue el contribuir a la formación de los distintos niveles del personal de enfermería (hasta ahora a manos fundamentalmente de los médicos), así como a la del propio individuo, familia, comunidad en los aspectos relacionados con la educación sanitaria. Por último, y con el fin de contribuir al desarrollo de la profesión, se planteaba la necesidad de participar en la investigación en el área de enfermería **(Fernandez et al. 2000: 105)**.

Si se hace una comparación global entre la formación del ATS y el Diplomado en Enfermería, se pueden observar claras diferencias en la orientación, que fundamentalmente radican en **(García. 2001: 185)**.

El plan de estudios del ATS fomentó un profesional hospitalario. El plan del DUE forma un enfermo generalista para asistir tanto en el hospital como en el ámbito comunitario.

El plan de estudios del ATS enfocó las enseñanzas teóricas y prácticas desde un punto de vista eminentemente técnico, mientras que el de DUE lo hace con un enfoque científico.

El primero definió la situación de la enfermera como inevitablemente subordinada a otras profesiones. Sin embargo, el plan del DUE confiere al profesional un rol definido, asignándole identidad propia dentro del equipo de salud.

Por último, mientras que el plan antiguo preparó para dar una asistencia parcializada, con un enfoque organicista, el plan del DUE enfoca el cuidado desde una perspectiva integral, considerando al hombre en sus aspectos fisiológicos, psicológico, social, cultural, etc.

En 1987 (Real Decreto 992/1987) con la idea de la progresiva especialización, se creó el título de Enfermero especialista, aunque se ponía de manifiesto que esto no debía impedir la posibilidades de ejercicio polivalente de la actividad profesional. Posteriormente se creó el Consejo Nacional de Especialidades en Enfermería (Orden de 11 de julio de 1988) como órgano de consulta y asesoramiento del Ministerio de Educación y Ciencia y del Ministerio de Sanidad y Consumo (**Ministerio de Sanidad y consumo. 2007:64**). Este decreto preveía las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica y Gestión y Administración de Enfermería (**Ministerio de Sanidad y consumo. 2007:64**).

Para las especialidades anteriores a este decreto, se declaran equivalentes siempre que se tenga el título de Diplomado de Enfermería o se haya convalidado el de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería (**Ministerio de Sanidad y consumo. 2007:64**).

Desde 1987, y a partir del decreto de las especialidades, dejaron de impartirse las especialidades que se habían iniciado en 1957 y hasta 1994 no se volvió a impartir la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona). Y en el 2002 se inició la especialidad de Enfermería en Salud Mental (**Ministerio de Sanidad y consumo. 2007:64**).

Con el Real Decreto de Especialidades oficiales de Enfermería del 2005 se da un nuevo paso para desarrollar la especialización de las enfermeras. Las especialidades de Enfermería que se ofrecen son Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo,

Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica (**Ministerio de Sanidad y consumo. 2007:65**).

En 1987 el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) modificó los requisitos para solicitar financiación para la investigación, posibilitando que las enfermeras pudieran participar como investigadoras principales, a la vez que integraba profesionales de la enfermería en las comisiones de evaluación técnica (**Ministerio de Sanidad y consumo. 2007:65**).

En 1996 se creó la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIII) en el seno del Instituto de Salud Carlos III, que tiene como misión el desarrollo de estrategias a nivel estatal para fomentar y coordinar la investigación en cuidados, potenciando su integración (**Ministerio de Sanidad y consumo. 2007:68**). Entre sus líneas estratégicas está la de garantizar la visibilidad de la investigación enfermera en cuidados (**Ministerio de Sanidad y consumo. 2007:68**).

Hoy en día la opinión pública todavía no sabe realmente que espacio ocupa la enfermería en el ámbito de las profesiones de hecho, pese a que hace más de 29 años que desapareció la titulación de ATS y 54 años la de practicante (titulaciones con una clara orientación de auxiliar de médico) hoy en día todavía se nos continúa considerando así. Hasta hace relativamente pocos años ni siquiera el diccionario de la Real Academia Española reconoce la enfermería como disciplina sanitaria (en la edición anterior a la actual no existía dicha acepción en la entrada enfermería) y en la actualidad se define como: “profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas” (**Brito. 2007**).

Para lograr un espacio profesional único y autónomo en el cual la enfermera sea la única responsable de sus acciones, el primer objetivo es claro: desprenderse del modelo que ha marcado su trabajo a lo largo de todo el siglo XX: el modelo biomédico. Si que es verdad que se presume un entendimiento del individuo como ser biológico, psicológico, social, cultural y espiritual. Hemos dicho que se presume pero la realidad es que no se asume. Los cuidados diarios están muy distantes de un cuidado integral y holístico. Siguen centrados en aspectos físicos y no se desempeñan el resto de dimensiones por las altas cargas de trabajo del colectivo enfermero. Siempre hay excepciones pero la mayoría de las enfermeras mantienen el grueso de su trabajo diario enfocado hacia los cuidados de tratamiento (**Carballo. 2005**).

La LOPS (Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias 44/2003), el RD 450/2005 y el nuevo Espacio Europeo de Educación Superior, que a día de hoy en prácticamente toda España ya ha convertido las escuelas de Enfermería en Facultades y a los Diplomados en Graduados, conseguirán dar el impulso definitivo a

la profesión que se venía reclamando desde prácticamente sus inicios. La posibilidad de poder obtener el título de Doctorado será un gran avance en la historia ya que permitirá a la Enfermería entrar con derechos plenos en la comunidad científica y acabar de consolidarse así como disciplina.

2. La Enfermería como Disciplina Científica

El termino “cuidar” presenta múltiples significados. Los pensadores griegos utilizaron una expresión para designar esta actitud: epimeleia. La epimeleia es una originaria actitud de consideración y acción, de conocimiento y amor (Torralba. 1998: 312)

Según E. Pellegrino, se pueden distinguir, en el ámbito de las profesiones sanitarias, cuatro sentidos del término cuidar (Torralba. 1998: 313-314).

El primer sentido que destaca este autor se refiere a cuidar como compasión. Desde esta perspectiva, cuidar a alguien es tener compasión por él, es ponerse en su lugar, es vivir lo que está viviendo, es sufrir lo que está sufriendo, es, en definitiva, empatizar con su estado de salud.

El segundo sentido que se desprende del termino cuidar se refiere a una acción mediante la cual un ser humano ayuda a otro a realizar lo que no puede hacer por si mismo. Desde esta segunda perspectiva, cuidar a alguien es ayudarlo a ser autónomo, es decir, a realizar su propia vida. Se trata de una acción altamente operativa y de sustitución que tiene como finalidad aportar instrumentos y recursos para que el sujeto en cuestión pueda valerse por si mismo.

En la tercera acepción, cuidar es invitar al paciente a transferir su responsabilidad y su ansiedad al médico o a la enfermera. Cuidar a alguien es invitar a la persona a confiar en el profesional, es decir, invitarle a dejarse ayudar, cediendo su responsabilidad y su ansiedad.

En el último término, cuidar consiste en poner todos los procedimientos, personales y técnicos al servicio del enfermo. Es buscar su bien, es velar por su salud y por el restablecimiento integral de la misma.

Según J.L. Medina cuidar es “prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad”. Esta visión antropológica, comprensiva y profunda, percibe el cuidado y la enfermedad como un “kairos asistencial”, como una oportunidad única para profundizar en el alcance y las raíces de la dignidad humana “ (Medina. 1999: 37).

La acción de acompañar, o más concretamente, de cuidar, constituye la esencia misma de la Enfermería. Según J. Watson, el eje central de la Enfermería es

el ejercicio de cuidar. La Enfermería se propone comprender como se relacionan entre sí la salud, la enfermedad y la conducta humana **(Torralba. 1998: 305)**.

Para Collière cuidar es ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta se continúe y se reproduzca. Se trata de un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere la autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales **(Collière. 1993: 233-234)**.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud **(Medina. 1999:35)**. Esto no significa que el profesional de Enfermería no deba curar, sino que el objetivo fundamental de su acción es cuidar a sujetos vulnerables que sufren o padecen, o tratar de ayudar a quienes acompañan a esas personas. En el acto de cuidar, la Enfermería se singulariza respecto a otras áreas y ciencias de la salud y de la asistencia **(Torralba. 1998: 306)**.

Cuidarse y curar no deben comprenderse jamás como procesos paralelos, sino complementarios y armónicos. Sin embargo, el rasgo fundamental de la Enfermería, su aportación definitiva en el conjunto de Ciencias de la Salud no es precisamente curar, sino el cuidar, esto es, el acompañar **(Torralba. 1998: 306)**.

Aunque la Enfermería ha empleado las palabras cuidados y cuidar para describirse a sí misma y a su práctica, durante más de un siglo ha faltado una definición y una comprensión clara de estas expresiones. Según Leininger, los conceptos sobre el cuidar son los menos comprendidos y menos estudiados de todas las áreas de conocimiento e investigación humanas **(Torralba. 1998: 306)**.

Desde los días de Nigthingale el término cuidado ha sido usado en Enfermería como verbo para designar la idea de cuidar a otra persona. Aunque en la literatura pueden encontrarse abundantes definiciones de cuidado enfermero, hemos podido comprobar que existen pocos trabajos dedicados exclusivamente al concepto genérico de cuidado **(Medina. 1999:41)**.

Los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado se deben a Madeleine Leininger, enfermera y antropóloga, quien a finales de los años 70 inició un estudio sistemático del término. Para esta autora existen varias razones para considerar el cuidado como dominio central del cuerpo de conocimientos y las prácticas de la Enfermería y que justifican la necesidad de realizar investigaciones para su esclarecimiento **(Medina. 1999:39-40)**.

