

# VIVENCIAS Y EMOCIONES DE LAS ENFERMERAS ANTE LA DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LOS CARGOS DE ENFERMERÍA

# EXPERIENCES AND EMOTIONS OF NURSES IN THE FACE OF GENDER INEQUALITY IN NURSING POSITIONS

**Cristina Maria Garcia Ripollès**

**Tutores: Oscar Guasch y Sergio Alonso**

**Curso académico 2021-2022**



### Agradecimientos:

Han sido muchas las horas de trabajo intenso para realizar este trabajo final de Máster en Liderazgo y Gestión en los Servicios de Enfermería.

En primer lugar, quiero dar un especial agradecimiento a mis dos tutores en el proyecto. Óscar Guasch por aceptar mi idea y ayudarme hacerla visible y a Sergio Alonso por guiarme y acompañarme en ello. Gracias a los dos por vuestras sugerencias y vuestro conocimiento infinito para plasmar mi idea en este trabajo.

En segundo lugar, a mi familia, ha sido un año difícil para todos y aun así nunca me han faltado vuestras palabras de apoyo incondicional. Gracias por estar siempre ahí y creer en mi incluso cuando yo misma he dudado de ello. Gracias por ser el motor de mi vida y compartir este trabajo final de Máster durante este último año. En especial a ti, Josefina; Mi abuela, que sé que nunca me has soltado la mano y sigues allí, ya que fuiste tú la primera en compartir mi vida académica con mis logros y mis derrotas.

En último lugar, quiero dar las gracias a mi compañera de Máster y amiga inseparable, que siempre has tenido palabras de apoyo para mantener el equilibrio. Gracias Mercè, gracias por aceptar mis momentos débiles y convertirlos en fuerzas para tirar siempre hacia adelante.



## RESUMEN

En las profesiones sanitarias el género sigue siendo un determinante de las oportunidades sociales. En las trayectorias profesionales de los hombres y las mujeres los estereotipos impregnan tanto a los profesionales como a los pacientes. Hay una identificación social de la profesión enfermera con el estereotipo femenino que produce carencia de especificidad funcional y minusvaloración.

**Objetivo:** conocer la distribución de género en los cargos de enfermería hospitalaria y comprender las experiencias y vivencias de esta distribución desde el punto de vista de las enfermeras asistenciales.

**Metodología:** Estudio de metodología mixta dividido en dos fases. La primera fase comprende un estudio transversal sobre la distribución de género de los cargos de enfermería de un hospital. La segunda fase explora las experiencias y vivencias de las enfermeras sobre esta distribución de género mediante el desarrollo de un estudio cualitativo desde la visión del paradigma Constructivista, enmarcada por la fenomenología hermenéutica de Heidegger.

**Análisis de datos:** Fase cuantitativa: análisis descriptivo univariante de los registros de RRHH con IBM SPSS v.27. Fase cualitativa: análisis de contenido de la información de las entrevistas en profundidad con Nvivo12.

**Aplicabilidad:** Los resultados permitirán conocer y mejorar la calidad de las políticas de igualdad de género.

**Palabras clave:** Enfermería, cargos de gestión, desigualdad de género, mujeres gestoras, feminismo.

## ABSTRACT

In the health professions, gender remains a determinant of social opportunities. In the career paths of men and women, stereotypes permeate both professionals and patients. There is a social identification of the nursing profession with the female stereotype that produces a lack of functional specificity and undervaluation.

**Objective:** to find out about the distribution of gender in hospital nursing positions and to understand the experiences and experiences of this distribution from the point of view of the nurses in care.

**Methodology:** A mixed-method study divided into two phases. The first phase comprises a cross-sectional study of the gender distribution of nursing positions in a hospital. The second phase explores nurses' experiences and lived experiences of this gender distribution through the development of a qualitative study from the view of the Constructivist paradigm, framed by Heidegger's hermeneutic phenomenology.

**Data analysis:** Quantitative phase: univariate descriptive analysis of the HR records with IBM SPSS v.27. Qualitative phase: content analysis of the information from the in-depth interviews with Nvivo12.

**Applicability:** The results will allow us to understand and improve the quality of gender equality policies.

**Keywords:** Nursing, management positions, gender inequality, women managers, feminism.



## Índice

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Antecedentes .....	1
1.2 Justificación .....	4
1.3 Pregunta de investigación.....	4
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	5
3. METODOLOGIA .....	6
3.1. Diseño.....	6
Posición Paradigmática .....	6
3.2 Ámbito del estudio .....	7
3.3. Población .....	7
3.3.1 Fase cuantitativa .....	7
3.3.2 Fase cualitativa .....	7
3.4 Selección de los participantes .....	7
3.4.1 Fase cuantitativa .....	7
3.4.2 Fase cualitativa .....	8
3.5. Tamaño muestral.....	8
3.5.1 Fase cuantitativa .....	8
3.5.2 Fase cualitativa .....	8
3.6 Técnica de muestreo .....	8
3.6.1 Fase cuantitativa .....	8
3.6.2 Fase cualitativa .....	8
3.7 Variables del estudio.....	8
3.7.1 Fase cuantitativa .....	8
3.8 Procedimiento de recogida de datos .....	9
3.8.1 Fase cuantitativa .....	9
3.8.2 Fase cualitativa: Reclutamiento .....	9
3.9 Técnicas de obtención de información .....	9
3.10 Análisis de datos / información .....	10
3.10.1 Fase cuantitativa: tipo de análisis y programa informático .....	10
3.10.2 Fase cualitativa: análisis de la información .....	10
5. ASPECTOS ÉTICOS .....	11
6. CRITERIOS DE CALIDAD Y RIGOR: FASE CUALITATIVA.....	11
7. DIFICULTADES Y LIMITACIONES.....	11
8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA.....	12

9. PRESUPUESTO .....	13
10. CRONOGRAMA .....	14
11.1 Fase Cuantitativa .....	15
12. DISCUSIÓN .....	16
13. CONCLUSIONES.....	17
13.1 Fase Cualitativa .....	17
14. BIBLIOGRAFÍA.....	18
ANEXOS .....	24
Anexo 1 y 2: El porcentaje de mujeres que ocupaban los órganos superiores y altos cargos de la Administración General del Estado.....	24
Anexo 3: Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados, Diplomado en Enfermería, Sexo, 2020.....	25
Anexo 4: Consentimiento informado.....	26
Anexo 5: Características del perfil de los participantes .....	28
Anexo 6. Definición conceptual y operativa de las variables .....	29
Anexo 7: Guion previo de los temas a explorar .....	30
Anexo 8.....	31
Anexo 9.....	32





## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Antecedentes

Entrados en el siglo XXI, los datos ponen de manifiesto que la presencia de las mujeres en el mundo laboral va aumentando progresivamente. Según el Instituto Europeo para la Igualdad de Género, en el año 2020, el porcentaje de mujeres que ocupaban los órganos superiores y altos cargos de la Administración General del Estado (hasta Director/a General, y sin contabilizar los puestos de la Administración con categoría inferior a la de Director/a General) ascendió ligeramente desde el año anterior, hasta un 43,5%. Sin embargo, se observa una reducida presencia de las mujeres en los puestos directivos de las empresas, ya que el porcentaje de mujeres en el conjunto de Consejos de Administración de las empresas que forman parte del Ibex-35 durante el mismo año fue del 27,7% (1), (Anexos 1 y 2). A pesar del notable aumento de la participación de las mujeres en el poder político en los últimos años, dicha participación aún no alcanza el límite mínimo del 40% que señala la Ley de Igualdad (2). Autores como Cotter, Torns y Maruani afirman que el primer paso es asumir que la desigualdad de género persiste en todo el mercado laboral (3–5).

La desigualdad se define como hacer una diferencia en el trato o favor de una base categórica sin tener en cuenta el mérito individual (6). Castells define la desigualdad social como: “el proceso por el cual a ciertos individuos y grupos se les impide sistemáticamente el acceso a posiciones que les permitirían una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto dado” (7).

Existen grandes líneas de pensamiento: como la de Weber (8) o Marx (9) que explican desde puntos de vista diferentes, las desigualdades que existen entre los diferentes grupos humanos y los efectos que producen. Weber desarrolló el concepto de discriminación o desigualdad refiriéndose a aquellas restricciones de oportunidades que uno o varios grupos de poder imponen sobre un determinado colectivo. Para Karl Marx la mayor causa de desigualdad es la explotación, se refiere al aspecto material y consiste en utilizar a otros como medio de conseguir algo (9). Para Durkheim, la desigualdad formaba parte de la naturaleza funcional de las sociedades (10).



En las profesiones sanitarias el género sigue siendo un determinante de las oportunidades sociales y, por tanto, se refleja sobre las trayectorias profesionales de los hombres y las mujeres, donde los estereotipos impregnan no solo a los profesionales, sino también a los pacientes (11).

En España existen estudios que reflejan estas desigualdades en algunos contextos sanitarios (12). Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2020 el 52% de los médicos colegiados eran mujeres. En relación a las enfermeras el 84% eran mujeres y el 16% hombres (13) (Anexo 3). En el Servicio Andaluz de Salud en el año 2007 el 68% del personal sanitario eran mujeres, y sólo ocupaban el 34% de los cargos directivos, el caso de enfermería es significativo: los varones son sólo el 13% en la profesión y, sin embargo, ocupan el 52% de los cargos directivos (14).

Los estudios sobre las diferencias en la distribución de género en los cargos directivos del sistema sanitario demuestran, junto con las diferencias biofisiológicas, la presencia de estereotipos de género que hacen que unas y otros utilicen de forma desigual los accesos a cargos sanitarios en las dichas instituciones (15) (16). A este respecto se refieren a las distintas oportunidades y recursos relacionados con el acceso a dichos puestos que tienen las personas en función de su sexo (17,18).

A pesar de los avances de la última década sobre el derecho a la igualdad y la prohibición de discriminación, la asignación de roles estereotipados sigue ocasionando una posición socioeconómica discriminatoria para las mujeres y una situación asimétrica de poder respecto a la de los hombres (19) (20). En España, la Ley de Igualdad del 2007 (2) obliga a entidades públicas y privadas, a desarrollar políticas que garanticen la igualdad real de derechos. No obstante, se han descrito barreras que condicionan el acceso de las mujeres a equipos directivos tanto en las instituciones sanitarias como en el ámbito laboral. Barreras como la idea de que la maternidad impone obstáculos a las mujeres condicionando su acceso al mercado laboral, el puesto de trabajo al que pueden optar, la remuneración salarial y su capacidad de desarrollo y ascenso (21). Estas barreras pueden ser estructurales, sociales y psicológicas y están vinculadas a la persistencia de los estereotipos de género, y frenan su desarrollo

personal y profesional en una organización con igualdad formal, pero intrínsecamente patriarcal. Según Lupano, no existen barreras imposibles de atravesar hacia los puestos más altos y, además, no son totalmente invisibles. Las mujeres no tienen denegado el acceso a los puestos jerárquicos, sino que, a diferencia de los hombres, deben sortear mayor cantidad de obstáculos para poder llegar a ellos (22). Hay estudios que dan cuenta de que las promociones y ascensos dentro de las organizaciones son mucho más lentos para las mujeres que para los hombres, a pesar de que su formación y experiencia laboral sean similares (23). En el ámbito sanitario público las trayectorias profesionales de las médicas siguen rigiéndose por claves masculinas (24,25). En Enfermería son muchas las mujeres que llegan a ser mandos intermedios pero su promoción se detiene a este nivel (26).

Otro factor por considerar es que las mujeres suelen dedicar más tiempo a la gestión efectiva y se preocupan menos por el establecimiento de contactos claves para su promoción (27). Dentro de los modelos integradores donde se analiza el sistema de género como una estructura social que impacta a nivel individual, interaccional e institucional, esta situación trata de explicarse desde la metáfora del Techo de Cristal, en referencia a las barreras visibles e invisibles que socavan la promoción profesional de las mujeres (28)(29) (30).

Como los sistemas de selección de directivos en el medio asistencial se articulan en círculos dominados por redes masculinas, las mujeres, más alejadas de las redes sociales y los lobbies de poder, son menos visibles, tienen menos opciones (31,32), lo cual provoca una situación de anorexia de poder (33). Aunque la necesidad de disminuir la jornada laboral o los permisos por maternidad y cuidado de los hijos recaen sobre las mujeres, este hecho genera un aumento de la desigualdad existente, pues suponen un obstáculo para la adquisición de competencias, conocimientos, ascensos laborales y ocupación de cargos directivos (32,34).

Hay una identificación social de la profesión enfermera con el estereotipo femenino, que produce una carencia de especificidad funcional y, por tanto, una minusvaloración (35). Son numerosos los análisis históricos y sociológicos sobre las dificultades que la gran carga estereotipada del medio sanitario han tenido que soportar la Enfermería y las enfermeras (36,37).

Otros enfoques revelan la influencia de la feminización de la Enfermería y su subordinación al médico (38), la relación entre los estereotipos y las trayectorias profesionales en unidades de cuidados intensivos (39) o la influencia de la estructura sanitaria masculinizada en las condiciones laborales de las enfermeras y de la pervivencia de los estereotipos en la cultura organizacional sanitaria (38,40–42).