Leininger, en un intento por sistematizar y clarificar la noción de cuidado presenta las diferencias entre cuidado genérico, cuidado profesional y cuidado profesional enfermero **(Medina. 1999:41)**

Para esta autora el cuidado genérico “son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana “. Los cuidados profesionales son definidos como “aquellas acciones, conductas, técnicas procesos o patrones aprendidas cognitivamente y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida”. Por último los cuidados profesionales enfermeros son “todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas, y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de las condiciones favorables de vida o de muerte” **(Medina. 1999:41-42)**

Cuando Leininger se refiere al cuidado profesional enfermero está hablando de un cuidado profesional con una finalidad que lo diferencia del resto de cuidados profesionales: mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas **(Medina. 1999:42)**

Collière explica que en el vocabulario inglés, más rico que la lengua francesa respecto a la noción de cuidados, ha mantenido dos tipos de cuidados de naturaleza diferente: los cuidados de costumbre o habituales, denominados care y relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y, los cuidados de curación o cure, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida **(Collière. 1993: 235)**

Identificar los cuidados de enfermería es preguntarse por lo que les caracteriza y lo que basa su identidad. La identidad es una forma de individualización insertada en una red de pertenencias. Los cuidados de enfermería tienen que encontrar su individualidad con respecto a la red de pertenencia de los cuidados. La identidad no puede concebirse más que con respecto a la alteridad: en cuanto a los cuidados de enfermería hay que distinguir su finalidad original y poner en evidencia los aspectos singulares o las circunstancias específicas de este tipo de cuidados con respecto a los que pueden proporcionar otras personas, otros grupos o profesiones, particularmente en relación con la profesión médica **(Collière. 1993: 231)**.

Enfermería, a pesar de tan larga tradición histórica, con gran experiencia práctica y muchos conocimientos acumulados, no goza de un espacio epistemológico y disciplinar indiscutible, por muy diversas razones pero, fundamentalmente, por la

estrecha vecindad con otras disciplinas que gozan de un estatus superior y por las muy variables situaciones en las que históricamente se ha tenido que desenvolver su práctica que ha estado determinada por los contextos sociales del momento (Vila et. al. 1997).

La identidad es compuesta, es una unidad compleja constituida por la interconexión única y singular de posibles variables. Es importante distinguir la red de variables que se imbrican y se organizan de forma única para constituir el cuerpo de los cuidados de enfermería y diferenciar, en el seno de este cuerpo, el conjunto de variables que caracterizan tal o cual cuidado (Collière. 1993: 231).

Los cuidados de enfermería no pueden disociarse de las situaciones de la vida de las personas. Esforzarse por encontrar una identidad a los cuidados de enfermería para hacerlos identificables, no idénticos, es aceptar el reconocimiento de unas características permanentes que tendrán que ajustarse a situaciones cambiantes. Es grave basar la identidad de los cuidados en unas características uniformes, unas constantes o unas teorías aplicables de forma estereotipada (Collière. 1993: 232)

Identificar los cuidados de enfermería es hacer razonable la naturaleza de los cuidados de enfermería, los elementos que participan en su elaboración: los conocimientos y instrumentos que utilizan, así como las creencias y los valores en que se basan. También se trata de aclarar las competencias de enfermería, el proceso de cuidados de enfermería e identificar la naturaleza de su poder, sus límites y sus dimensiones sociales y económicas (Collière. 1993: 232).

Los cuidados de enfermería están influidos por unas creencias y valores heredados y transmitidos dentro del grupo profesional, y por los otros grupos que participan en los cuidados. Pero también están influidos por el terreno institucional y el sistema de costumbres y valores tecnológicos, económicos, sociales e incluso jurídicos que segrega y genera el medio institucional (Collière. 1993: 280). El análisis de las investigaciones realizadas podría sugerir según Torra y Bou (1995)⁷ que la Enfermería es una disciplina que va construyendo su cuerpo de conocimientos propio sobre la base de la interpretación de la realidad que le rodea (Zapico. 2005:5).

El campo de competencias de la Enfermería se basa fundamentalmente en los cuidados para el mantenimiento de la vida basados en todo aquello que le permite a una persona seguir viviendo, en otros términos, como ya mostraba Florence Nigthingale, en la salud: no siendo de ninguna manera la salud como una entidad en si como se ha dejado creer, si no que representa el conjunto de posibilidades que permiten que la vida continúe, se desarrolle, incluso cuando hay enfermedad. Esto se traduce en que la salud es el conjunto de fuerzas vivas físicas, afectivas, psíquicas,

⁷ Citado en Zapico. 2005. Avances en la práctica de la profesión enfermera. Pg. 5.

sociales, que se pueden movilizar para afrontar, compensar la enfermedad, dejarla atrás o hacerle frente **(Collière. 1993: 289)**

Tratando de definir la profesión y enunciar con claridad la naturaleza de los cuidados de enfermería, diversos autores han elaborado teóricas y modelos con la finalidad de precisar y analizar los elementos que constituyen la práctica, a fin de permitir aplicar la teoría a las experiencias cotidianas. Dorothea Oren define que la enfermería “es una preocupación especial por las necesidades del individuo, por las actividades del autocuidado, su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud; recuperarse de enfermedades o lesiones y enfrentarse a sus efectos”, Imogene King presenta la enfermería como “un proceso de acción, reacción e interacción por el cual el cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería; incluye actividades de promoción de la salud, mantenimiento, restablecimiento de la salud, el cuidado del enfermo, el lesionado y el moribundo y la Hermana Callista Roy sostiene que la enfermería es “un sistema de conocimientos teóricos que prescribe un análisis y acciones relacionadas con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma; es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento del mecanismo de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces **(Hernández et al. 2004)**.”

El CIE (Consejo Internacional de Enfermeras), fundado en 1898 como defensor mundial de la Enfermería y de la atención de la salud, ha definido cuales son las competencias internacionales de la enfermera generalista y estima que éstas son validas y fundamentales para el ejercicio de la Enfermería en los comienzos del siglo XXI aunque se compromete a actualizarlas según sea necesario para adaptarse al entorno mundial rápidamente cambiante **(Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007:71)**

La CIE define que la función propia de las enfermeras al atender a las personas, enfermas o sanas, es evaluar sus respuestas a su estado de salud y ayudarlas en el desempeño de las actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a una muerte digna, actividades que realizarían por si mismas si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios y hacerlo de tal manera que les ayude a conseguir su independencia total o parcial lo más rápidamente posible **(Henderon, 1997)⁸**.

En este entorno total de atención de la salud, las enfermeras comparten con los demás profesionales de la salud y con los de otros sectores del servicio público, las

⁸ Citado en Ministerio de Educación y Ciencia. Informes, estudios e investigación. Análisis del impacto potencial de la aplicación del marco de Bolonia y de la implementación de las especialidades oficiales de enfermería. Pg. 70.

funciones de planificación, aplicación y evaluación para conseguir que el sistema de atención de salud sea adecuado para promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas (CIE,1987)⁹.

Respecto a las competencias profesionales destacan dos tendencias: por una parte, países donde el grado de definición es más genérico (suelen ser los que tienen el rol autónomo más asumido); y por otra, países donde las competencias están muy perfiladas y delimitadas (coincidiendo con aquellos en que el rol autónomo de la enfermera no está reconocido) (**Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007:72**).

En relación al rol autónomo de la enfermera, a pesar de no estar reconocido en algunos países, es una demanda que hacen todos.

Según el Real Decreto 1231/2001, en el artículo 54 de los estatutos del Consejo General de Enfermería se define (**Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007:72**):

Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería Española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.

Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en los principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.

Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a las comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y establecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.

El artículo 7.1. de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece que a los Diplomados en Enfermería les compete (**Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007:72**).

⁹ Citado en Ministerio de Educación y Ciencia. Citado en Ministerio de Educación y Ciencia. Informes, estudios e investigación. Análisis del impacto potencial de la aplicación del marco de Bolonia y de la implementación de las especialidades oficiales de enfermería. Pg. 70

La prestación personal de cuidados o servicios propios de su competencia profesional en las diferentes fases del proceso de atención de salud, sin detrimento de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso.

La dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a promover, mantener y recuperar la salud, como también prevenir las enfermedades y discapacidades.

En cuanto a la naturaleza del servicio que ofrecen las enfermeras en la actualidad se ha podido ver que éstas siguen dos ejes diferenciados. En cada uno de los ejes, el nivel de autonomía difería, el grado de responsabilidad era variable y los conocimientos necesarios para sustentar sus acciones también eran distintas **(Fernández. 2000: 146)**.

En uno de los ejes, llamado interdependiente, las actividades estaban relacionadas con los procesos patológicos (esto es, con el diagnóstico médico de la enfermedad y el tratamiento de la misma), y se centraban en la colaboración que a tal fin se establecía entre el médico y la enfermera **(Fernández. 2000: 146)**.

En este ámbito, su autonomía era parcial, ya que, si bien la enfermera podía decidir alguna de las actuaciones de forma independiente a partir de la valoración que hacía de la situación, la mayor parte de las veces actuaba con autoridad delegada, es decir, siguiendo protocolos de actuación elaborados conjuntamente con el médico **(Fernández. 2000: 147)**.

Estas actividades interdependientes se desarrollaban guiadas por un modelo médico y, por lo tanto, con una orientación enfermedad-tratamiento que respondía a un papel asumido, tradicional e históricamente, por las enfermeras, papel que no identificaba su contribución independiente y/o específica a los cuidados de la salud **(Fernández. 2000: 147)**.

El otro eje de la actuación enfermera, denominado independiente (o rol autónomo), se configuraba con una serie de actividades que no se dirigían a la resolución de las patologías de la persona, sino hacia las respuestas humanas reales o potenciales ante una situación de salud (hubiese o no una alteración), o ante situaciones de crisis o de maduración que tuvieran repercusión en el bienestar de la persona, en su crecimiento y desarrollo; es decir, eran aquellas actuaciones profesionales encaminadas a aumentar la habilidad y capacidad del cliente para cubrir los requerimientos generados por dicha actuación **(Fernández. 2000: 147)**.

Constataron que era en este último eje de actuación, el independiente (o rol autónomo), donde la autonomía, el control y la responsabilidad de la enfermera eran totales, puesto que era ella quien valoraba la situación, analizaba los datos obtenidos,

emitía un diagnóstico, lo validaba, determinaba los objetivos de cuidados, planificaba y ejecutaba las intervenciones para conseguirlos y evaluaba los resultados obtenidos **(Fernández. 2000: 147)**

Por otro lado se subrayó la necesidad de que estas actividades independientes, que se llevaban a cabo de forma intuitiva, estuvieran apoyadas por un cuerpo de conocimientos propio que fuese la base racional y científica para prescribirlas: se evidenció la necesidad de desarrollar la Ciencia Enfermera **(Fernández. 2000: 147)**.

3. Estado actual de la profesión enfermera en nuestro contexto cultural.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)(Ley 44/2003) y los estatutos de la Organización Colegial de Enfermería señalan que el título de Enfermería responde a un perfil de enfermera generalista. Entendemos perfil profesional como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el ejercicio de una profesión. Incluye también las competencias del profesional, sus deberes y derechos, así como, eventualmente, un código deontológico para el ejercicio de las actividades **(Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007:60)**

Las enfermeras desarrollan sus actividades profesionales en hospitales de agudos, en centros sociosanitarios, en Atención Primaria, en medios comunitarios dentro del sistema de salud y en el ámbito de la atención privada de forma individualizada. En todos ellos pueden desarrollar tareas asistenciales, docentes, de gestión y/o investigación **(Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007:60)**

Los rasgos identitarios que definen el contexto actual vienen marcados por un aumento en la demanda de los servicios de salud, derivados de los cambios demográficos (envejecimiento de la población y flujos migratorios principalmente), por el incremento de las enfermedades crónicas, por la aparición de nuevas enfermedades, por dilemas ante las diferencias culturales y por un ciudadano que cada día esta más informado, tanto por lo que se refiere a la diversidad de servicios, como a sus derechos como usuario **(Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:11; Dominguez-Alcón et al. 2010:31)**

Actualmente en Cataluña hay 37.332 enfermeras colegiadas no jubiladas. Pese a que en los diez últimos años se ha reducido el número de habitantes por enfermera en un 16.83 % (de 202 a 168), Cataluña está por debajo de la tasa europea de 843 enfermeras por cada 100.000 habitantes y en Cataluña la tasa es de 591 **(Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:32)**

Por otro lado, según pone de manifiesto un estudio del Colegio de Enfermería de Barcelona, en 15 años se jubilará prácticamente una cuarta parte de las enfermeras que hay actualmente en la provincia de Barcelona, y en los últimos años ha habido un éxodo continuado, aunque poco significativo, de enfermeras hacia el Reino Unido, Francia e Italia principalmente (**Consell de Col·legis de Diplomats en Enfermeria de Catalunya. 2006:33**)

Las formas dominantes de ejercicio profesional a principios del siglo XXI caracterizan a la Enfermería como una profesión altamente especializada, pública y hospitalaria y mayoritariamente empleada (**Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 12**)

En tanto que la especialización responde a las demandas del sistema, es claro el dominio de las especialidades hospitalarias frente a las primarias, así como el rápido crecimiento de la geriatría (**Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 12**)

El sistema sanitario público y el sector hospitalario concentran la actividad de la mayoría (dos tercios) de la profesión. En la actualidad el ejercicio se inicia en el marco hospitalario (mayoritariamente privado y/o concertado), y en menor medida en el sociosanitario, y tiende a acabarse en el espacio público del ICS (asistencia primaria y hospital)(**Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 12**)

La actividad complementaria tiene también un peso importante en la profesión: un 18 % de las profesionales. Esta actividad es fundamentalmente en el sector privado, en hospitales (privados y concertados) y en centros especiales y/o de enseñanza (**Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 12**)

En la actualidad sólo queda un pequeño resquicio (2%) de la práctica individual donde la profesional ofrece directamente sus servicios al mercado (**Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 12**)

En la actualidad nos encontramos con un alto nivel de precariedad en la entrada a la profesión (dos tercios de las jóvenes) y, reflejando la historia reciente de la sanidad catalana, un centro de la profesión con contratos laborales estables y la cúspide de edad con plazas en propiedad (**Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 12**). El nivel de estabilidad en el puesto de trabajo es muy alto, especialmente en el sector público, aunque los primeros años de ejercicio, y especialmente en el sector sociosanitario, se caracterizan por una alta inestabilidad. La dedicación horaria es sustancialmente mayor en la práctica hospitalaria y en el sector sociosanitario que en la asistencia primaria. Pero es en este espacio donde se preferiría trabajar menos que en los otros. El hecho de que sean precisamente las profesionales con menor dedicación horaria las que precisamente quieren dedicarse menos apunta a una posible mayor insatisfacción profesional (**Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 14**)

La definición del papel profesional es sin duda uno de los elementos centrales de la Enfermería. Aquí constatamos tensión entre una demanda de servicios orientados a la solución de problemas de salud y un amplio deseo de compatibilizar los cuidados sanitarios con el asesoramiento y orientación sanitaria (**Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 14**)

El conjunto de factores mencionados tiene un gran impacto en las áreas de hospitalización y de forma muy significativa en la función de “cuidar” que en definitiva se la razón de ser de la Enfermería (**Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:11**)

La coincidencia de un futuro déficit de enfermeras, se ve agravada con la baja dotación que tienen las unidades de hospitalización en Cataluña, que está por debajo de lo que sería deseable para dar una atención de calidad que asegure el bienestar y el confort de los enfermos y unas condiciones laborales aceptables (**Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:33**). El informe publicado por el Consejo General de la Enfermería 2007 sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea, explica que tenemos un 35 % menos de enfermeras que el resto de Europa, ocupando el lugar 22: 531,83/100.000 hab. , frente a 808,48 de media de la Unión (**Fundación Sindical de Estudios. 2008: 27**).

Las enfermeras representan una cuarta parte del gasto total de los hospitales y son las responsables directas de la asistencia de más de 735.000 personas al año. En este entorno se requiere, de las enfermeras, competencias técnicas de alto nivel, máxima rapidez, capacidad de análisis, intuición, habilidades pedagógicas y relacionales, visión interdisciplinar y una atención a la familia y al entorno del enfermo (**Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:11**).

Para que las enfermeras puedan dar este tipo de atención es necesario que se cumplan algunos requisitos. Una de ellas es que tengan tiempo. Cuando las enfermeras tienen una fuerte presión asistencial, han de priorizar que es lo que tienen que hacer, y muchas veces son las tareas delegadas las que se priorizan y dejan de lado una parte importante de su contribución específica. La prioridad desde la perspectiva del “cuidar” requiere elaborar estrategias que les permitan seguir colaborando en las acciones que haga falta, encontrar el tiempo para hacer las actividades que son de su exclusiva responsabilidad y delegar actividades que pueden y deberían hacer otros profesionales y que se alejan del objetivo central de la profesión enfermera (**Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:30**)

Ante el contexto actual de fuerte presión asistencial y desorganización las enfermeras se encuentran atrapadas en un conflicto de intereses, por un lado poder desarrollar una práctica adaptada a los factores del entorno y al marco conceptual de

la profesión y, por otro, tener una alta carga de trabajo que se lo impide. Esta situación genera cansancio y desinterés, que es más significativo en la modalidad asistencial de hospitalización (**Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:31**).

Las prácticas profesionales médicas y enfermeras cambian constantemente. Por otro lado, el proceso de hospitalización, con el objeto de ser más resolutivo, intensifica los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y tiene una duración media de días muy inferior (**Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:59**). En este contexto los cuidados de enfermería se intensifican y a la vez se tecnifican (**Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:59**).

Cada día, en el conjunto de hospitales con función pública de Cataluña, las enfermeras destinan entre el 75 y el 80 % del tiempo de su jornada a la realización de cuidados directos y indirectos a los enfermos (**Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:60**). Más de la mitad de este tiempo está dedicado a cuidados técnicos (aquellos vinculados a las intervenciones relacionadas con la respiración, las pruebas y exploraciones diagnósticas, y las intervenciones relacionadas con los tratamientos) (**Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:60**); destacar que sólo las actividades vinculadas a los tratamientos representan un 41 % del tiempo en las unidades quirúrgicas y un 26 % en las unidades médicas (**Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:61**). A los cuidados básicos se destina un tercio del tiempo (intervenciones relacionadas con la higiene, la eliminación, la alimentación y la movilización) y un 12 % del tiempo se ofrecen otro tipo de intervenciones relacionadas con la comunicación (**Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2006:61**).

En Atención Primaria las enfermeras han sido las profesionales que más sustancialmente han transformado su papel al incorporarse a los equipos de Atención Primaria. Estas mejoras en el desarrollo profesional estaban ligadas, por una parte, a la gran importancia que se concedió en los comienzos de la reforma a las actividades de educación sanitaria, la promoción y prevención y, por otro lado, a la creación de las consultas de enfermería, lo que permitió a las enfermeras salir de la consulta del médico y disponer de un espacio propio para atender a la población de una forma más acorde con los contenidos del nuevo modelo (**Fundación Sindical de Estudios. 2008: 3**).

Según un estudio sobre la Enfermería Comunitaria en el Servicio Madrileño de Salud los diez problemas que las enfermeras de Atención Primaria presentan como su máxima preocupación y que según su opinión, están afectando a su desempeño profesional en el medio comunitario son por orden de importancia (**Fundación Sindical de Estudios. 2008:25**): el exceso de carga de trabajo, la falta de reconocimiento social, la no definición de funciones, la falta de suplentes, las retribuciones insuficientes, el no

reconocimiento del resto de profesionales del Equipo, la escasa formación-investigación, la desigualdad entre la ratio Enfermeras-Médicos, la desmotivación y la falta de apoyo de las Direcciones de Enfermería.

Durante 7 meses, en un hospital de Terrassa se hizo un estudio sobre el rol enfermero en los Equipos de Atención Primaria (EAP) con el objetivo de conocer cuales eran las opiniones y expectativas de los profesionales de Enfermería y de los miembros del EAP. Al preguntar a las enfermeras que entraron en el estudio sobre la definición y valoración del rol enfermero éstas describieron su trabajo como parte importante del equipo, con una formación propia y unas funciones claras. Opinaban que su puesto les permitía desenvolver con más fuerza el rol autónomo, así como la prevención, promoción y asistencia de forma más o menos independiente. Por otro lado también opinaban que se sentían valoradas por su trabajo, aunque insistían en la necesidad de la lucha diaria para conservar el rol autónomo. También reconocían ser un grupo muy conformista que no se enfrentaba a nada **(Castel et al. 2001)**.

Al preguntar al colectivo médico éste no llegaba a una definición clara del papel de la enfermera. Veían necesaria la estructuración del rol enfermero, que fuera más flexible, permeable y unificado. Pero también insistían en la actitud pasiva y en la poca motivación que presentaba el colectivo de enfermería. También consideraban fundamental la adaptación del colectivo a una nueva concepción y en que se viera como una profesión paralela a la medicina **(Castel et al. 2001)**

A preguntar al resto de miembros del equipo del EAP, fundamentalmente los médicos, sobre su relación con las enfermeras éstos comentaron que el colectivo enfermero reducía su trabajo a unas pocas enfermedades crónicas, dejando otras patologías. Opinaban que se implicaban poco en la actividad diaria del centro y a sus necesidades de demanda. Se limitaban a hacer su trabajo programado y pensaban que estaban siendo infrautilizadas **(Castel et al. 2001)**.