## **1.2 Justificación**

La desigualdad de género sigue siendo un problema en todo el mundo y enfermería no es ajena a este problema (43). A pesar de ser conscientes de esta realidad, las evidencias sobre cómo son percibidas estas desigualdades en los cargos de gestión por parte de las enfermeras asistenciales es insuficiente. Para aportar nuevos conocimientos sobre la cuestión, proponemos desarrollar una investigación con el objetivo de conocer la distribución de género en los cargos de enfermería de un hospital de tercer nivel para después evaluar las vivencias y emociones de las enfermeras que están a su cargo.

## **1.3 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la distribución de género en los cargos de enfermería y cómo es vivida esta distribución desde el punto de vista de las enfermeras asistenciales?

## **2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **2.1 Objetivo General**

- Conocer la distribución de género en los cargos de enfermería hospitalaria y comprender las experiencias y vivencias de esta distribución desde el punto de vista de las enfermeras asistenciales.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Determinar la distribución de género en los cargos de enfermería de un hospital
- Describir las experiencias y vivencias de las enfermeras sobre la distribución de género en los cargos de enfermería
- Identificar si las enfermeras creen que el estilo de liderazgo percibido está vinculado al género
- Identificar los elementos que ayudan o dificultan el acceso a cargos de enfermería desde el punto de vista de los participantes.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Diseño

Estudio de diseño mixto que se desarrollará en dos fases:

- **Fase 1:** Metodología cuantitativa. Estudio observacional descriptivo.
- **Fase 2:** Metodología cualitativa. Paradigma constructivista. Estudio fenomenológico interpretativo según Heidegger.

#### Posición Paradigmática

En este estudio se plantea una metodología de investigación cualitativa bajo una visión paradigmática constructivista según Guba y Lincoln (44). Las dimensiones paradigmáticas serán las siguientes:

- Ontológica: existen múltiples realidades subjetivas sobre el proceso de acceso de mujeres a los cargos de enfermería, construidas de forma local y específica por cada individuo y que están vinculadas a los contextos y a las interpretaciones que cada persona hace de ellos.
- Epistemológica: a través de la interacción entre los participantes y la investigadora se crea el conocimiento, este vínculo interactivo permite conocer e interpretar el fenómeno de estudio a partir de la experiencia vivida de cada una de las partes implicadas (enfermeros y enfermeras).
- Metodológica: la construcción de las percepciones y vivencias de las personas se interpretarán de acuerdo a la Fenomenología Hermenéutica de Heidegger (45).
- Teleológica: la finalidad última es estudiar y visibilizar el fenómeno de la desigualdad de género en los cargos de enfermería, descubrir su posicionamiento dentro la organización sanitaria, desentrañar el discurso dando voz a las enfermeras sobre esta realidad.
- Axiológica: no podemos obviar el valor moral, la igualdad y equidad, que nos ayudaran a conocer las vivencias y experiencias de los profesionales de enfermería, estos valores tienen un papel determinante en la vida de cada persona, incluida la investigadora.
- Retórica: en el constructivismo el lenguaje tiene un papel esencial para crear condiciones de asertividad y, por lo tanto, se utilizará un lenguaje informal, sin tecnicismos.

### **3.2 Àmbit del estudi**

Ambas fases se desenvoluparan en el Hospital Universitari Vall d'Hebron, hospital públic catalogat com a tercer nivell assistencial i ubicat en la Província de Barcelona. És centre de referència del Àrea de atenció Integral de Salut de Barcelona Nord, que dona assistència a més de 430.000 persones i en algunes especialitats és de referència a nivell nacional. treballen 8213 professionals. En 2019 es van atendre 953.229 episodis (46).

### **3.3. Població**

#### **3.3.1 Fase quantitativa**

**Població diana:** infermeres i infermers que treballen en un hospital

#### **3.3.2 Fase qualitativa**

**Població diana:** infermeres i infermers que treballen en un hospital

### **3.4 Selecció de les participants**

Les participants hauran d'expressar-se en un dels dos idiomes oficials (català o castellà) amb el previ consentiment a la seva participació mitjançant la signatura en el document de Consentiment Informat (CI) (veure Annex 4).

#### **3.4.1 Fase quantitativa**

##### **Criteris d'inclusió**

- Situació activa en el moment de la explotació de dades.
- Infermeres amb permanència en el centre superior a un any.
- Contracte d'interinitat o plaça en propietat.

##### **Criteris d'exclusió**

- Traslado de otra institución con permanencia inferior a un año

##### **Criteris de retirada**

- Traslado a otras instituciones.

### **3.4.2 Fase cualitativa**

**Características del perfil de los participantes:** Se realizará un muestreo teórico por varianza máxima considerando los siguientes criterios (ver Anexo 5).

- Género (masculino, femenino).
- Edad (menos y más de 40 años).
- Cargo (asistencial, supervisora, adjunta).

Como resultado se obtienen 12 perfiles: 1) Enfermera asistencial de más de 40 años\_ Hombre; 2) Enfermera asistencial de más de 40 años\_ Mujer; 3) Enfermera asistencial de menos de 40 años\_ Hombre; 4) Enfermera asistencial de menos de 40 años\_ Mujer; 5) Enfermera supervisora de más de 40 años\_ Hombre; 6) Enfermera supervisora de más de 40 años\_ Mujer; 7) Enfermera supervisora de menos de 40 años\_ Hombre; 8) Enfermera supervisora de menos de 40 años\_ Mujer; 9) Enfermera adjunta de más de 40 años\_ Hombre; 10) Enfermera adjunta de más de 40 años\_ Mujer; 11) Enfermera adjunta de menos de 40 años\_ Hombre; 12) Enfermera adjunta de menos de 40 años\_ Mujer.

### **3.5. Tamaño muestral**

#### **3.5.1 Fase cuantitativa**

Se accederá a toda la población en situación laboral activa del centro.

#### **3.5.2 Fase cualitativa**

Considerando 3 entrevistas por perfil serán necesarios 36 participantes.

### **3.6 Técnica de muestreo**

#### **3.6.1 Fase cuantitativa**

Como se accede a toda la población no es necesario muestreo.

#### **3.6.2 Fase cualitativa**

El muestreo será teórico y por varianza máxima.

### **3.7 Variables del estudio**

#### **3.7.1 Fase cuantitativa**

##### **Variable principal**

Género: Variable CUALITATIVA Nominal Dicotómica (HOMBRE/MUJER).

### **Variables secundarias**

Cargo en enfermería. Variable Nominal Politómica. La descripción detallada de las variables se muestra en el (Anexo 6).

## **3.8 Procedimiento de recogida de datos**

### **3.8.1 Fase cuantitativa**

Se solicitará al departamento de RRHH el registro de los profesionales en situación activa con los datos de género y cargo exclusivamente (47,48). La información se incorporará a una base de datos para su análisis.