Al preguntar a las trabajadoras sociales, auxiliares y administrativas éstas comentaron que creían que existía un conflicto histórico entre el médico y la enfermera. Insistían en la falta de relación que había entre ellos y que esto repercutía en la organización del trabajo y en la atención al usuario **(Castel et al. 2001)**.

La composición del colectivo de Enfermería en la provincia de Barcelona configura una profesión relativamente joven, con una edad media de 38 años, y una gran entrada de nuevas enfermeras. En términos demográficos se configuran formando dos grupos dominantes: las profesionales más jóvenes (de 25 a 30 años) y las más mayores (de 46 a 52 años) en la cúspide social de la profesión **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 7)**

Su estructura de género, de dominio femenino y con tendencia a la feminización, acentúa la división de los papeles sociales de las enfermeras como profesionales y como cuidadoras familiares. La división por género de los papeles sociales dominantes en nuestra sociedad hace que la importancia y la dedicación de la familia y del entorno social compitan (y se tengan que compatibilizar) con el valor del trabajo y su dedicación al mismo **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 8)**

En términos generacionales, las profesionales más jóvenes están formando una familia y dedicándose a hijos pequeños mientras que las más mayores asume progresivamente el cuidado de sus padres de edad avanzada **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 7)**

La familia, los amigos y el trabajo son, en este orden, los elementos más importantes de las profesionales de la provincia de Barcelona. Tanto en la familia como en las relaciones sociales la profesión desempeña un papel muy destacado: la gran mayoría de amistades son de la misma profesión y una parte muy destacada de los parientes en la misma generación pertenecen también a la profesión **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 8)**.

El ser una profesión basada y centrada en conocimientos y prácticas en continua avance representa un reto colectivo de actualización y mejora al cual las profesionales responden mayoritariamente (77 %) con cursos de formación continua. Además, un gran número de profesionales (12 %) ha seguido estudios de postgrado (masters o doctorado) tras la diplomatura, configurando una amplia élite y vanguardia profesional **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 9)**. Las profesionales consideran que es de importancia primaria aumentar los esfuerzos para la mejora de los aspectos científicos como parte del sistema de excelencia profesional dominado por la ética **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 34)**.

La estructura de ingresos de las profesionales está dominada por una franja de ingresos mensuales entre 1200 y 1800 (el 60 % de las profesionales) **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 9)**

En términos generales se sienten muy satisfechas con su profesión y de hecho la mayoría (80 %) volvería a entrar en la misma. Este nivel de satisfacción e identificación con la profesión la convierten en un espacio ideal de profesionalización futura. De hecho a más de la mitad les gustaría que sus hijos, sobrinos u otros parientes la ejerciesen **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 9)**.

Para las enfermeras de la demarcación de Barcelona los problemas más importantes en su ejercicio son las retribuciones insuficientes, la falta de incentivos profesionales y la falta de reconocimiento social y político. La gran mayoría aspira a asumir mayores niveles de responsabilidad en la toma de decisiones en su trabajo y

se considera capacitada para ello. La profesión se siente capacitada, y con ganas, para la realización de un ejercicio más profesionalizado **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 22)**

Los aspectos en los que se asumiría una mayor responsabilidad definen los dos grandes objetivos de la profesión a inicios de siglo: elevar su nivel de control sobre la organización de su ejercicio y ampliar el espacio profesional. Esto implica una mayor responsabilidad en la organización y supervisión del trabajo, en la toma de decisiones y en la gestión y coordinación de cuidados. La ampliación y consolidación de su espacio profesional sería aumentando su responsabilidad en educación sanitaria y en la atención y seguimiento de las personas atendidas **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 22)**.

El valor principal, presente y futuro, apuntado por las enfermeras como la esencia de prestigio es la ética e integridad profesional. Los valores clave de la profesión están primero relacionados con el comportamiento profesional (ética, ayuda a los demás, dedicación al trabajo) y después con la excelencia (éxito, ideas innovadoras) **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004:24)**.

Las profesionales definen el papel enfermero orientado al bienestar y satisfacción de las necesidades de la sociedad en su conjunto. Prima la orientación colectiva (de bienestar) por encima de la orientación individual. Por encima de todo, para la mayoría de profesionales su profesión consiste principalmente en una forma de ayudar a los demás. La visión altruista domina por encima de la visión laboral o profesional que obviamente también son importantes. No es vista, en cambio, ni como forma de vida, ni como lo más importante de sus vidas, aunque si como una forma de ascenso social o económico **(Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona: 2004: 26)**.

Pese, como hemos podido evidenciar a través de la revisión de la literatura, hay muchos estudios que abordan, tanto desde el punto cuantitativo como cualitativo, la situación de la Enfermería en nuestro contexto cultural, creo que llegado a este punto de nuestra historia, caracterizado por más de 30 años como formación universitaria, un cambio sustancial en lo académico, y una situación de crisis económica que amenaza nuestra labor en todos los contextos, es muy adecuado hacer un estudio que aborde de una forma más intimista y en profundidad y, sobretudo, desde el punto de vista de los actores implicados, los enfermeros y enfermeras asistenciales de Barcelona, el sentir de la enfermería en relación a al grado de implementación de su rol autónomo en su contexto laboral.

Pienso que ello puede ser de mucha utilidad para abordar las problemáticas que tiene el colectivo desde la perspectiva de los profesionales protagonistas del fenómeno en la actualidad.

A estas alturas de nuestra historia hemos de tomar conciencia de la importancia de desarrollar nuestro rol autónomo como piedra angular del trabajo de la profesión enfermera en su día a día. Sólo de esta manera vamos a poder contribuir, definitivamente, a dar respuesta a las necesidades de una sociedad cambiante contribuyendo, de forma definitiva, a potenciar la salud de las colectividades humanas: verdadero reto de la enfermería.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Objetivo general

- Conocer la percepción que tienen las enfermeras asistenciales de la provincia de Barcelona sobre el grado de aplicación del rol autónomo en su contexto laboral.

Objetivos específicos

- Conocer la vivencia que tienen las enfermeras asistenciales de la provincia de Barcelona sobre el grado de aplicación de su rol autónomo en las unidades de hospitalización de los hospitales generales.
- Identificar si existen diferencias en la vivencia de la aplicación de su rol autónomo en relación al sexo de los profesionales de la enfermería de la provincia de Barcelona que trabajan en las unidades de hospitalización de los hospitales generales.
- Conocer la vivencia que tiene las enfermeras asistenciales de la provincia de Barcelona sobre el grado de aplicación de su rol autónomo en las consultas de Enfermería de los Centros de Atención Primaria.
- Identificar si existen diferencias en la vivencia de la aplicación de su rol autónomo en relación al sexo de los profesionales de la enfermería que trabajan en las consultas de enfermería de los Centros de Atención Primaria.

METODOLOGIA

Formulación del problema:

¿Qué percepción tienen las enfermeras asistenciales de Barcelona sobre la aplicación del rol autónomo en su contexto laboral?

A la hora de formular el problema de investigación me he guiado especialmente por mi experiencia profesional previa revisión de la literatura sobre el tema. Según Valles, citando palabras de Erlanson¹⁰ y otros, reitera la importancia de que el problema seleccionado intrigue al investigador, le apasione para que pueda conseguir, de ésta manera, aproximarse mejor a las realidades que se viven en las situaciones humanas estudiadas (Valles. 2009:98).

Mis años de experiencia como enfermera asistencial, trabajando en diferentes hospitales de la provincia de Barcelona, me han hecho plantearme en muchas ocasiones el por que, nuestro colectivo, tiene una vivencia, en general, tan negativa de su profesión: en especial de la poca repercusión que tiene su rol autónomo en su trabajo cotidiano.

El rol de la enfermera en el ámbito asistencial continúa estando relegado a las órdenes de la figura del médico. En la práctica, no parecen existir los planes de cuidados de enfermería si no que, más bien, son planes de “cura” que dan soporte operativo a las órdenes médicas. Las ratios enfermera paciente (Fundación Sindical de Estudios. 2008: 27) hacen prácticamente imposible que Enfermería implemente planes de cuidados orientados a dar una atención holística a las necesidades de las personas: apenas contamos con el tiempo necesario para poder implementar los órdenes médicos. Aquellos cuidados propios de la profesión enfermera, orientados a cubrir estas necesidades, a través del cuidado, suelen quedar relegados a un segundo plano o, en el mejor de los casos, son delegados a otro tipo de profesionales con más tiempo material para poder llevarlos a cabo: en nuestro contexto cultural me refiero al Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Todos estos condicionantes, que forman parte de nuestra realidad laboral, hacen que, el profesional de la enfermería esté, en muchas ocasiones frustrado ante las pocas expectativas de poder poner en práctica lo aprendido en las universidades como la razón de ser de la enfermería: el rol autónomo de la profesión. No hemos de pasar por alto que, además, esto es un arma de doble filo ya que, el hecho de sólo

¹⁰ Citado en Valles, M. Técnicas cualitativas de investigación social. Pg. 98.

llevar a cabo esa parte de asistente del médico, contribuye a continuar manteniendo a la Enfermería en ese estado de invisibilidad social. Invisibilidad social que incluye a gestores, financiadores y toda suerte de profesionales que reparten los recursos económicos disponibles sin tener en cuenta, en muchas ocasiones, las necesidades del colectivo enfermero. Esto se traduce en una menor disponibilidad del acceso a subvenciones, becas, y toda suerte de recursos económicos imprescindibles para llevar a cabo la labor investigadora necesaria para desarrollar la Disciplina Científica Enfermera.

Llegado a este punto me gustaría aclarar que, pese a que en la revisión bibliográfica también se hace referencia a ello, todo esto forma parte de mi propia vivencia personal como enfermera asistencial y que, en la medida de lo posible, voy a intentar desprenderme de ello para poder ser lo más objetiva posible a la hora de estudiar la vivencia de otras compañeras de profesión.