### **3.8.2 Fase cualitativa: Reclutamiento**

El reclutamiento se desarrollará a través de dos procedimientos: durante las sesiones informativas del estudio y a través de las enfermeras referentes que ejercerán el rol de porteras. También se ha previsto una estrategia de difusión a través de redes sociales o carteles informativos. En caso de que haya dificultades se considerará reclutar a los participantes llamándoles por teléfono o por correo electrónico.

## **3.9 Técnicas de obtención de información**

Un miembro del equipo investigador informará a los candidatos y solicitará el consentimiento informado y la autorización del registro de audio. Para obtener la información se utilizarán las entrevistas en profundidad, ya que permiten comprender las vivencias y emociones desde las distintas perspectivas y reconstruir así las diferentes realidades y su significado en cada uno de los perfiles de participantes (49,50). Además, complementaremos la recogida de datos con el diario de campo, en el que se registrarán las notas metodológicas, notas descriptivas del espacio, relación entre los participantes y las vivencias y percepciones personales del investigador, como también los aspectos de la comunicación verbal y no verbal, y acontecimientos que puedan suceder durante la entrevista. Se contará con un guion previo de los temas a explorar basadas en los objetivos del estudio (Anexo 7). Para evitar el cansancio del entrevistado, la duración no será superior a dos horas.



### **3.10 Análisis de datos / información**

#### **3.10.1 Fase cuantitativa: tipo de análisis y programa informático**

Se desarrollará un análisis descriptivo. Las variables cualitativas se analizarán mediante frecuencias y porcentajes. La variable principal (género) se asociará con la variable secundaria (cargo) mediante tablas de contingencia. La significación estadística se contrastará con la prueba Chi-cuadrado. Para las pruebas se asumirá un nivel de significación con un intervalo de confianza del 95%. El análisis será asistido con el software IBM SPSS versión 28 para Windows.

#### **3.10.2 Fase cualitativa: análisis de la información**

Los audios de las entrevistas serán transcritos a un archivo de texto y las transcripciones se complementarán con las anotaciones del Diario de Campo (51). Se desarrollará un análisis temático de contenido dentro del paradigma constructivista según el enfoque de Gil (52) y se realizará a nivel sintáctico, semántico y pragmático. La categorización de los datos será abierta, ya que se obtendrá del discurso de los participantes. Las etapas del análisis serán: fase de descubrimiento, análisis y de verificación e interpretación.

Fase descubrimiento: Transcripción literal de las entrevistas por la investigadora principal y realizar una lectura en profundidad donde obtendrá ideas reflexiones de la información acordes con los objetivos y pregunta.

Fase de análisis: Codificación y Categorización. Se obtendrán los códigos, unidad mínima de significado. A continuación, se agruparán todos los códigos que compartan el mismo significado (categorización), llegando a identificar los temas representativos del estudio. Esta fase será en colaboración de otra investigadora.

Fase de verificación: Estos datos serán interpretados por dos investigadoras externas al estudio y por los mismos participantes (53).

El software de soporte en la codificación y el análisis será NVIVO versión 11.3.2.

## **5. ASPECTOS ÉTICOS**

En esta investigación se sustentará en los principios básicos de la ética, registrados en la declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores enmiendas, el informe Belmont y los criterios de buena práctica clínica. Los investigadores serán responsables de que la información de la base de datos de este estudio sea anónima antes de cualquier análisis y se guarde la confidencialidad acorde con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. Además de estas consideraciones se solicitará la autorización de la Dirección de Enfermería y la evaluación del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

## **6. CRITERIOS DE CALIDAD Y RIGOR: FASE CUALITATIVA**

Se observará el cumplimiento de los criterios de Rigor, en investigación cualitativa, planteados por Guba y Lincoln: Confiabilidad (Credibilidad, Transferibilidad, Dependencia y Confirmabilidad), Autenticidad (Triangulación de investigadores (55) ; Se contemplan también los criterios de Calidad señalados por Calderón (56): Adecuación epistemológica, Relevancia, Validez, y Reflexividad. (Ver anexo 8).

## **7. DIFICULTADES Y LIMITACIONES**

La disponibilidad de los informantes fuera de horario laboral y las interferencias de su participación sobre sus intereses, puede limitar la participación. Se preverá contar con más participantes para suplir las posibles bajas que se puedan causar durante el estudio. La accesibilidad a los informantes y su predisposición a participar en el estudio pueden crear dificultades en el muestreo, al tratarse de contenidos sensibles y con relación directa con su actividad profesional y laboral. La no asistencia a las entrevistas debe ser prevista. Para ello contaremos con dos participantes más de lo que inicialmente se habrían previsto.

## 8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA.

En la práctica clínica: Garantizará una mayor satisfacción del personal de enfermería y con ello mejorarán las prácticas asistenciales.

En la docencia: El presente estudio, busca sensibilizar al colectivo enfermero y aprovechar la oportunidad para ser más equitativos y desarrollar mayores competencias humanísticas en igualdad de género. Por lo tanto, sería de gran utilidad para dar conciencia a los profesionales sanitarios de la importancia en relacionar la igualdad de género con las vivencias y emociones de las enfermeras.

En la gestión: Tras obtener los resultados que permitan comprender y conocer las vivencias y emociones de las enfermeras en cuanto a la desigualdad de género en los cargos de enfermería, permitirá gestionar el acceso a estos cargos de manera equitativa e igualitaria. Perseguir la eficacia y eficiencia, para mejorar el funcionamiento organizacional, garantizando la igualdad siendo capaces de dar respuesta a las necesidades de los profesionales de enfermería.

En la investigación: los resultados serían comparables con los de otros entornos asistenciales similares al que se desarrolla el estudio. El estudio sobre las vivencias de las enfermeras puede abrir nuevas vías de investigación sobre esta cuestión.

**9. PRESUPUESTO**

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	GASTOS
<b>1. Personal:</b>		
Transcriptor	1	1500€
Experto para análisis de datos	1	900€
<b>2. Bienes materiales y fungibles:</b>		
Bolígrafos, folios, carpetas, libretas, sobres y sellos.	Varios	200€
Grabadoras	2x 50€	100€
Fotocopias: transcripciones, diario de campo y otros	Varios	50€
Catering y bebidas (entrevistas)	3€ por persona	114€
Programa Nvivo 12	Licencia perpetua	699€
Programa SPSS27	Licencia anual	266€
<b>3. Dietas, viajes e inscripciones a congresos:</b>		850€
<b>4. Pago de artículos</b>	3 artículos x 45€	135€
<b>5. Difusión investigación:</b>	Publicación en revista de gran impacto	2000€
<b>6. Gasto de gestión (overheads 10%)</b>		681,4
<b>TOTAL</b>		<b>7495,4€</b>

## 10. CRONOGRAMA

Este cronograma está sujeto a cambios adaptándose a las limitaciones que nos podamos encontrar durante el proceso. Formato visual (Ver anexo 9).