Diseño del estudio y estrategia metodológica:

El diseño utilizado para la realización de esta investigación, que implica una profundización en la percepción de las enfermeras en relación a la implementación del rol autónomo en su contexto laboral, será cualitativo. Dentro de la metodología cualitativa utilizaré como estrategia metodológica la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) de Glaser y Strauss (Valles, 2009:98), puesto que, el objetivo de mi investigación, es estudiar un fenómeno social, concretamente, como las enfermeras asistenciales viven su rol autónomo en su contexto laboral.

Glaser y Strauss desarrollaron la Teoría fundamentada en 1967 como una estrategia de investigación proveniente del interaccionismo simbólico y como un método para derivar sistemáticamente teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social, con una base empírica (de la Cuesta, 2006)

El enfoque de la Teoría Fundamentada es un método para descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes (Taylor et. al. 1996:155). Se trata de un método de investigación de investigación donde la teoría emerge de los datos.

El objetivo de la Teoría Fundamentada es por lo tanto, el descubrimiento de una teoría explicativa comprensiva acerca de un fenómeno en particular. Las técnicas y procedimientos analíticos permiten al investigador desarrollar una teoría sustantiva que es significativa, compatible con el fenómeno observado, generalizable,

reproducible y riguroso. La Teoría Fundamentada es inductiva y deductiva. Inductivamente la teoría surge de las observaciones y genera los datos. Esta teoría puede ser entonces examinada empíricamente para desarrollar pronóstico o predicciones de unos principios generales (Cuñat. 2006)

Al igual que otros métodos cualitativos, la Teoría Fundamentada ofrece una manera de representar la realidad de manera que ayude a comprender de una forma más completa el fenómeno estudiado (Valles. 2009:98)

Su aportación más relevante hace referencia a su poder explicativo en relación a las conductas humanas dentro de un campo de estudio. La emergencia de significados desde los datos, pero no de los datos en si mismos, hace de esta teoría una metodología adecuada para el conocimiento de un determinado fenómeno social (Cuñat. 2006)

Muestreo

El muestreo utilizado en la investigación cualitativa exige que el investigador se coloque en la situación que mejor le permita recoger la información relevante para el concepto o teoría estudiada (Ruiz. 2009:65). Se orienta a la selección de aquellas unidades y dimensiones que le garanticen tanto la cantidad (saturación) como la calidad (riqueza) de la información (Ruiz. 2009:65). A este tipo de muestreo se le denomina intencional (Ruiz. 2009:65).

El muestreo intencional no obedece a reglas fijas, ni especifica de antemano el número de unidades a seleccionar (Ruiz. 2009:66) Acepta, en principio, que este número deberá ser alterado a lo largo de la investigación de manera que pueden seleccionarse unidades de muestreo no previstas inicialmente para mejorar la calidad y riqueza de la información y, puede interrumpirse la selección de más unidades cuando se entienda que se ha llegado a la saturación de los datos (Ruiz. 2009:66) . La saturación teórica se alcanza cuando el investigador (que recoge al mismo tiempo que analiza la información) entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información nueva (Ruiz. 2009:66).

Glaser y Strauss proponen dos estrategias principales para desarrollar Teoría fundamentada. La primera es el método comparativo constante, por el cual el investigador simultáneamente codifica y analiza datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente (Taylor et al. 2006: 155)

La segunda estrategia propuesta por Glaser y Strauss es el muestreo teórico. En él el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados (Taylor et al. 2006: 155)

Dentro del muestreo intencional, y teniendo en cuenta el tipo de estrategia metodológica que he seleccionado, la Teoría Fundamentada, el más adecuado es el muestreo teórico (Taylor et al. 2006: 155).

El muestreo teórico es el que se utiliza para generar teorías en donde el analista colecciona, codifica y analiza sus datos y decide qué datos coleccionar en adelante y dónde encontrarlos para desarrollar una teoría a mejor a medida que la va perfeccionando. Esto le permite encontrar aquellas categorías de personas o sucesos que desea explorar más en profundidad, qué grupos analizar, dónde y cuándo encontrarlos y qué datos solicitar de ellos. Más que preocuparse del número correcto o de su selección al azar se preocupa de recoger la información más relevante para el concepto o teoría buscada (Ruiz. 2009:64)

El muestreo teórico no acaba hasta que dejan de aparecer nuevos conceptos y categorías, es decir, hasta que se alcanza el nivel de saturación (Ruiz. 2009:64)

La técnica de muestreo será coincidente en el tiempo con el análisis de los datos ya que utilizaré, tal y como sugiere la bibliografía al respecto, el “*método comparativo constante*” (Charmaz. 2006:5) donde la recogida de datos, la codificación de los mismos y el análisis de los códigos para que emerjan las categorías, irá reorientando la posterior recogida de nuevos datos hasta llegar a la saturación de los mismos (Charmaz. 2006:113). (a la situación en la cual no emerjan nuevas categorías y por lo tanto, podamos dar por “saturada” la información sobre el fenómeno que se pretende estudiar)

Técnicas de recogida de datos

La ***observación participante***, la ***entrevista en profundidad*** y el ***grupo de discusión*** se establecen como prácticas representativas de la perspectiva metodológica cualitativa de investigación social (Callejo et col. 2002).

La observación participante

Iniciaré la recogida de datos realizando una ***observación participante*** tanto en el ámbito de la Atención Primaria pública y privada (consultas de enfermería de Centros de Atención Primaria) como de la atención especializada pública y privada

(plantas de hospitalización de hospitales generales). He escogido este tipo de servicios por que, por mi experiencia previa en el tema, creo que son los escenarios más adecuados para poder observar como las enfermeras ejercen su rol autónomo, es decir, se dedican al cuidado de las personas que están bajo su responsabilidad.

Para evitar una excesiva heterogeneidad de datos de entrada no utilizaré escenarios que se puedan prestar, por la tipología de los usuarios, a cuidados de enfermería más específicos y alejados de la cotidianidad de la mayor parte del colectivo: podría ser el caso de un servicio de cuidados intensivos, urgencias, con una orientación profesional más técnica, o un servicio de psiquiatría, con una orientación más psicosocial. Por todo ello, y para no dispersarme del tema, he escogido los dos ámbitos donde, por un lado hay más profesionales de enfermería trabajando y, por el otro, hay más probabilidades de encontrar unos datos más uniformes, susceptibles de permitirme hacer una teorización.

No obstante considero importante aclarar que, en función de los hallazgos realizados a lo largo del trabajo de campo, es posible que en un futuro pueda replantearme recoger datos en ese otro tipo de escenarios.

La observación participante es la técnica más empleada para analizar la vida social de los grupos humanos. También es frecuente su uso cuando, para entender la realidad social, se quiere primar el punto de vista de los actores en ella implicados (**Guasch. 2002: 35**), como es el caso de esta investigación.

El principal uso de la observación participante se encuentra en el estudio de lo que relativamente se sale de la norma. Su uso es especialmente interesante para el estudio profundo de la vida cotidiana de las organizaciones, instituciones y grupos sociales que ocupan un lugar periférico en la sociedad, lo que, en el ámbito de la salud se traduce en su utilización en el estudio de la vida cotidiana y organizativa de centros sanitarios, de asociaciones profesionales específicas, salas de hospital, psiquiátricos, etc (**Callejo et col. 2002**).

La selección de los primeros escenarios de campo se realiza en función de la accesibilidad (**Guasch. 2002: 39**) y de la idoneidad para los objetivos de la investigación. En mi caso concreto he escogido para realizar la observación participante centros de la provincia de Barcelona por tres motivos fundamentales, por que agrupan una gran concentración de enfermeras, por la accesibilidad geográfica y, por último, por que mi trayectoria profesional me ha permitido contactar con personas que me serán de mucha utilidad para poder entrar en el campo en este ámbito en concreto.

Los observadores participantes por lo general obtienen el acceso a las organizaciones solicitando el permiso a los responsables. A estas personas las denominamos porteros (Becker, 1970). Ingresar en un escenario supone un proceso

de manejo de la propia identidad, de proyectar una imagen que asegure las máximas probabilidades de obtener el acceso (Kotarda, 1980). Se trata de convencer al portero de que uno no es una persona amenazante y que no dañará su organización de ningún modo (Taylor et al. 2006: 37).

Para la recogida de datos, durante la observación participante, utilizaré un cuaderno donde iré registrando, tanto datos objetivos que vaya observando, como reflexiones sobre los mismos que me ayuden a orientar mi investigación.

A partir de los datos que vaya obteniendo en la observación participante me propongo identificar, tanto informantes clave como aquellos temas más relevantes a abordar en relación a mi pregunta de investigación, en las entrevistas que iré realizando de forma simultánea a la observación participante.

La entrevista en profundidad

El término entrevista se utiliza para designar una serie bastante heterogénea de clases de entrevistas y no sólo a las denominadas en profundidad (Ruiz. 2009:166). Tiende a definirse la entrevista cualitativa, también denominada en profundidad, como una conversación ordinaria, con algunas características particulares (Callejo et al. 2002).

En completo contraste con la entrevista estructurada, las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas. Las entrevistas cualitativas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias, situaciones, tal como las expresan sus propias palabras (Taylor et al. 2006: 101).

La mayor pertinencia metodológica de la entrevista se encuentra en investigaciones que buscan aproximarse a las experiencias de los sujetos. En especial sobretodo en el ámbito de la salud, cuando se tiene por hipótesis un conflicto entre normas. Por un lado, normas dominantes, referenciales, reproducidas habitualmente en dos discursos porque conforman lo legitimado. Por el otro lado, normas en la práctica, reproducidas en la práctica. Por lo tanto, se cuestiona el lugar de las normas dominantes, de manera que la entrevista puede definirse como la técnica de cuestionamiento sistemático y empírico de la sociedad por antonomasia (Callejo et al. 2002).

En un principio la palabra aparece como un dato preferente, casi exclusivo, que produce la entrevista. Sin embargo es en la gestión de los silencios por parte del investigador como principalmente la entrevista en profundidad se constituye en puerta

abierta a la confesión. Desde el análisis, los silencios del entrevistado marcan momentos de reflexión sobre lo que éste considera que hay que decir, reconocimiento de la norma dominante o de la forma particular, y de lo que hay que callar, pues el silencio es siempre un callar activo: no es algo que se calla por que se ignora sino, al contrario, es algo que se calla por que se conoce (Callejo et al. 2002).