<b>Periodo</b>	<b>FASES</b>	<b>Desarrollado por:</b>
Octubre 2021-Junio 2022	<b>Elaboración del proyecto</b>	Investigadora principal
Julio 2022	<b>Presentación del proyecto</b>	Investigadora principal
Agosto- Setiembre 2022	<b>Aprobación CEIC y Dirección asistencial</b>	Comités del Hospital Vall d'Hebrón
Octubre 2022	<b>Información directivos, supervisoras y jefes servicios</b>	Investigadora principal
Noviembre –Diciembre 2022	<b>Recogida de datos: Fase Cuantitativa</b>	Investigadora principal
Enero – Abril 2023	<b>Análisis e interpretación de los datos: Fase Cuantitativa</b>	Miembros del grupo de investigación + Investigadora principal
Noviembre 2022- Noviembre 2023	<b>Reclutamiento de participantes: Fase Cualitativa</b>	Investigadora principal
Diciembre 2022- Diciembre 2023	<b>Entrevistas</b>	Investigadora principal
Enero 2023- Enero 2024	<b>Transcripción entrevistas</b>	Investigadora principal
Enero 2023- Julio 2024	<b>Análisis e interpretación de los datos: Fase Cualitativa</b>	Miembros del grupo de investigación + Investigadora principal
Marzo 2023- Abril 2024	<b>Verificación de los participantes</b>	Investigadora principal
Mayo- Setiembre 2024	<b>Borrador de los resultados: Fase Cualitativa</b>	Investigadora principal
Octubre 2024- Enero 2025	<b>Elaboración del informe final</b>	Investigadora principal
Febrero 2025	<b>Difusión de los resultados</b>	Investigadora principal
Marzo –Septiembre 2025	<b>Publicación y presentación a Congresos</b>	Investigadora principal

## 11. RESULTADOS

### 11.1 Fase Cuantitativa

Fueron evaluados los perfiles de 2692 enfermeras en situación activa en 2020, de las cuales el 2246 eran mujeres y 446 hombres. Es decir, el 83.4% del total eran mujeres y el 16.6% Hombres (Tabla 1).

En relación a la distribución de los cargos por género un 81% son mujeres y 19% son Hombres (Tabla 2).

#### Estadísticos

##### HOMBRE/MUJER

N	Válido	2692
	Perdidos	0

**TABLA 1**

##### HOMBRE/MUJER

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	femenino	2246	83,4	83,4	83,4
	masculino	446	16,6	16,6	100,0
	Total	2692	100,0	100,0	

#### CARGO ENFERMERÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ASISTENCIAL	2158	96,1	96,1	96,1
	SUPERVISORA	75	3,3	3,3	99,4
	ADJUNTA	13	,6	,6	100,0
	Total	2246	100,0	100,0	

a. HOMBRE/MUJER = femenino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ASISTENCIAL	423	94,8	94,8	94,8
	SUPERVISORA	21	4,7	4,7	99,6
	ADJUNTA	2	,4	,4	100,0
	Total	446	100,0	100,0	

a. HOMBRE/MUJER = masculino

**TABLA 2**
**Tabla cruzada CARGO ENF vs HOMBRE/MUJER**

CARVO_ENF	ASISTENCIAL		HOMBRE/MUJER		Total
			femenino	masculino	
	ASISTENCIAL	Recuento	2158	423	2581
		% del total	80,2%	15,7%	95,9%
	SUPERVISORA	Recuento	75	21	96
		% del total	2,8%	0,8%	3,6%
	ADJUNTA	Recuento	13	2	15
		% del total	0,5%	0,1%	0,6%
Total		Recuento	2246	446	2692
		% del total	83,4%	16,6%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,129 <sup>a</sup>	2	,345
Razón de verosimilitud	1,992	2	,369
Asociación lineal por lineal	,820	1	,365
N de casos válidos	2692		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,49.

## 12. DISCUSIÓN

La mayor presencia de mujeres en los cargos de enfermería en el Hospital Vall d'Hebrón, en relación con el porcentaje de feminización de la profesión, responde a la pregunta de investigación planteada inicialmente en este trabajo. No es un fenómeno aislado, dado que la presencia mayoritaria de mujeres en las profesiones sanitarias es una realidad, no solo a nivel Nacional sino en otros países europeos (11). Será interesante ir comprobando los efectos de este fenómeno en las relaciones interprofesionales, los sistemas y actividades sanitarias y la promoción y distinción de la mujer en ellas(54).

### **13. CONCLUSIONES**

Los resultados de este trabajo en relación con la posición y representación de las enfermeras en cargos de enfermería en el Hospital Vall d'Hebrón no se corresponde con la distribución de género en la profesión. Es fundamental identificar a presencia tanto de hombres como de mujeres en los cargos de enfermería que ocupan.

#### **13.1 Fase Cualitativa**

La fase cualitativa está pendiente de desarrollo.



## 14. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. 8.4 Mujeres en altos cargos públicos y privados [Internet]. 2020. Disponible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259925595694&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925595694&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888)
2. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf>
3. Cotter DA, Hermsen JM, Vanneman R. Gender Inequality at Work [Internet]. 2004. Disponible en: [http://www.vanneman.umd.edu/papers/Cotter\\_etal.pdf](http://www.vanneman.umd.edu/papers/Cotter_etal.pdf)
4. Torns Teresa. "Mercados de trabajo y desigualdades de género". Cuad Relac Laborales. 1995;6:81-2.
5. Maruani M et. al. Las nuevas fronteras de la desigualdad: hombres y mujeres en el mercado de trabajo. Icaria editorial, editor. Barcelona; 1998. 66-67 p.
6. Lerardi, J., Fitzgerald, D., & Holland D. Exploring male students' educational experiences in an associate degree nursing program. J Nurs Educ. 2010;49(4):215-8.
7. Castells M. La era de la información. Fin de Milenio. Alianza editorial.; 2001. 98 p.
8. Weber M. Ensayos sobre metodología sociológica. Amorrortu. Buenos Aires; 1973. 89 p.
9. Marx K. Introducción General a la Crítica de la Economía Política (1857) y otros escritos sobre problemas metodológicos. Ediciones. Buenos Aires; 1974. 101-104 p.
10. Durkheim E. Las reglas del método sociológico. Editorial Shapire, editor. Buenos Aires; 1969. 180-181 p.