Como la observación participante, las entrevistas cualitativas requieren un diseño flexible de la investigación. Ni el número ni el tipo de informantes se especifica de antemano. El investigador comienza con una idea general sobre las personas a las que entrevistará y el modo de encontrarlas, pero está dispuesto a cambiar de curso después de las entrevistas iniciales (Taylor et. al. 1996:101).

Las entrevistas se registrarán con una grabadora. Al mismo tiempo que vaya transcurriendo la misma, utilizaré una hoja donde iré registrando elementos de la comunicación no verbal que me sirvan para complementar los datos que extraiga de la grabación. Posteriormente transcribiré de forma literal los datos de la grabación contrastándolos, con datos pertenecientes a la hoja de observación, con elementos de la comunicación no verbal.

Las entrevistas serán realizadas preferiblemente fuera del contexto laboral de los informantes para que se encuentren lo más cómodos posible y en confianza: las cafeterías cerca del lugar de trabajo o del domicilio serian el lugar elegible (tendré en cuenta previamente que no haya demasiado ruido para poder grabar las entrevistas).

La entrada en el campo la realizaré inicialmente solicitando ayuda a personas relevantes de diferentes hospitales (públicos y privados) y Centros de Atención Primaria (públicos y privados) de la provincia de Barcelona: estas personas, que ya tengo identificadas, las he conocido a través de mi trayectoria profesional tanto en la asistencia como en la docencia. A medida que vaya analizando los datos me plantearé la posibilidad de buscar otros porteros que me den acceso a informantes más idóneos para el curso de mi investigación.

Solicitaré que las informantes sean Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) , tanto en el nivel de la Atención Primaria de Salud como en el nivel de la Atención especializada (hospitales públicos y privados). Creo que es interesante iniciar la investigación analizando este grupo puesto que ellos fueron los primeros, en la historia de la Enfermería, en cursar estudios universitarios para poder ejercer como enfermeros y quiero conocer que efecto ha tenido esto en el desarrollo de la enfermería como Disciplina Científica.

También considero importante recoger datos tanto de informantes femeninos como masculinos por que, tanto mi experiencia profesional como enfermera asistencial, como la revisión de la literatura hacen vislumbrar que, probablemente haya

diferencias, en relación al sexo, entre la identidad enfermera de los hombres y las mujeres: y esto es algo que puede tener muchas implicaciones al poner en práctica el rol autónomo de la profesión.

El grupo de discusión

Por último, como método de recogida de datos, me planteo la posibilidad de realizar algún grupo de discusión para explorar más en profundidad temas clave. Los grupos de discusión se irán realizando en función del avance de la investigación, tal y como plantea el muestreo teórico.

El grupo de discusión se trata de una práctica de investigación en la que se recoge el camino de vuelta hacia la unión, de lo que aparece separado, la reintegración al grupo tras la individualización (que implican las entrevistas en profundidad). Al poner cara a los participantes en la reunión, entre seis y ocho, éstos reconstruyen discursivamente al grupo social al que pertenecen (Callejo et al. 2002).

Su adecuación a los estudios en el ámbito de la salud es elevada cuando se busca observar las normas de referencia particulares de los grupos sociales existentes. En cada uno de ellos, se obtendrá la norma, lo que el grupo considera que debe ser, en relación con el fenómeno social estudiado (Callejo et al. 2002).

En caso de que tenga que recurrir a los grupos de discusión, para profundizar en algún tema que considere relevante, las reuniones se harán en una de las aulas seminario de mi centro de trabajo (la Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Joan de Déu). He escogido este entorno tanto por lo adecuado de las aulas seminario (muy luminosas y con un mobiliario muy cómodo y estético), por su buena accesibilidad geográfica y por último, por la facilidad para acceder a ellas por mi condición de trabajadora en el Centro. Las sesiones serán registradas con una grabadora. Mi rol será la de moderadora del grupo de discusión y contaré con dos colaboradores que harán observación de lo sucedido en el grupo de discusión. Para recoger los datos de la observación diseñaré una hoja que facilite el recoger aspectos relevantes de la comunicación no verbal que se produzcan durante la sesión.

Mi rol en todas las técnicas de recogida de datos será el de investigadora con estudios en antropología y con experiencia como enfermera asistencial. Creo que la introducción formal al campo (como investigadora y antropóloga) puede hacer que mis informantes se tomen de una forma seria y relevante mi trabajo para el futuro de la profesión. Por otro lado, el hecho de haber trabajado también como enfermera asistencial puede hacer que, en un determinado momento, genere la complicidad en

mis informantes necesaria para poder acceder a información más íntima y menos formal.

Análisis de los datos:

Desde el ámbito de la investigación, un paradigma es un cuerpo de creencias, presupuestos, reglas y procedimientos que definen cómo hay que hacer ciencia; son los modelos de acción para la búsqueda del conocimiento (Alvarado et. al. 2009). La acuñación del término paradigma se atribuye a Kuhn (1970), quien expresa que un paradigma es un compromiso implícito, no formulado ni difundido, de una comunidad de estudiosos con un determinado marco conceptual. El paradigma puede señalar, orientar o avanzar en niveles diferentes a los métodos, instrumentos a utilizar y a las cuestiones de investigación que queremos contrastar (Ricoy. 2006).

Actualmente existe más de un paradigma científico en Ciencias Sociales. Las diferencias entre estos paradigmas se relacionan con sus conceptos de realidad, la concepción del conocimiento y del acto de conocer y con las metodologías desarrolladas para acceder al conocimiento. Podemos dividirlos en dos grandes grupos: por un lado el positivismo y el post o neo-positivismo. Por otro lado los paradigmas denominados “alternativos”, entre los que se incluyen el construccionista, el paradigma crítico y el interpretativo (Krause.1995).

El paradigma socio-crítico surgió en respuesta a las tradiciones positivistas e interpretativas que han tenido poca influencia en la transformación social. De acuerdo con Arnal (1992) adopta la idea de que la teoría crítica es una ciencia social que no es puramente empírica ni sólo interpretativa. Tiene como objetivo promover las transformaciones sociales, dando respuestas a problemas específicos presentes en el seno de las comunidades, pero con la participación de sus miembros (Alvarado et. al. 2009): este sería el objetivo concreto de mi investigación, conocer el sentir de la enfermería, en relación a su rol autónomo, para intentar dar respuesta a las necesidades que tiene el colectivo en nuestro contexto socio-cultural.

El paradigma socio-crítico se fundamenta en la crítica social con un marcado carácter autoreflexivo; considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parte de las necesidades del grupo (en mi caso concreto del grupo de profesionales de la Enfermería); pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano; y se consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y la transformación social. Utiliza la autorreflexión y el conocimiento interno y personalizado para que cada quien tome conciencia del rol que le corresponde dentro

del grupo; para ello se propone la crítica ideológica y la aplicación de procedimientos del psicoanálisis que posibilitan la comprensión de la situación de cada individuo, descubriendo sus intereses a través de la crítica. El conocimiento se desarrolla mediante un proceso de construcción y reconstrucción sucesiva de la teoría y la práctica (Alvarado et. al. 2009).

Popkewitz (1988)¹¹ afirma que algunos de los principios del paradigma socio-crítico son: conocer y comprender la realidad como praxis; unir teoría y práctica, integrando conocimiento, acción y valores; orientar el conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano y proponer la integración de todos los participantes, incluyendo al investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas, las cuales se asumen de manera responsable (Alvarado et. al. 2009)

Por lo tanto me basaré en el paradigma socio-crítico para hacer el análisis de los datos que vaya obteniendo del trabajo de campo.

El análisis de los datos se iniciará con la codificación de los mismos primero en códigos in vivo categorías abiertas (revisión palabra a palabra para generar “códigos in vivo”) seguida de un proceso de codificación axial (volveré a unir los datos mediante la inducción y la abstracción para establecer conexiones entre los “códigos in vivo” y las subcategorías para establecer las propiedades y las dimensiones de las categorías que vayan surgiendo de los datos) y, por último, procederé a hacer un proceso de codificación selectiva (proceso de integración y refinamiento de las categorías principales para constituir un esquema teórico mayor y seleccionar una categoría central que relacione las otras categorías que hayan surgido de la codificación axial). Para facilitar todo el proceso de análisis de los datos iré generando memos analíticos que me permitan hacer comparaciones entre los datos que vayan surgiendo de los diferentes informantes.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIGOR

Tanto durante el diseño del proyecto de investigación, como durante la implementación del mismo, estaré muy pendiente de aspectos como la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia o consistencia y la confirmabilidad.

La credibilidad puede ponerse en duda dado el carácter subjetivo de toda investigación cualitativa. El efecto del investigador en la recogida de datos, tanto por su incapacidad como por la limitación de sus informantes se dejen dominar por la falta

¹¹ Citado en Alvarado et. col. 2009. Características más relevantes del paradigma socio crítico.

de confianza o porque el investigado se haga excesivamente “nativo” en la situación (como sería el caso de ésta investigación e concreto), la validez de la información obtenida puede quedar profundamente sesgada o parcializada (Ruiz. 2009:106). Para minimizar esto y según recomendaciones de Ruiz Olabuénaga ¹²:

Especificaré como llego a las conclusiones a las que me llevan los datos utilizando fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referenciará su procedencia.

Utilizaré la triangulación de técnicas, combinación de la observación participante, las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales, para ayudar a aumentar la credibilidad. Podría ser adecuado contrastar la información proporcionada por las enfermeras por los usuarios, sus familias u otro tipo de profesionales que conviven habitualmente con las enfermeras, no obstante, no quiero perder de vista que, el objetivo de mi trabajo, es conocer la vivencia que tienen las enfermeras de Barcelona sobre el grado de implementación de su rol autónomo en su contexto laboral y no, de que manera, es vivenciado por los otros actores que participan en el mismo escenario es decir, los propios pacientes y los profesionales de las Ciencias de la Salud que conviven con ellos en su cotidianidad.

Tal y como sugiere el método comparativo constante, que propone la estrategia metodología de la Teoría Fundamentada, ínter mezclare de forma continua, las fases de recolección, de interpretación y de sistematización de los datos algo que contribuirá a aumentar también la credibilidad de mi estudio.

La transferibilidad se refiere al grado en que los sujetos analizados son representativos del universo al cual pueden extenderse los resultados obtenidos. Este nivel de transferencia es una cuestión de grados que pueden ser evaluados, pero no debe olvidarse que la transferibilidad no es una función del número de sujetos estudiados sino de los tipos de sujetos estudiados. Una manera de conocer este nivel de transferibilidad de los datos consiste en considerar los resultados de un estudio como meras hipótesis de otro próximo semejante (Ruiz. 2009:107).

La dependencia es la equivalente a la fiabilidad en los estudios cuantitativos y hay que reconocer que los teóricos de la metodología cualitativa le han atribuido poca escasa importancia. Aún así, también aquí pueden ofrecerse sugerencias para aumentar el grado de fiabilidad de un estudio cualitativo (Ruiz. 2009:107).

Estableciendo de entrada un plan flexible que permita evaluar cambios y documentarlos detalladamente. En el caso concreto de mi trabajo de investigación, el

¹² Citado en Ruiz. 2009. Metodología de la investigación cualitativa. Pg. 106.

muestreo teórico ya contempla esta posibilidad: los datos se irán recogiendo en función de los hallazgos y hasta que se llegue a la saturación de los mismos.

La triangulación de situaciones (inicialmente pretendo hacer una observación participante tanto en una unidad de hospitalización de un hospital general y en una consulta de enfermería de un Centro de Atención Primaria) y de técnicas de recogida de datos (tal y como he comentado antes utilizaré tres técnicas de recogida de datos: la observación participante, las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión) también contribuirá a aumentar la dependencia de la investigación.

Buscaré un tutor de tesis experto en metodología cualitativa que me ayude a chequear la calidad de las decisiones tomadas tanto en la recogida como en la interpretación de los datos.

La confirmabilidad, correspondiente a la objetividad, es esencial en la investigación. Ser objetivo equivale a captar el mundo de la misma forma que lo haría alguien sin prejuicios ni llevado por intereses particulares. La investigación cualitativa por su afán de captar los fenómenos en su misma inmediatez puede perder la distancia y la perspectiva necesaria, por su afán de interpretar los fenómenos para captar su significado puede caer en riesgos de interpretación excesivamente personal (Ruiz. 2009:109).

Para minimizar esto, en el caso de las entrevistas y de los grupos de discusión, pasaré la narración densa de las mismas para contrastar si la información recogida en las mismas se corresponde con la realidad expresada por el informante o informantes. En el caso de la información obtenida a través de la observación participante contrastaré de forma continua en el campo lo que vaya observando con los actores involucrados en la observación.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Son posibles limitaciones para llevar a cabo este estudio:

- La posibilidad de que los informantes no continúen hasta la finalización de la recogida de datos.
- La dificultad de entrar a hacer observación participante en un entorno donde no soy una nativa.
- La dedicación en cuanto a tiempo que implica realizar este tipo de proyecto que conlleva pasar muchas horas en el campo recogiendo datos teniendo en cuenta mi situación laboral y familiar.

APLICACIONES PRÁCTICAS

El proyecto tiene relevancia para ayudar a adaptar la profesión enfermera a las nuevas necesidades en materia de salud que han surgido en nuestro contexto cultural. La crisis económica, el envejecimiento de la población, el aumento en la tecnificación de nuestro sistema sanitario y el déficit de médicos ejerce unas presiones muy concretas sobre el colectivo enfermero.

Los resultados de este estudio pueden ser una herramienta muy útil para conocer cual es la percepción que tienen las enfermeras que actualmente están ejerciendo en el ámbito asistencial sobre su trabajo del día a día. Concretamente, el conocimiento de cómo perciben su rol autónomo, dentro del equipo de salud, puede ayudar a enfocar cuales son las necesidades específicas de este colectivo y como puede dar respuesta éste como profesión a las nuevas demandas de la población.

La Enfermería es una profesión viva que evoluciona a medida que evoluciona la sociedad a la que pertenece, conocer cuales son las vivencias de las actuales enfermeras puede ser muy útil para adaptarla al nuevo contexto y, al mismo tiempo, orientarla para que se continúe consolidando como disciplina científica.

En relación a su impacto bibliométrico creo que este estudio puede aportar mucho a la bibliografía específica sobre la Enfermería en España como profesión. En la búsqueda bibliográfica inicial he encontrado pocos estudios que profundicen, desde el punto de vista cualitativo, sobre la vivencia actual del rol enfermero en España. De entrada puedo preveer que, de este trabajo, saldrán al menos 4 publicaciones en revistas de alto impacto.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La epistemología cualitativa se apoya en principios que tienen importantes consecuencias metodológicas y éticas (**Gonzalez. 2002**).

Como estudio de la moral, la ética es, sobre todo, filosofía práctica cuya tarea no es resolver conflictos si no plantearlos. El ejercicio de la investigación científica y el uso del conocimiento producido por la Ciencia demandan conductas éticas en el investigador (**Gonzalez. 2002**).

La investigación cualitativa comparte muchos aspectos éticos con la convencional. Así, los aspectos éticos que son aplicables a la ciencia en general lo son también a la investigación cualitativa. La práctica científica, como la práctica de la libertad, es idéntica cuando realizamos investigación cualitativa. Sin embargo, los

problemas, los métodos y la comunicación y divulgación de la investigación cualitativa plantea algunos problemas adicionales (González. 2002).

La investigación cualitativa reconoce la individualidad de los sujetos como parte constitutiva de su proceso indagador. Ello implica que las ideologías, las identidades, los juicios y los prejuicios y todos los elementos de la cultura, impregnan los propósitos, el problema, el objeto de estudio, los métodos y los instrumentos. Forman parte incluso de la selección de los recursos y de los mecanismos empleados para hacer la presentación y divulgación de los resultados y de las interpretaciones del estudio (González. 2002).

Aparte de las dificultades presentes en las investigaciones de otros tipos, la cualitativa tiene desafíos adicionales en sí. La investigación cualitativa en las ciencias humanas indaga en la condición humana. Esto significa que construye el conocimiento mientras acoge la complejidad, la ambigüedad, la flexibilidad, la singularidad y la pluralidad, lo contingente, lo histórico, lo contradictorio y lo afectivo, entre otras condiciones propias de la subjetividad del ser humano y de su carácter social. Tales condiciones son características del objeto de estudio y reflejo del enfoque cualitativo, a la vez que son valores cultivados durante la investigación. Lo son porque en buena medida la riqueza de la investigación cualitativa depende de la bondad con la que hemos captado y descrito dichas condiciones en la búsqueda de significados (González. 2002).

A partir del enfoque cualitativo, aceptamos que el objeto de la investigación es un sujeto interactivo, motivado o intencional, que asume una posición frente a las tareas que enfrenta. Por este motivo la investigación no puede ignorar que es un proceso de comunicación entre investigador e investigado, un diálogo que toma diferentes formas. La ética comunicativa estudia muchas facetas e implicaciones de la dignidad del ser humano como interlocutor. Indica que la categoría de persona, central en el ámbito ético, se expresa como “interlocutor válido”, cuyos derechos a la réplica y a la argumentación tiene que ser prácticamente reconocidos. Y ese básico reconocimiento recíproco entre las personas es el elemento vital sin el que una persona no podrá llegar al conocimiento de la verdad de las proposiciones y a la corrección de las normas. A partir de aquí se construye una teoría de los Derechos Humanos y una teoría de la Democracia Participativa. El punto de llegada es el de los individuos que, por su competencia comunicativa, tienen derecho a participar, en pie de igualdad, en la deliberación y en la decisión de las normas a las que han de someterse (González. 2002).

En los últimos 50 años, el desarrollo de la ética de la investigación científica ha estado dirigido a las investigaciones con pacientes en el ámbito de la salud-

enfermedad. Las principales fuentes de orientación ética sobre la realización de investigaciones clínicas han sido el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, el informe Belmont y las normas del Consejo para la Organización Internacional de las Ciencias Médicas (González. 2002).

En el caso concreto de mi proyecto de investigación y atendiendo a todas las consideraciones éticas que hay que tener especialmente en el ámbito de la investigación cualitativa (Declaración de Helsinki. 2008; González. 2002):

- Prepararé un formulario de consentimiento informado para que sea firmado por los informantes que participen en el estudio donde especificaré cual es el objetivo de la investigación (se incluye en el Anexo I).
- Solicitaré la autorización al Comité de Ética de la UIC para poner en práctica mi proyecto.
- Solicitaré la autorización del Comité de Ética de los Centros donde acuda a realizar observación participante.
- Para proteger el anonimato de los datos que obtenga, tanto de las grabaciones de las entrevistas como de la observación participante, sustituiré los nombres de mis informantes por códigos.
- Me comprometeré por escrito (documento que les daré cuando los informantes firmen el consentimiento informado) que al año de publicado mi informe de la investigación, destruiré todas las grabaciones y materiales obtenidos a partir de las mismas.
- Me comprometeré por escrito (documento que les daré a los informantes cuando ellos firmen el consentimiento informado) que en el redactado final de mi informe utilizaré pseudónimos para no relacionarlos con los datos.
- Para proteger los datos que vaya obteniendo del estudio los introduciré en un ordenador portátil al que solo tenga acceso yo. Ese ordenador permanecerá bajo mi custodia exclusiva.

PRESUPUESTO

Coste total de la investigación: 55.000 euros

- 45.000 euros en concepto de beca para que me pueda dedicar, durante los tres años que tengo previsto realizar esta investigación, a jornada completa a su realización (los otros 45.000 euros son a cargo de mi empresa).
- 100 euros para una grabadora para realizar las entrevistas (Olympus WS 550M)
- 1900 euros en concepto de pago de artículos de revistas y libros que pueda necesitar.
- 1000 euros en concepto de consulta a expertos.
- 1000 euros para poder publicar en revistas electrónicas.
- 6.000 euros para poder acudir a congresos relacionados con el tema a realizar difusión de los resultados obtenidos en este trabajo (viajes, estancia, pago del congreso y dietas).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, G. y MEDINA, E. (1997). Líneas de investigación en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. Recuperado el 10.4.2011. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191997000200007&script=sci_arttext&tlng=en)

[03191997000200007&script=sci_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191997000200007&script=sci_arttext&tlng=en)

ALVARADO, L. y GARCIA, M. (2009). Características más relevantes del paradigma socio crítico. *Sapies: revista universitaria de investigación*, 9(2), 187-201.