11. Ortiz-Gómez T. La práctica sanitaria en la historia: ¿una cuestión femenina?. *Eidon Rev la Fund Ciencias la Salud*. 2007;23:61-5.
12. ROHLF, Izabella. ARRIZABALAGA, Pilar; ARTAZCOZ, Lucia; BORREL, Carme; FUENTES M, VALLS- LLOBET C. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. Fundación GALATEA. 2007;
13. Instituto Nacional de Estadística. Enfermeros colegiados por tipo de especialidad, año y sexo. 2020; Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/serie/l0/&file=s08001.px#!tabs-tabla>
14. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. Mujeres y hombres en los indicadores sanitarios. Vol. 8. Sevilla; 2008. 5-8 p.
15. . Saez M, Vidiella-Martin J CG. Impact of the great recession on self-perceived health in Spain: A longitudinal study with individual data. *BMJ Open* [Internet]. 2019;9(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023258>
16. Oksuzyan A, Daňko MJ, Caputo J, Jasilionis D SV. . Is the story about sensitive women and stoical men true? Gender differences in health after adjustment for reporting behavior. *Soc Sci Med* [Internet]. 2019;228. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.002>
17. . Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26(2):182-9.
18. Gómez-Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *RevPanam Salud Pública*. 2002;1(1):454-6.
19. Grosser K& MJ. Gender mainstreaming and Corporate Social Responsibility: Reporting workplace issues. *J Bus Ethics*. 2005;62:327-40.
20. Charlo, M. J. & Torrado MN. La mujer directiva en la gran empresa española: perfil, competencias y estilos de dirección. *Estud Gerenciales* [Internet]. 2012;28(124):87-105. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0123-5923\(12\)70217-6%0AC](http://dx.doi.org/10.1016/S0123-5923(12)70217-6%0AC)

21. Macarie, F. C. & Moldovan O. Gender Discrimination in Management: Theoretical Empirical Perspectives. *Transylvanian Rev Adm Sci.* 2012;35:153-72.
22. Lupano Perugini ML. Liderazgo, Género y Prejuicio: influencia de los estereotipos de género en la efectividad del liderazgo femenino y actitudes hacia las mujeres líderes (Tesis Doctoral). Università di Palermo; 2011.
23. Montesó-Curto P. Dificultades para el avance de las mujeres: diferentes teorías sociológicas. *Enfermería Glob.* 2014;13(4):265-74.
24. Pastor, I., Belzunegui, Á., & Pontón P. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. *Cuad Relac laborales.* 2012;30(2):497-518.
25. Saletti-Cuesta, L., Delgado, A., & Ortiz-Gómez T. Género y trayectorias profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a comienzos del siglo XXI. *Salud Colect [Internet].* 2014;10(3):313-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18294/Asc.2014.395>
26. Price W. La mujer directiva en España: women as leaders. Isotès., editor. Madrid; 2014. 120-130 p.
27. Barberá E. Liderazgo y Discriminación de Género. *Rev Psicol Gen y Apl.* 2004;57(2):147-60.
28. Risman, B. & Davis G. From sex roles to gender structure. *Curr Sociol Rev.* 2013;61:1-23.
29. Sarrió, M., Barberá, E., Ramos, A., & Candela C. El techo de cristal en la promoción profesional de las mujeres. *Rev Psicol Soc [Internet].* 2002;17(2):167-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1174/021347402320007582>
30. Powell, G. N. & Butterfield DA. Investigating the 'glass ceiling' phenomenon: an empirical study of actual promotions to top management. *Acad Manag J.* 1994;37(1):68-86.
31. Van den Brink, M. & Benschop Y. Gender practices in the construction of academic excellence: sheep with five legs. *Organization.* 2012;19(4):507-24.
32. Levitt, C., Candib, L., Lent, B., & Howard M. Women Physicians and Family

- Medicine Monograph/Literature Review 2008. Orlando: Wonca Working Party on Women and Family Medicine. 2008; Disponible en: [http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/document%0As/Groups/wwwpwm/monograph 2008.pdf](http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/document%0As/Groups/wwwpwm/monograph%202008.pdf)
33. Lunardi, V., Peter, E., & Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras?: una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*,. 2006;16(5):268-74.
  34. Vallejo, G., Del Hierro, M., & Reglero L. Desigualdad de género y riesgos laborales en Enfermería. *Metas de Enfermería*. 2013;16(6):62-6.
  35. Alberdi R. La influencia de género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de enfermería*,. 1998;11:20-226.
  36. Miró-Bonet M. ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976) (Tesis Doctoral). Universidad de las Islas Baleares; 2008.
  37. Fernández D. La igualdad en las grandes empresas españolas avanza a paso de tortuga. *El País*.
  38. Celma, M. & Acuña A. Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Rev Antropol Exp*. 2009;9:119-36.
  39. Vía-Clavero, G., Sanjuán Naváis, M., Martínez Mesas, M., Pena Alfaro, M. U, Antolín, C. & Zarragoikoetxea Jáuregui I. Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros. *Enfermería Intensiva*. 2010;21(3):104-12.
  40. Yokoyama, M., Suzuki, M., Takai, Y., Igarashi, A., Noguchi-Watanabe, M. & Yamamoto-Mitani N. Workplace bullying among nurses and their related factors in Japan: a cross-sectional survey. *J. J Clin Nurs* [Internet]. 2016;25:17-8; 2478-88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13270>
  41. Gabriel, E. & Merkouris A. Exploring nursing culture through socio\_logical and symbolic theoretical approach of organizational culture. *Nurs Res Res*.

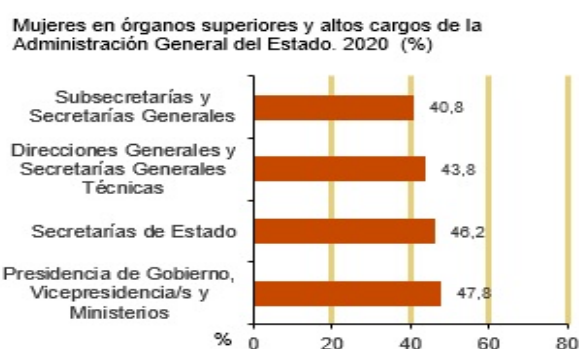
- 2015;43:227-33.
42. Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L., & Austin S. Transformational and abusive leadership practices: Impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *J Adv Nurs*. 2016;72(3):582-92.
  43. Folami FF. Gender Inequality and Role-Strained among Male Nursing Students in Selected Nursing Institution, Lagos, Nigeria. *J Educ Train Stud* [Internet]. 2017;5(6):214-9. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1142993.pdf>
  44. González, J. C., Paulina, M., Saavedra, H., Gisel, T., Rivera, M., Luisa M, Machado, M., Guadalupe, M., & Galán N. Estilos de liderazgo en jefes de Servicio de Enfermería. *Rev Enfermería Neurológica*. 2013;12(2):84-94.
  45. Solano Ruiz C. Editorial Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cult los Cuid* [Internet]. 2006;19:5-6.
  46. D'Hebron HUV. No Title [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.vallhebron.com/es/actualidad/noticias/ya-puedes-consultar-la-memoria-2018-del-hospital-universitario-vall-dhebron>
  47. D'Hebron HUV. Hospital Universitari Vall d'Hebron: memòria 2020 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6812>
  48. Institut Català de la Salut. Pla d'ordenacions de recursos humans [Internet]. 2022. Disponible en: [http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/transparencia/personal/PORH/CAT-PORH-ICS-2022\\_26-V2.pdf](http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/transparencia/personal/PORH/CAT-PORH-ICS-2022_26-V2.pdf)
  49. Taylor, S. J., y Bogdan R. Profundidad., *La entrevista en Los, Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de los Significados*. Paidós. 1992;100-32.
  50. Saz Roy M. Percepción, Impacto de la enfermedad oncológica infantil: Doctoral)., de las familias y de las enfermeras. 2018.
  51. Valles MS. Entrevistas cualitativas. *Cuad Metod* [Internet]. 2002;32(1984). Disponible en: <https://doi.org/004020239>

52. Gil, E., Conti, F, Pinzón, S.A., Prieto, M.A., Solas, O y Cruz M. El Análisis de Texto asistido por ordenador en la Investigación Cualitativa. Index de Enfermería. 2002;36-7.
53. Delgado, M.P.,y Icart MT. Capítulo III: Fases de la investigación Cualitativa. En Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. 2012. 31-42 p.
54. M<sup>a</sup> Soledad Vázquez Santiago. LIDERAZGO, PRESENCIA Y DISCURSOS DE LAS ENFERMERAS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ. 2017.
55. Denzin N; Lincoln editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks Sage Publ. 2000;53-4.
56. Calderón C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: Criterios, proceso y escritura. Qual Soc Res. 2009;10(2):20.

## ANEXOS

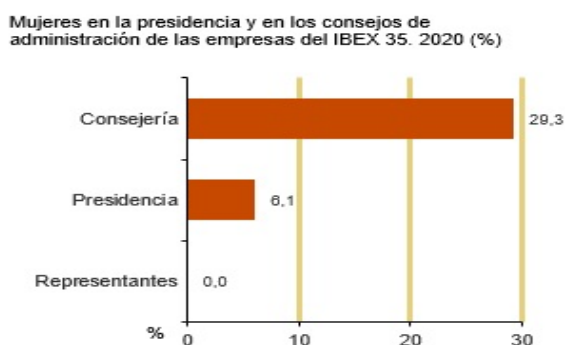
### Anexo 1 y 2: El porcentaje de mujeres que ocupaban los órganos superiores y altos cargos de la Administración General del Estado

En el año 2020, el porcentaje de mujeres que ocupaban los órganos superiores y altos cargos de la Administración General del Estado (hasta Director/a General, y sin contabilizar los puestos de la Administración con categoría inferior a la de Director/a General) ascendió ligeramente desde el año anterior, hasta un 43,5%.



Fuente: Instituto Europeo para la Igualdad de Género (EIGE)

Y por lo que hace el porcentaje de mujeres en el conjunto de Consejos de Administración de las empresas que forman parte del Ibex-35 ha sido del 27,7%, porcentaje 3 puntos superior al del año anterior y que ha hecho un largo recorrido desde los 11,2% de 2012, pero que, sin duda, es todavía insuficiente.

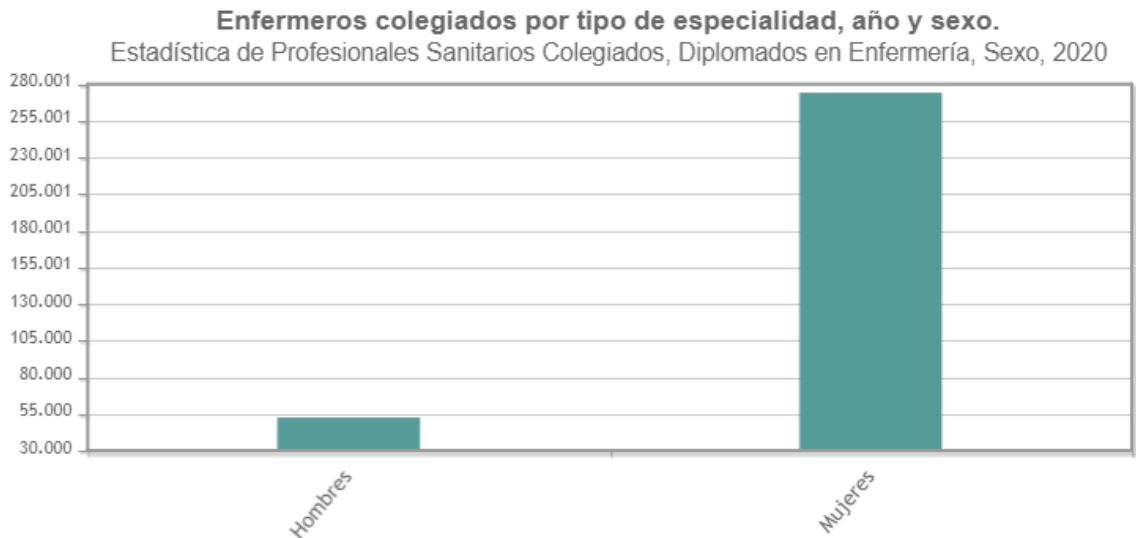


Nota: los datos corresponden al segundo trimestre del año 2020

Fuente: Instituto Europeo para la Igualdad de género (EIGE)

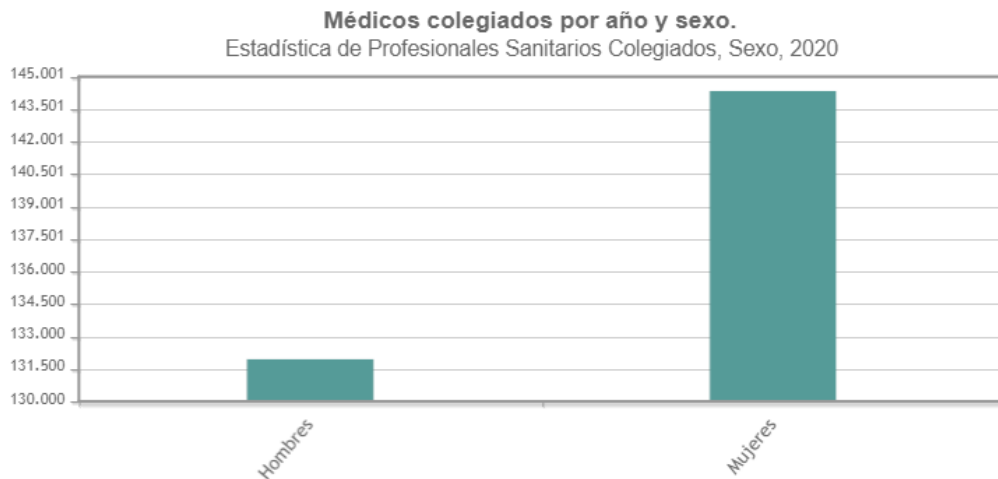
**Anexo 3: Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados, Diplomado en Enfermería, Sexo, 2020.**

**Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados, Diplomados en Enfermería, Sexo, 2020**



2020

**TOTAL 2020: 325.018 Hombres:51.760 Mujeres:273.258**



2020



## **Anexo 4: Consentimiento informado**

Nos dirigimos a Usted para solicitar su participación sobre el estudio de investigación: **VIVENCIAS Y EMOCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LOS CARGOS DE ENFERMERÍA**, al que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Nuestra intención es que disponga de toda la información correcta y necesaria para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio.