ASAMBLEA GENERAL 59ª. (2008). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, Corea: autor.

BRITO, P.R. (2007). El camino hacia la identidad enfermera. *Metas de enfermería*, 2, 51-54.

CALLEJO, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*; 76(5), 409-422.

CARBALLO, M. (2005). Del deseo a la realidad. *Revista Rol de Enfermería*, 28(4), 250-252.

CASTEL, S. y VIÑAS, M. (2001). El rol enfermero en el equipo de atención primaria: opiniones y expectativas de los profesionales del equipo. *Metas de Enfermería*, 37:31-35.

- CHARMAZ, K. (2006).** *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative Analysis.* California: SAGE
- COLLIÈRE, M.F. (1993).** *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería.* Madrid: Interamericana-MacGraw-Hill.
- CONSELL DE COL·LEGIS DE DIPLOMATS EN INFERMERIA DE CATALUNYA..**
- Lena Ferrús (dir.) (2006).** *Recomanacions per a la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització.* Barcelona: autor.
- CUÑAT, R. (2006).** Aplicación de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) al proceso de creación de empresas. Decisiones globales.
- DE LA CUESTA, C. (2006).** Teoría y método: la teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los Cuidados*, 20: 136-140.
- DOMINGUEZ-ALCÓN, C. (1986).** *Los cuidados y la profesión enfermera en España.* Madrid: Pirámide.
- DOMINGUEZ-ALCÓN, C., RODRIGUEZ, J.A. y DE MIGUEL, J.M. (1983).** *Sociología y Enfermería.* Madrid: Pirámide.
- DOMINGUEZ-ALCÓN C. y RAMIÓ, A. (2010).** *L'exercici lliure de la professió infermera a Catalunya: resum executiu. Col·legi Oficial Infermeria de Barcelona.* Barcelona: Col·legi d'Infermeria de Barcelona.
- FERNÁNDEZ, C., GARRIDO, M., SANTO, M. y SERRANO, M.D. (2000).** *Enfermería Fundamental.* Barcelona: Masson.
- FUNDACIÓN SINDICAL DE ESTUDIOS. (2008).** Estudio sobre la Enfermería Comunitaria en el Servicio Madrileño de Salud. Madrid: autor.
- GARCIA, C y MARTINEZ, M.L. (2001).** *Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero.* Madrid: Harcourt.
- GONZÁLEZ, M. (2002).** Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Ibero Americana de Educación.* Recuperada el 25.1.2011. Disponible en: <http://www.rieoei.org/rie29a04.htm>.
- GUASCH, O. (2002).** *Cuadernos metodológicos: observación participante.* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas
- HERNÁNDEZ, A. y GUARDADO, C. (1999).** La enfermería como disciplina profesional holística. *Revista Cubana Enfermería.* 20(2). Recuperada el 20.1.2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192004000200007&script=sci_arttext
- HERNÁNDEZ, J. (1999).** *Historia de la Enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería..* Madrid: MacGrawHill

HERRERA, F., LASANTE, F y SILES, J. (1996). *La edad contemporánea. El proceso de tecnificación e institucionalización profesional.* En Francisca Hernández Martín (coord.), *Historia de la Enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días* (pp. 217-280). Madrid: Editorial Síntesis.

KRAUSE, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista temas de educación*, 7, 19-39.

MEDINA, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería.* Barcelona: Laertes.

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE nº 174, 31680.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN (2011). Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado, BOE nº 35 (1), 13909.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Informes, estudios e investigación. Ricard Gutiérrez (dir.)(2007) Análisis del impacto potencial de la aplicación del marco de Bolonia y de la implementación de las especialidades oficiales de enfermería, en este colectivo profesional, las instituciones donde trabajan y el sistema de salud de Cataluña. Barcelona: autor.

ORTEGA, C. y SÁNCHEZ, N. (1996). *El siglo XX: hacia la consolidación de la profesión enfermera.* En Francisca Hernández Martín (coord.), *Historia de la Enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días* (pp. 287-323). Madrid: Editorial Síntesis.

RICOY, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação: Santa María*, 31 (1), 11-22.

RUIZ, J.L. (2009) *Metodología de la investigación cualitativa* (4ª ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.

TAYLOR, S.J. y BOGMAN, R. (1996) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Barcelona: Paidós Básica. (Versión original 1987).

TORRALBA, F. (1998). *Antropología del cuidar.* España: Institut Borja de bioética. Fundació MAPFRE medicina

UNIVERSITAT DE BARCELONA (2004). Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Josep A. Rodríguez (dir.) (2004) *Enfermeras hoy: como somos y como nos gustaría ser.* Barcelona: autor.

VALLES, M. (2009). *Técnicas cualitativas de investigación social.* Madrid: Editorial Síntesis S.A.

ZAPICO, F. (2005). Avances en la práctica de la profesión enfermera: visiones de una misma realidad. (Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, 2005).

ANEXOS I

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

El/la _____ informa al participante Sr./Sra. _____ de la existencia de un proyecto de investigación sobre la “Percepción de las enfermeras de Barcelona sobre la aplicación de su rol autónomo en su contexto laboral” y pide su colaboración.

Información para los participantes:

Proyecto de estudio: “Percepción de las enfermeras de Barcelona sobre la aplicación de su rol autónomo en su contexto laboral “.

Investigador principal: Olga Rodrigo Pedrosa

Objetivos:

Conocer como las enfermeras y enfermeros, que trabajan en la atención directa al paciente viven su profesión en su contexto laboral.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria.

Puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia de ningún tipo.

Su firma a continuación confirma que ha leído este documento o que alguien se lo ha leído. Se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y de concretar su participación en el proyecto.

Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente.

	Nombre y apellidos	Fecha	Firma
Participante			
Informante			

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Naturaleza del proyecto

El proyecto de investigación para el que se solicita su participación forma parte de una tesis doctoral. Tiene por título "Percepción de las enfermeras de Barcelona sobre la aplicación del rol autónomo en su contexto laboral". El objetivo de este estudio es conocer como las enfermeras, que trabajan en la atención directa al paciente, viven su profesión.

Resumen

Para realizar este estudio se pedirá a diferentes enfermeras y enfermeros, de la provincia de Barcelona, que proporcionen información, fundamentalmente a través de entrevistas personales, sobre como viven su profesión en su contexto laboral.

A través de los centros de trabajo se pedirá la participación de personas que estén en activo y que trabajen en la atención directa del paciente (tanto en el ámbito de la atención primaria como en el ámbito de la atención hospitalaria). A cada participante se le realizarán entre una y dos entrevistas personales. Cabe la posibilidad de que también se solicite su participación puntual, en algún grupo de discusión, para poder compartir experiencias profesionales con otras enfermeras y enfermeros que también participen en la atención directa del paciente.

Las entrevistas se realizarán fuera del horario laboral y en un lugar que sea de fácil acceso. Los grupos de discusión, en caso de que se solicite su participación en ellos, se realizarán también fuera del horario laboral y en un lugar que sea de fácil acceso. Se prevé que el estudio tendrá una duración de unos 3 años.

La investigadora responsable de este estudio es antropóloga y Diplomada Universitaria en Enfermería y pertenece a la Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Joan de Déu y a la Universidad Internacional de Cataluña.

Procedimientos

La participación en este trabajo consiste en:

- Permitir que los investigadores puedan realizar entrevistas personales como medio de obtención de datos a las enfermeras y enfermeros invitados a participar en el estudio.
- Permitir que el equipo de investigadores puedan realizar grupos de discusión como medio de obtención de datos a las enfermeras y enfermeros invitados a participar en el estudio.

Todos los datos recogidos para la investigación, se guardarán en unos ficheros especialmente diseñados para la investigación y en ellos no aparece ni su nombre ni ningún tipo dato que pueda identificarlo, y en versión informática.

Beneficios y riesgos

El beneficio de este estudio es profundizar en el conocimiento del fenómeno de cómo viven las enfermeras que trabajan en la atención directa al paciente su profesión en su contexto laboral. Esto nos va a permitir conocer cuales son las principales problemáticas a las que se enfrenta el colectivo, que trabaja en la atención directa al paciente, algo que creemos que será muy útil para proponer medidas que contribuyan a mejorar sus condiciones laborales y sociales.

En ningún caso usted como participante recibirá compensación económica por ello.

El estudio no supone ningún riesgo para la salud.

Compromiso y anonimato

Me comprometo a garantizar la confidencialidad respecto a la identidad de cada participante y a mantener el material derivado tanto de las entrevistas como de las reuniones de grupo a buen recaudo para asegurar su anonimato. Las copias de los documentos y la grabación de este estudio serán conservadas en mi domicilio particular para evitar que nadie tenga acceso a ellos. Los hallazgos de este estudio sólo podrán ser publicados o presentados en reuniones científicas sin revelar la identidad de sus participantes.

Garantía de participación voluntaria

Los investigadores le garantizamos o que sea cual sea su decisión respecto a la participación en el proyecto, su consideración profesional no se verá afectada. Además en caso de que usted acepte participar, sepa que se puede retirar en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y por lo tanto se destruirán los ficheros informáticos relacionados con su entrevista e información facilitada.

Confidencialidad

Los investigadores se responsabilizan de que en todo momento se mantenga la confidencialidad respecto a la identificación y los datos del participante. El nombre y los datos que permitirán identificar al paciente sólo constarán en los ficheros informáticos. Estos procedimientos están sujetos a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Preguntas

Por favor, si no lo ha hecho antes, haga las preguntas que le parezcan oportunas. Le responderemos lo mejor que podamos.

Contacto investigadora principal: 675880748 (teléfono móvil)

AGRADECIMIENTOS

Agradecer por su apoyo y guía a mi tutor el Dr. Jordi Caïs, excelente profesional y mejor persona. Gracias a él, he podido presentar este trabajo en el tiempo previsto.

También quiero hacer explícito mi agradecimiento, por su inagotable paciencia conmigo, a la Dra. Lola Bardallo, sin ella me hubiese sido imposible salir de este “Laberinto del Minotauro” que es la metodología cualitativa.

Por último agradecer también, por haberme contagiado su entusiasmo, a la Dra. Cristina Monforte, sus clases de metodología cualitativa han sido para mí una verdadera fuente de inspiración.