### **1. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO**

El objetivo de este estudio es conocer las vivencias y emociones de los enfermeros/as ante la desigualdad de género en los cargos de enfermería. El conocimiento por parte de los profesionales de la salud de las experiencias vividas contribuirá a una mejor comprensión del fenómeno de estudio lo que permitirá fundamentar mejor todas las intervenciones de la práctica profesional. La recogida de información se realizará mediante una entrevista que será grabada y posteriormente transcrita. Su participación en el estudio no supondrá ningún gasto para usted.

### **2. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

La información que se obtenga en este estudio servirá para mejorar la calidad de nuestra atención, e implantar las medidas de mejora necesarias. Es posible que usted no obtenga ningún beneficio particular para su salud por participar en este estudio.

### **3. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Tiene que saber que su participación en el estudio es voluntaria y que puede decidir su participación o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de justificación y sin que por este motivo se altere su relación con los diferentes profesionales participantes.

### **4. CONFIDENCIALIDAD**

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación

mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora responsable del estudio, Cristina García Ripollès. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo la investigadora principal podrá relacionar dichos datos con usted. Si se publican los resultados del estudio, sus datos personales no serán publicados y su identidad permanecerá anónima. Antes de firmar, lea detenidamente el documento, haga todas las preguntas que considere oportunas, y si lo desea, consúltelo con todas las personas que considere necesario. Si tiene alguna duda sobre el estudio, sobre sus derechos como sujeto de investigación o en caso de urgencia, no deje de ponerse en contacto con: Sra. Cristina García Ripollès Teléfono: 617355783 Correo electrónico: [crsgarci@vhebron.net](mailto:crsgarci@vhebron.net)

Gracias para leer este documento. Si usted decide formar parte del estudio, por favor firme el formulario de consentimiento informado.

Título del estudio: **VIVENCIAS Y EMOCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LOS CARGOS DE ENFERMERÍA**

### Anexo 5: Características del perfil de los participantes

Se hará un muestreo teórico por varianza máxima considerando los siguientes perfiles.

- Género (masculino, femenino)
- Edad (menos y más de 40 años)
- Cargo (asistencial, supervisora, adjunta, directora)



## Anexo 6. Definición conceptual y operativa de las variables

**Enfermera asistencial**

**Enfermera supervisora**

**Enfermera Adjunta**

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa
Enfermera asistencial	Es un profesional que ha adquirido competencia científico técnica para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas	Nivel más bajo de la jerarquía de enfermería.
Enfermera Supervisora	Es la responsable en la Unidad, de dirigir y coordinar los cuidados de Enfermería, así como de gestionar los Recursos Humanos y Materiales.	Primer cargo de gestión dentro la escala organizativa en enfermería.
Enfermera Adjunta	Es el máximo responsable de enfermería, coordina y dirige a sus subordinados.	Nivel más alto, por debajo de la Dirección de enfermería. Asume un cargo de gestión que no solo lidera enfermeras sino a otros profesionales sanitarios.

## **Anexo 7: Guion previo de los temas a explorar**

1. Presentación y agradecimiento por su participación.
2. Documentación: Hoja informativa de los entrevistados para la participación en el estudio, consentimiento informado y cumplimentación de la hoja de recogida de datos.
3. Importancia subjetiva del fenómeno de desigualdad de género en los cargos de enfermería.
4. Afrontamiento de los entrevistados en relación a la desigualdad de género en los cargos de enfermería.
5. Vivencias y emociones de los participantes sobre la desigualdad en los cargos de enfermería y el acceso a estos.

Duración aproximada de la entrevista: entre 45 y 60 minutos.

Es necesario tener en cuenta la posibilidad de que cada respuesta pueda llevar a responder la/s pregunta/s subsiguiente/s. Durante una entrevista, no hace falta respetar el orden de las preguntas de la guía de forma estricta. Es conveniente dejar fluir la conversación y controlar después que no haya quedado ningún tema sin abordar.

## **Anexo 8**

Se seguirán los criterios de calidad y rigor propuestos por Guba y Lincoln (1985) y Calderón (2002). Esto implica detallar rigurosamente algunas de las estrategias no mencionadas en la investigación:

La triangulación de investigadores, así como el retorno de las transcripciones de los participantes y el registro de las transcripciones textuales mediante grabaciones junto con el posicionamiento paradigmático, nos permitirán extraer el máximo de contenido y a su vez confirmar la validez de los resultados para su interpretación. A su vez, los resultados del estudio podrían facilitar a otras instituciones con características similares, el conocimiento de las expectativas y emociones de sus trabajadores. Este conocimiento podría proporcionar, cambios favorables en el ámbito laboral y en la práctica enfermera.

El entendimiento y la implicación de la investigadora a estar abierta a nuevas interpretaciones implica la proximidad con los participantes y a su vez un distanciamiento para poder profundizar en el fenómeno estudiado.

Para concluir, la presente investigación permitirá la reflexión del grupo investigador sobre lo que sucede y a su interpretación neutra, sin prejuicios ni intereses particulares. Se obtendrán diversas realidades y conclusiones, confirmadas con los propios participantes teniendo en cuenta los valores de los participantes y del proceso de la investigación desde el paradigma constructivista.

AÑO	2021			2022								2023								2024								2025									
MESES	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	
Elaboración del proyecto																																					
Presentación del proyecto																																					
Aprobación CEIC y Dirección asistencial																																					
Información directivos, supervisoras y jefes servicios																																					
Recogida de datos: Fase Cuantitativa																																					
Análisis e interpretación de los datos: Fase Cuantitativa																																					
Reclutamiento de participantes: Fase Cualitativa																																					
Entrevistas																																					
Transcripción entrevistas																																					
Análisis e interpretación de los datos: Fase Cualitativa																																					
Verificación de los participantes																																					
Borrador de los resultados: Fase Cualitativa																																					
Elaboración del informe final																																					
Difusión de los resultados																																					
Publicación y presentación a Congresos																																					

Anexo 9